



RZECZPOSPOLITA POLSKA

dnia 30 lipca 2010 r.

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADA
wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)
oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej**

Obejmuje okres od dnia 21 maja 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r.

Obowiązek przedstawienia sprawozdania wynika z art. 58 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

SPIS TRECI

WST	7
DANE STATYSTYCZNE	9

CZ PIERWSZA

WPROWADZENIE	11
---------------------	-----------

ROZDZIA/ I. ORGANIZACJA BIURA RZECZNIKA PRAW PACJENTA	12
--------------------------------------------------------------	-----------

1.1. Statut Biura Rzecznika Praw Pacjenta	12
-------------------------------------------	----

1.2. Regulamin organizacyjny	13
------------------------------	----

1.3. Zarz dzenia wewn trzne	13
-----------------------------	----

1.4. Powo anie Rzecznika Praw Pacjenta	13
----------------------------------------	----

1.5. Sylwetka Pierwszego Rzecznika Praw Pacjenta	14
--------------------------------------------------	----

ROZDZIA/ II. SPOSOBY INICJOWANIA POST POWA

PRZED RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA	16
----------------------------------------	-----------

2.1. Sposoby zg aszania spraw do Biura Rzecznika Praw Pacjenta	16
----------------------------------------------------------------	----

2.1.1. Sprawy wp ywaj ce do Biura	
-----------------------------------	--

pisma nades ane za po rednictwem poczty oraz poczty elektronicznej	17
--------------------------------------------------------------------	----

2.1.2. Infolinia jej dzia anie i rola	18
---------------------------------------	----

2.1.3. Wizyty osobiste	19
------------------------	----

ROZDZIA/ III. PRAWA PACJENTA OKRE LONE W USTAWIE O PRAWACH PACJENTA

ORAZ ICH PRZESTRZEGANIE PRZEZ PODMIOTY UDZIELAJ CE WIADCZE

ZDROWOTNYCH	21
--------------------	-----------

3.1. Prawo pacjenta do wiadcze zdrowotnych	21
--------------------------------------------	----

3.1.1. Definicja prawa	21
------------------------	----

3.1.2. Naruszenie prawa	22
-------------------------	----

3.1.3. Stopie realizacji tego prawa	22
-------------------------------------	----

3.2. Prawo pacjenta do informacji	25
-----------------------------------	----

3.2.1. Definicja prawa	25
------------------------	----

3.2.2. Naruszenie prawa	27
-------------------------	----

3.2.3. Stopie realizacji tego prawa	27
-------------------------------------	----

3.3. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim zwi zanych	28
--------------------------------------------------------------	----

3.3.1. Definicja prawa	28
------------------------	----

3.3.2. Naruszenie prawa	29
3.3.3. Stopie realizacji tego prawa	30
3.4. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych	30
3.4.1. Definicja prawa	30
3.4.2. Naruszenie prawa	31
3.4.3. Stopie realizacji tego prawa	32
3.5. Prawo do poszanowania intymności i godności	32
3.5.1. Definicja prawa	32
3.5.2. Naruszenie prawa	34
3.5.3. Stopie realizacji tego prawa	35
3.6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej	35
3.6.1. Definicja prawa	35
3.6.2. Naruszenie prawa	40
3.6.3. Stopie realizacji tego prawa	41
3.7. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	42
3.7.1. Definicja prawa	42
3.7.2. Naruszenie prawa	44
3.7.3. Stopie realizacji tego prawa	44
3.8. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	44
3.8.1. Definicja prawa	44
3.8.2. Naruszenie prawa	45
3.8.3. Stopie realizacji tego prawa	45
3.9. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	45
3.9.1. Przepisy wykonawcze do ww. prawa	45
3.9.2. Naruszenie prawa	46
3.9.3. Stopie realizacji tego prawa	46
ROZDZIAŁ IV. SPRZECIW	47
4.1. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	47

4.1.1. Definicja prawa	47
4.1.1.a. Podmioty uprawnione do zgłoszenia sprzeciwu	47
4.1.1.b. Przedmiot sprzeciwu	51
4.1.2. Rodzaje orzeczeń i opinii od których przysuguje sprzeciw	53
4.2. Komisja Lekarska działająca przy Rzeczniku Praw Pacjenta	57
4.2.1. Prace nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia	
w sprawie sposobu działania Komisji Lekarskiej	58
4.2.2. Powołanie Komisji Lekarskiej	60
ROZDZIAŁ V. ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW	61
5.1. Definicja zbiorowych praw pacjentów	61
5.2. Postępowania prowadzone przez Rzecznika związane z naruszeniem	
zbiorowych praw pacjentów	66
5.3. Kary pieniężne nakładane przez Rzecznika na podmiot udzielający świadcze	
zdrowotnych za uznanie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów	71
ROZDZIAŁ VI. REALIZACJA PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA OBOWIĄZKI WYNIKAJĄCE Z ART. 55 USTAWY O PRAWACH PACJENTA	74
ROZDZIAŁ VII. PRAWA PACJENTA WYNIKAJĄCE Z INNYCH PRZEPISÓW	77
7.1. Prawa osób osadzonych do świadczenia opieki zdrowotnej	77
7.1.1. Realizacja prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta	
dla osób pozbawionych wolności	82
7.2. Naruszenie praw pacjentów związanych z wydaniem dokumentów	
niezbędnych do rejestracji i pochówku w przypadku martwych urodzeń	85
7.3. Prawa pacjenta i jego bliskich w przypadku przepisów	
regulujących dokonywanie sekcji zwłok oraz pochówku	88
ROZDZIAŁ VIII. WSPÓŁPRACA RZECZNIKA PRAW PACJENTA	92
8.1. Występowanie z wnioskami o podjęcie inicjatyw ustawodawczych	92
8.2. Współpraca z organami władzy publicznej	
w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw	95
8.3. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi,	
do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta	99
8.4. Monitorowanie spraw znajdujących się w kompetencji innych organów	100
8.4.1. Izby Lekarskie	101
8.4.2. Izby Pielęgniarek i Położnych	103
8.4.3. Współpraca z Prokuraturą	104

ROZDZIA/ IX. WSPÓ/ PRACA Z INNYMI PODMIOTAMI	106
9.1. Udzia w konferencjach, spotkaniach i pracach Sejmu dotycz cych wiadcze opieki zdrowotnej, prawa do wiadcze oraz pomocy i wsparcia dla pacjentów	106
WNIOSKI	108
ZAKO CZENIE	110
<u>CZ DRUGA</u>	
SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10aó10d	
USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 R. o ochronie zdrowia psychicznego	112
WPROWADZENIE	112
ROZDZIA/ I.	
ZADANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	114
ROZDZIA/ II.	
SPOSOBY DZIA/ ANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	115
2.1. Normatywnie okre lone zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	115
2.2. Charakterystyka poszczególnych form dzia lno ci Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	116
2.3. Prowadzenie dokumentacji: skarg, podj tych dzia i wykonywanych czynno ci przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	122
2.4. Formy kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	123
ROZDZIA/ III.	
RELACJA PACJENTA Z RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA	
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	124
ROZDZIA/ IV.	
WSPÓ/ PRACA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	
Z RODZIN PACJENTA, PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM,	
OPIEKUNEM PRAWNYM LUB FAKTYCZNYM	127
ROZDZIA/ V.	
RELACJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	
Z PRACOWNIKAMI ZAK/ ADU OPIEKI ZDROWOTNEJ	129
ROZDZIA/ VI.	
NAJCZ CIEJ REJESTROWANE SPRAWY DOTYCZ CE NIEPRZESTRZEGANIA PRAW	
PRZEDMIOTOWEJ GRUPY PACJENTÓW	131
6.1. Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia	131
6.2. Prawo pacjenta do informacji o przys guj cych mu prawach	132
6.3. Zasadno i sposób stosowania przymusu bezpo redniego	134

6.4. Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności	
w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych ...	137
6.5. Nieetyczne zachowanie personelu medycznego wobec pacjentów	139
6.6. Warunki bytowe	140
6.7. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu	142
6.8. Prawo pacjenta do opieki pielęgniarskiej udzielanej ze szczególną starannością	143
ROZDZIAŁ VII.	
POZOSTAŁE SPRAWY ZWIĄZANE DO RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO WYMAGAJĄCE OMÓWIENIA	
7.1. Prawo pacjenta do najmniej uciążliwej metody leczenia oraz organizacja czasu wolnego	145
7.2. Brak wiadomości o bezpiecznym pobycie w szpitalu	147
7.3. Wyżywienie	148
ROZDZIAŁ VIII.	
DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z WNIOSKOWANĄ INICJATYWĄ	
	150
ROZDZIAŁ IX.	
DZIAŁALNOŚĆ INFORMACYJNO-EDUKACYJNA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	
	155
ROZDZIAŁ X. WNIOSKI	
	158
PODSUMOWANIE	
	162
ZAŁĄCZNIKI	
	166

WST P

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej w sferze publicznej w sprawach ochrony praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), jak również praw pacjentów wynikających z innych przepisów. Przedmiotowa ustawa wchodzi w życie z dniem 21 maja 2009 r.

Głównym celem wprowadzonej regulacji było umieszczenie w jednym akcie prawnym najważniejszych praw pacjenta oraz powołanie nowego centralnego organu administracji rządowej stojącego na ich straży.

Jak podkreśla się w doktrynie¹ śród początku założeniem projektodawców było nadanie ustawie charakteru ustawy ogólnej, regulującej prawa pacjenta o podstawowym charakterze. Stąd poza obszarem regulacji pozostały prawa o charakterze szczególnym dotyczące poszczególnych, wyodrębnionych podmiotowo grup pacjentów. W związku z tym podobną systematykę przyjęto w trakcie prac nad niniejszym sprawozdaniem. Na wstępie zostaną omówione prawa pacjenta wynikające wprost z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* zwaną dalej *ustawą o prawach pacjenta*, następnie przepisy dotyczące praw pacjentów wynikające z innych ustaw. Dodatkowo, z uwagi na specyfikę, w drugiej części zostanie omówiona realizacja praw pacjentów wynikających z przepisów ustawy z 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 111, poz. 535, ze zm.), zwanej dalej *ustawą o ochronie zdrowia psychicznego* oraz działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Odnosi się do drugiego z celów wprowadzenia ustawy, tj. powołania Rzecznika Praw Pacjenta oraz oceny jego pracy, należało zauważyć, iż powołanie nowego centralnego organu administracji publicznej, posiadającego także uprawnienia w sferze publicznej, spotkało się z pozytywnym przyjęciem².

Jedną z głównych cech urzędu Rzecznika Praw Pacjenta, która umożliwiłaby mu sprawne działanie jest niezależność od innych organów administracji rządowej. Oczekiwanie to przedstawił Pan Marek Twardowski ó Podsekretarz Stanu w Ministerstwie

¹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010 r., s. 9.

² M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 7.

Zdrowia: śi w zwi zku z tym, dlatego, postanowili my e b dzie to instytucja, która b dzie niezale na od pracodawcy i od polityków³. Przedmiotow niezale no podkre la fakt, e nadzór nad działno ci Rzecznika bezpo rednio sprawuje Prezes Rady Ministrów.

W tym miejscu nale y równie zaznaczy , e zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. *przepisy wprowadzaj ce ustaw o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustaw o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustaw o konsultantach w ochronie zdrowia* (Dz. U. Nr 76, poz. 641) dotychczasowe Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia uległ przekształceniu w Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Urząd Rzecznika Praw Pacjenta został powołany w dniu 21 maja 2009 r., w zwi zku z czym niniejsze sprawozdanie obejmuje okres od ww. dnia do ko ca roku, tj. do dnia 31 grudnia 2009 r.

³ Marek Twardowski ó Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia, stenogram z posiedzenia Biaego Szczytu podzespóds. praw pacjenta w dniu 5 lutego 2008 r.

DANE STATYSTYCZNE

W okresie sprawozdawczym, tj. od dnia 21 maja 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło łącznie **8980** spraw.

Liczba spraw zgłoszonych za pośrednictwem Infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta:

<i>Za okres od 21 maja 2009 r. do 2 października 2009 r.</i>	1 325
<i>Za okres od 2 października 2009 r. do 31 grudnia 2009 r.</i>	1 057
RAZEM:	2 382

Liczba spraw wpływających do Biura za pośrednictwem pism oraz poczty elektronicznej:

<i>Za okres od 21 maja 2009 r. do 2 października 2009 r.</i>	1 191
<i>Za okres od 2 października 2009 r. do 31 grudnia 2009 r.</i>	712
RAZEM:	1 903

Do Biura osobiście zgłoszeni zainteresowanych:

<i>Za okres od 21 maja 2009 r. do 2 października 2009 r.</i>	25
<i>Za okres od 2 października 2009 r. do 31 grudnia 2009 r.</i>	13
RAZEM:	38

RAZEM WSZYSTKIE SPRAWY:	4 323
--------------------------------	--------------

Liczba spraw, przyjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych z podziałem na województwa:

<i>Województwo dolnośląskie</i>	285
<i>Województwo kujawsko-pomorskie</i>	137

<i>Województwo lubuskie</i>	647
<i>Województwo Łódzkie</i>	184
<i>Województwo małopolskie</i>	605
<i>Województwo mazowieckie</i>	415
<i>Województwo podkarpackie</i>	83
<i>Województwo podlaskie</i>	364
<i>Województwo pomorskie</i>	851
<i>Województwo łódzkie</i>	469
<i>Województwo świętokrzyskie</i>	110
<i>Województwo warmińsko-mazurskie</i>	86
<i>Województwo wielkopolskie</i>	96
<i>Województwo zachodniopomorskie</i>	325
RAZEM:	4 657

W województwach lubelskim i opolskim nie było osób pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z uwagi na brak kandydatów.

CZ PIERWSZA

WPROWADZENIE

Zgodnie z treścią zasygnalizowaną we Wstępie do niniejszego Sprawozdania zostało ono podzielone na dwie Części.

Z uwagi na fakt, iż przedmiotowe Sprawozdanie przedstawiane jest przez Rzecznika Praw Pacjenta po raz pierwszy, w Części Pierwszej Sprawozdania zostanie przedstawiona organizacja Biura, podstawy prawne powołania Rzecznika Praw Pacjenta, jak również krótko zostanie przedstawiona sylwetka pierwszego Rzecznika Praw Pacjenta.

W kolejnym Rozdziale zostaną przedstawione sposoby inicjowania postępowania przed Rzecznikiem, w szczególności funkcjonowania ogólnopolskiej infolinii dla pacjentów.

Omawiając poszczególne prawa pacjenta, wynikające z ustawy o prawach pacjenta, na początku zostanie przedstawiona definicjakoś z tych praw. Prawa te zostaną również krótko omówione. Powyższe omówienie powinno mieć znaczenie informacyjne nie tylko dla pacjentów, ale również dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. W tej Części wskazano również najczęstsze przypadki naruszania praw pacjenta, jak również wskazano ich stopień realizacji.

W Części Pierwszej zostanie także przedstawione nowe prawo pacjenta, jakie zostało uregulowane w ustawodawstwie polskim - prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec orzeczenia albo opinii lekarskiej.

Kolejne Rozdziały zawierają informacje na temat zbiorowych praw pacjentów (Rozdział V) oraz uprawnienia pacjenta wynikające z art. 55 ustawy o prawach pacjenta (Rozdział VI).

W następujących Rozdziałach zostaną omówione prawa pacjenta wynikające z innych przepisów oraz przykłady ich naruszenia.

Koniec Części Pierwszej sprawozdania zostanie poświęcony omówieniu współpracy Rzecznika Praw Pacjenta z innymi organami, w tym m. in. organami władzy publicznej, organizacjami pozarządowymi, samorządami zawodów medycznych.

ROZDZIAŁ I.

ORGANIZACJA BIURA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

1.1. Statut Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Zgodnie z art. 57 ustawy o prawach pacjenta organizacja Biura Rzecznika Praw Pacjenta i jego szczegółowy sposób działania określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez Prezesa Rady Ministrów. W dniu 2 września 2009 r. Prezes Rady Ministrów wydał zarządzenie nr 67 w sprawie nadania statutu Biura Rzecznika Praw Pacjenta (M. P. Nr 57, poz. 778 oraz z 2010 r. Nr 25, poz. 238). Statut Biura został opublikowany w załączniku do ww. zarządzenia.

Zgodnie ze Statutem w skład Biura Rzecznika Praw Pacjenta wchodzi następujące komórki organizacyjne:

1. Zespół spraw Zdrowia Psychicznego, w skład którego wchodzi :
 - a) Sekcja Nadzoru i Koordynacji Pracy Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego,
 - b) Sekcja Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
2. Zespół Prawny;
3. Zespół Interwencyjno-Poradniczy;
4. Zespół Klasyfikacji Wniosków;
5. Zespół Prezydialny;
6. Zespół Prasy i Promocji;
7. Wydział Finansowy;
8. Wydział Spraw Osobowych i Wynagrodzeń ;
9. Samodzielne Stanowisko Pracy do spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
10. Samodzielne Stanowisko Pracy do spraw Audytu Wewnętrznego.

Powyższe zarządzenie weszło w życie w dniu 8 września 2009 r., tj. w dacie ogłoszenia ww. zarządzenia w Monitorze Polskim. Do momentu wejścia w życie ww. zarządzenia, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, stosownie do art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. działające na podstawie przepisów dotychczasowych, tj. zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia

27 kwietnia 2006 r. w sprawie *Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia* (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 7, poz. 29, z późn. zm.).

1.2. Regulamin organizacyjny

Wewnętrzna organizacja i szczegółowy zakres zadań poszczególnych komórek, stosownie do § 3 ust 3 Statutu, jak również tryb pracy Biura został powierzony Rzecznikowi Praw Pacjenta do określenia w Regulaminie Wewnętrznym. Powyższa delegacja została wykonana przez Rzecznika Praw Pacjenta poprzez wydanie w dniu 5 października 2009 r. zarządzenia Nr 1/09 w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Powyższe zarządzenie określa szczegółowy zakres zadań poszczególnych komórek organizacyjnych, zadanie kierowników zespołów i wydziałów, tryb zastępowania kierowników zespołów i wydziałów itp.

1.3. Zarządzenia wewnętrzne

Z uwagi na fakt, iż Biuro Rzecznika Praw Pacjenta zostało powołane w dniu 21 maja 2009 r. Osoba Zastępująca Dyrektora Generalnego Biura musiała wydać szereg zarządzeń regulujących jego pracę. Najważniejsze z nich dotyczą:

1. Instrukcji Kancelaryjnej (zarządzenie Nr 1/09 z dnia 5 października 2009 r.);
2. Regulaminu Pracy (zarządzenie Nr 2/09 z dnia 5 października 2009 r.);
3. Regulaminu Wynagradzania (zarządzenie Nr 3/09 z dnia 5 października 2009 r.);
4. Regulaminu naboru na wolne stanowiska pracy w sferze cywilnej w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta (zarządzenie Nr 4/09 z dnia 5 października 2009 r.);
5. Zespołów Rekrutacyjnych (zarządzenie Nr 5/09 z dnia 4 listopada 2009 r.).

1.4. Powołanie Rzecznika Praw Pacjenta

Tryb powołania Rzecznika Praw Pacjenta jest ściśle uregulowany przez ustawę o prawach pacjenta. Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta jest powoływany przez Prezesa Rady Ministrów spośród osób wyznaczonych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru.

Informacja o naborze na stanowisko Rzecznika ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Biura oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. *o dostępie do informacji publicznej* (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.) i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Nabór na stanowisko Rzecznika przeprowadza zespół powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie daje im możliwość wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze. W toku naboru, zespół wyłoni nie więcej niż trzech kandydatów, których przedstawia Prezesowi Rady Ministrów.

W wyniku przeprowadzenia ww. postępowania konkursowego w dniu 2 października 2009 r. Prezes Rady Ministrów powołał Rzecznika Praw Pacjenta. Pierwszym Rzecznikiem Praw Pacjenta została Pani Krystyna Barbara Kozłowska, sprawująca dotychczas funkcję Dyrektora Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.

1.5. Sylwetka Pierwszego Rzecznika Praw Pacjenta – Pani Krystyny Barbary Kozłowskiej

Pani Krystyna Barbara Kozłowska jest absolwentką Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. Ukończyła podyplomowe studia menedżerskie MBA dla kadry medycznej w Akademii im. Leona Kołłątaja, a także Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Przez pierwsze 10 lat pracy zawodowej zajmowała się bezpośrednio pacjentami w różnych placówkach medycznych. Uczestniczyła w pracach nad ustawą *o prawach pacjenta*, a także w licznych konferencjach i seminariach z zakresu ochrony praw pacjentów w Polsce. Jest członkiem Rady Naukowej przy Polskim Towarzystwie Bioetycznym.

Bezpartyjna, małżonka, ma dwie dorosłe córki.

Argumentem przemawiającym za trafnością rzeźzonego wyboru jest wieloletnie doświadczenie w kierowaniu pracami Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia. W trakcie

prawie 8-letniej działalności na stanowisku Dyrektora Biura, Pani Krystyna Barbara Kozłowska wypracowała wiele standardów postępowania przy wyjaśnianiu spraw dotyczących naruszenia praw pacjenta oraz edukacji pacjentów i ich rodzin w zakresie wiedzy o systemie ochrony zdrowia.

Pełniona funkcja Dyrektora Biura wymaga wykształcenia umiejętności zestawiania wiedzy z zakresu obowiązujących przepisów prawa z wiedzą z zakresu ochrony zdrowia oraz empatii wobec problemów pacjentów i ich rodzin. Niewątpliwie będzie to miało bezpośrednie przełożenie na jakość realizacji obowiązków Rzecznika Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ II.
SPOSOBY INICJOWANIA POSTĘPOWAŃ PRZED
RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA

2.1. Sposoby zgłaszania spraw do Biura Rzecznika Praw Pacjenta

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach 8.15-16.15. W okresie sprawozdawczym działają przy ul. Długiej 38/40, 00-238 Warszawa.

Zainteresowany może zgłosić sprawy do Biura za pośrednictwem pism skierowanych na powyższy adres poczt listów. Do wygodniejszej i sprawniejszej formy jest poczta elektroniczna. Umieszczenie stanowi gotowy formularz zgłoszenia sprawy umieszczony na stronie internetowej Biura www.bpp.gov.pl oraz adres poczty e-mailowej sekretariat@bpp.gov.pl

Inną drogą zgłoszenia spraw lub uzyskania informacji jest droga telefoniczna. Można się skontaktować z Biurem za pośrednictwem bezpłatnej infolinii 0 800 190 590 obsługiwanej przez pracowników Biura, działającej codziennie od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 21.00. Umieszczeniem w nawijaniu kontaktu z Biurem jest bezpłatny numer można zadzwonić się z każdego aparatu stacjonarnego, w tym z aparatów umieszczonych w budkach telefonicznych, a także dla pacjentów hospitalizowanych jest bardzo ważnym czynnikiem z aparatów telefonicznych znajdujących się na oddziałach szpitalnych, w przychodniach. Zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w zakładach opieki zdrowotnej powinien być umieszczony adres oraz numer telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numer bezpłatnej Infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia. Obecnie numer ten jest dostępny w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Petenci osobiście mogli zgłosić się do Biura codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00-15.00.

Wszystkie sprawy, niezależnie od ich formy, treści, sposobu otrzymania, są archiwizowane. Biuro dysponuje komputerowymi bazami danych z zachowaniem prawa

do ochrony danych osobowych (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)) Biuro udziela odpowiedzi w trybie pilnym, jeżeli sprawa tego wymaga, pozostałe są załatwiane w terminie ustawowym.

Sprawy zgłoszone do Biura są weryfikowane i stają się przedmiotem analizy całego zespołu Biura podczas codziennych zebrań roboczych.

2.1.1. Sprawy wpływające do Biura

pisma nadesłane za pośrednictwem poczty oraz poczty elektronicznej

Odpowiadając na pisma wpływające do Biura w wersji papierowej i elektronicznej, Biuro udziela informacji dotyczących zakresu praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta. Odpowiedzi udzielano zgodnie z art. 35 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2000 r., Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.). Udzielone odpowiedzi dotyczą praw pacjenta oraz uprawnień do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Biuro informowało o zasadach i zakresie korzystania ze świadczeń zdrowotnych określonych w tzw. *koszyku świadczeń gwarantowanych*, o ubezpieczeniach zdrowotnych osób bezrobotnych, studentów, dzieci i młodzieży do 18. roku życia, a także o zasadach ubezpieczenia dobrowolnego. Pacjenci wyjeżdżający poza granice kraju (nie tylko turystycznie) otrzymywali informacje o uprawnieniach do uzyskania w Narodowym Funduszu Zdrowia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) i uprawnieniach dotyczących zakresu pomocy medycznej, wynikających z posiadania tej Karty. Wiele pytań dotyczyło procedury kierowania na badania diagnostyczne oraz zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko w kraju, ale również poza jego granicami. Nadal jednak głównym tematem pism skierowanych do Biura były sprawy osób oczekujących w kolejkach na świadczenia opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, szpitalach, a także związana z tym odmowa rejestracji skierowania i umieszczenia w kolejce oczekujących. Coraz częściej pojawiały się sygnały o długim czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Zainteresowani informowali o ograniczeniu dostępu do badań diagnostycznych zarówno z zakresu podstawowego, specjalistycznego, jak też badań wysokospecjalistycznych, w tym tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego. Z wielu przekazanych do Biura informacji

wynika odmowa udzielenia wiadczenia w trybie nagłym lub długi czas oczekiwania na ich udzielenie.

Wiele zgłaszanych spraw dotyczy (zdaniem zainteresowanych) popełnienia błędów medycznych, niedochowania staranności przy udzieleniu świadczeń medycznych, naruszenia *Kodeksu etyki lekarskiej*, zakazów szpitalnych, nieetycznego zachowania personelu medycznego. Biuro wskazywało sposób dochodzenia roszczeń (trzy główne rodzaje odpowiedzialności: zawodowa, cywilna, karna) oraz podstaw prawnych udostępniania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu dokumentacji medycznej wraz z wysokością kosztów, jakie pacjent zobowiązany jest ponieść w związku z jej uzyskaniem.

Biuro informowało zainteresowanych o możliwości skierowania skarg do Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowych Izbach Lekarskich, Pielęgniarek i Położnych oraz przy Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych. W przypadkach uzasadnionych Biuro przesyłało sprawy do rozpatrzenia, zgodnie z kompetencjami monitorujących przedmiotów spraw.

2.1.2. Infolinia o jej działanie i rola

Forma telefonicznego kontaktu z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta spotyka się z dużym zainteresowaniem pacjentów, głównie z powodu możliwości bezpośredniego zgłoszenia zdarzeń, których do wiadczy w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Zazwyczaj przekazywane są opisy incydentów, które wystąpiły w aktualnych relacjach pacjenta ze świadczeniodawcą. Rozmowa z pacjentem, zwykle będącym w stanie silnego wzburzenia, wymaga szczególnego podejścia do sposobu rozstrzygnięcia problemu. W obsłudze infolinii, pracownik musi bieżąco ocenić przyczynę zdarzenia opisywanego głównie przez telefonującego zainteresowanego. Stąd ważną jest wiedza odnosząca się do zasad funkcjonowania w skrajnych obszarach świadczeń opieki zdrowotnej, a także zdolność do definiowania problemów i umiejętne prowadzenie rozmowy. Problematyka rozmów telefonicznych jest różnorodna. Pacjenci uzyskują informacje o zasadach dochodzenia swoich praw na podstawie trzech głównych rodzajów odpowiedzialności: **zawodowej**, będącej odpowiedzialnością za popełnienie tzw. przewinienia zawodowego (skutkiem nieprawidłowego postępowania jest orzeczenie kary dyscyplinarnej: upomnienia, nagany, czasowego lub trwałego pozbawienia prawa do wykonywania zawodu); **cywilnej**, będącej odpowiedzialnością za wyrządzenie szkody majątkowej lub niemajątkowej (dot.: życia,

zdrowia, czci, wolności, kultury osoby zmarłej), karnej, będącej odpowiedzialnością za popełnienie przestępstwa (określonego przez ustawę). Skutkiem jest orzeczenie kary: pozbawienia wolności, ograniczenia wolności, grzywny.

Pacjent lub osoba reprezentująca, w zależności od istoty zgłaszanego problemu jest informowany o instytucjach, do których może skierować odpowiednie wnioski (tryb skargowy) celem zbadania jego sprawy m.in. do: Rzecznika Praw Pacjenta, administracji zakładu opieki zdrowotnej (kierownika zakładu opieki zdrowotnej), w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do rady społecznej, w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej do organu, który zakład powołuje lub nadzoruje, Narodowego Funduszu Zdrowia, samorządów zawodów medycznych (okręgowej izby lekarskiej, okręgowej izby pielęgniarek i położnych, okręgowej rady aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych), jak również do podmiotów będących ubezpieczycielami danego zakładu opieki zdrowotnej, odpowiedzialności cywilnej, organów ścigania w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa, Rzecznika Praw Obywatelskich, Komitetu Praw Człowieka działającego w ramach ONZ lub Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy, jednak dopiero po wyczerpaniu postępowania przed polskimi organami wymiaru sprawiedliwości.

Każda rozmowa telefoniczna jest zarejestrowana na specjalnym druku zamieszczonym w Instrukcji Kancelaryjnej.

2.1.3. Wizyty osobiste

Osobiste zgłoszenia zainteresowanych do Biura rejestrowane są na przeznaczonym do tego celu druku. Pracownik przeprowadzający rozmowę zobowiązany jest wpisać w nim datę wizyty, adres zamieszkania zainteresowanego oraz sporządzić krótkie notatki z przeprowadzonej rozmowy.

Jeżeli osoba zgłaszająca sprawę posiada dokumentację medyczną o jej kserokopia dołączana jest do całej sprawy.

Podczas wizyty w Biurze zainteresowany może przedstawić konkretne sprawy i problemy. Zgłaszane sprawy wyjaśniane są na kilka sposobów:

Informowanie i edukacja w zakresie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *wiadomościach opieki zdrowotnej finansowanych*

ze *rodków publicznych* (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej *ustawą o świadczeniach* oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia. W sprawach wykraczających poza zakres kompetencji Biuro wskazywało instytucje właściwe do ich rozpatrzenia. Pacjenci zgłaszający skargi na świadczeniodawcę uzyskiwali informację, w jaki sposób mogą sprawę wyjaśnić i gdzie zgłosić przedmiotową skargę. W sprawach dotyczących kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia Biuro współpracowało z zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z wejściem w życie tzw. *koszyka świadczeń gwarantowanych* w sierpniu 2009 r. Biuro informowało o zakresie świadczeń do jakich ma uprawnienia osoba ubezpieczona.

Funkcja doradcza Biuro wskazywało na trzy główne rodzaje odpowiedzialności: zawodowej, cywilnej, karną oraz drogę dochodzenia roszczeń. Często w tym zakresie porad prawnych udzielali prawnicy zatrudnieni w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Interwencje jeżeli zgłoszona sprawa była pilna ze względów zdrowotnych, a pacjent nie mógł uzyskać świadczenia lub otrzymał odmowę świadczenia, w oparciu o dokumentację medyczną, Biuro wyjaśniało zgłoszoną sprawę kontaktując się bezpośrednio ze świadczeniodawcą, który odmówił wykonania świadczenia ustalając przyczynę odmowy.

ROZDZIAŁ III.

PRAWA PACJENTA OKREŚLONE W USTAWIE O PRAWACH PACJENTA ORAZ ICH PRZESTRZEGANIE PRZEZ PODMIOTY UDZIELAJĄCE WIADCZE ZDROWOTNYCH

3.1. Prawo pacjenta do wiadcze zdrowotnych

3.1.1. Definicja prawa

Zgodnie z art. 6. ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do wiadcze zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich wiadcze zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalanej kolejno dostępu do tych wiadcze. Warto w tym kontekście zauważyć, że pacjent ma prawo do, aby udzielał mu wiadcze zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Lekarz może jednak odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że danię, to jest bezzasadne. Zarówno danię, jak i odmowę, odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Pacjent może również zwrócić się do pielęgniarki (poświadczenie) w zakresie zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (poświadczenie). Zarówno danię, jak i odmowę, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 7. ust. 1. ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia wiadcze zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Należy zauważyć, że w przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania wiadcze zdrowotnych związanych z porodem.

Pacjent ma prawo do wiadcze zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające wiadcze zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu wiadcze zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art. 8 ustawy o prawach pacjenta).

3.1.2. Naruszenie prawa

Naruszeniem prawa pacjenta jest każde odstępstwo w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej od zasad określonych w ustawie i przepisach wykonawczych. Np. prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z potrzebami klinicznymi, niezależnie od swojej sytuacji materialnej, w konsekwencji prowadzi do zakazu wprowadzenia dodatkowych opłat, od których uiszczenia zależałoby przyspieszenie udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom ubezpieczonym (władzeniobiorcom) finansowanego ze środków publicznych. Najczęściej występującymi naruszeniami jest:

- odmowa udzielenia świadczenia,
- odmowa rejestracji skierowania i umieszczenia w kolejce,
- zastrzeżenie do kolejki oczekujących,
- brak aktualizacji skierowania,
- odmowa wykonania badania w znieczuleniu ogólnym,
- ograniczenie dostępu do świadczeń,
- ograniczenie do świadczeń diagnostycznych,
- odmowa wydania za świadczenia o czasowej niezdolności do pracy,
- odmowa przesunięcia terminu świadczenia umówionego,
- odmowa udzielenia świadczenia w trybie nagłym,
- obciążenie kosztami świadczenia w związku z brakiem dokumentu ubezpieczenia,
- odmowa zlecenia transportu sanitarnego,
- odmowa wydania skierowania do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, sanatorium, szpitala,
- odmowa zaopatrzenia w środki pomocnicze,
- odmowa refundacji kosztów zaopatrzenia ortopedycznego,
- odmowa dodatkowej opieki pielęgniawczej,
- odmowa zmiany lekarza rodzinnego,
- nieregularne szeregowe

3.1.3. Stopień realizacji tego prawa

Zakres dostępu do świadczeń zdrowotnych stanowi zasadniczą przyczynę kierowanych przez pacjentów spraw skargowych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Naruszanie prawa pacjenta do wiadcze opieki zdrowotnej przejawia si w ró nym kształcie. Zjawisko to ma swoje przyczyny, niekoniecznie uzależnione od kwestii finansowych. Wszczynane post powania wyja niaj ce w sprawach dotyczących ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych, a nawet tworzenia barier uniemożliwiających korzystanie ze świadczeń, dowodzą, że powstawanie problemów tkwi w niezrozumieniu przez uczestników zdarzeń warunków i standardów określanych w przepisach prawa. Głównym źródłem rzeczonych problemów jest także niekompetencja osób podejmujących decyzje w sprawach organizacji dostępu do świadczeń zdrowotnych. Wiele spraw, na pozór uregulowanych przepisami prawa, wymaga interpretacji i zwykle jest ona wzajemnie sprzeczna, w zależności od strony, która jej dokonuje. Występowanie kierowane do instytucji w sprawach pacjentów pozwalają wiele tych zagadnień wyjaśnić i przywrócić stan zgodny z obowiązującymi normami.

Obok przypadków niebudzących wątpliwości, że doszło do naruszenia praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych, dużo podejmowanych spraw wskazuje na zupełne niezrozumienie przez pacjentów zadań ustawowych nałożonych na Rzecznika Praw Pacjenta. W przekonaniu tej grupy pacjentów Biuro ma pełnić funkcję zastępczą wobec nich, podejmując w ich imieniu te czynności, które pozwolą im na dostęp do świadczeń zdrowotnych z pominięciem obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie, tj. artykułu 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Stosownie do treści ww. art. świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

wiadczeniodawca:

- 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
- 2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
- 3) wpisuje na listę za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego.

Warto w tym kontekście zauważyć, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661) definiuje, że świadczeniobiorcą, zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście

oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej
szprzypadek stabilnyö.

W tych przypadkach pacjenci spotykają się z odmową spełnienia tak wyrażanych
oczekiwania, ale przy okazji Biuro wykorzystuje ten moment na działalność edukacyjną
w kwestii popularyzowania wiedzy o zasadach poruszania się w systemie opieki zdrowotnej
oraz zasad korzystania ze świadczeń.

W obszarze analizy naruszania praw pacjenta w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
mieszczą się zagadnienia dotyczące standardów wykonywania świadczeń. Dotyczy to takich
zarzutów jak:

- uzależnienie hospitalizacji od wykonania badań diagnostycznych przez lekarzy
podstawowej opieki zdrowotnej,
- zakazania wewnątrzszpitalne,
- przewlekłe w postępowaniu wnioskowym,
- wymuszanie środków pieniężnych niezgodnie z zasadami,
- prawdopodobieństwo wystąpienia błędów lekarskiego,
- nieetyczne postępowanie personelu medycznego,
- obniżenie jakości usług,
- odmowa refundacji kosztów leczenia w ramach Europejskiej Karty Ubezpieczenia
Zdrowotnego,
- odmowa leczenia poza granicami kraju.

Wszystkie sprawy wymagające podjęcia działań zgodnych z procedurami postępowania
oraz przepisami prawa były przedmiotem stosownych wystąpień kierowanych zgodnie
z właściwościami rzeczowymi i miejscowymi do odpowiedzialnych instytucji nadzoru
lub bezpośrednio do podmiotów, których istota sprawy dotyczyła. W sprawach dotyczących
ocen postępowania diagnostyczno-leczniczego wystąpienia kierowano do samorządu
lekarskiego lub pielęgniarek i położnych. W analizowanym okresie nie zanotowano wystąpień
do samorządu aptekarskiego i diagnostów laboratoryjnych. W sprawach odnoszących się
do zastrzeżeń objętych świadczeniami zdrowotnymi na podstawie ustawy
o świadczeniach, rzeczone wystąpienia były kierowane do jednostek Narodowego Funduszu
Zdrowia. W związku z przekazywanych sygnałów i zakresie prowadzonych spraw
przez Biuro, informowane były organy zarządcze dla zakładów, których dotyczyły
sprawy.

3.2. Prawo pacjenta do informacji

3.2.1. Definicja prawa

Zgodnie z art. 9. ust 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust 2 ustawy o prawach pacjenta). Warto w tym kontekście zauważyć, że informacja przystępna, to informacja zrozumiała dla pacjenta⁴. Należy użyć takich słów, określeń i nazw, które pacjent ze względu na swój poziom umysłowy, wiek, wykształcenie, stopień koncentracji uwagi jest w stanie pojąć⁵. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom (art. 9 ust 3 ustawy o prawach pacjenta). Należy stwierdzić, że stosownie do treści art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji w rzeczonym zakresie. Ustawa o prawach pacjenta daje pacjentowi również prawo do przedstawienia lekarzowi swojego zdania w rzeczonym zakresie (art. 9 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta). Mając powyższe na uwadze należy wyjaśnić, że w przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodzie lekarza”, tj. w sytuacjach wyjtkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich sytuacjach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu danej informacji.

Stosownie do treści art. 9 ust.7 ustawy o prawach pacjenta, pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,

⁴ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s.79.

⁵ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s.79.

wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 6 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, po jej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich (art. 9 ust. 8 ustawy o prawach pacjenta).

Warto w tym miejscu podnieść, w przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w omawianej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniając ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Należy wyjaśnić, że prawa pacjenta przewidziane w przepisach odrębnych, to np. prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów, prawo do wypisywania ze szpitala na własne życzenie, prawo do natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia⁶. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Jak stanowi art. 11 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta w przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa powyżej udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Na mocy art. 12 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

⁶ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 108.

3.2.2. Naruszenie prawa

Pacjent ma prawo tak daleko pytać, a informacja mu przekazywana będzie dla niego zrozumiała. Jeżeli pacjent nie chce być informowany o swojej sytuacji zdrowotnej, ma prawo z tych informacji zrezygnować. Pacjent musi wyraźnie wskazać, z jakich informacji rezygnuje. Pacjent ma prawo upoważnić szpital do poinformowania osób bliskich lub wskazanych instytucji o nagłym pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta lub o natychmiastowej konieczności przetransportowania pacjenta do innego świadczeniodawcy. Pacjent może udzielić takiego upoważnienia już w chwili przyjęcia do szpitala lub w trakcie pobytu. Szpital jest zobowiązany wypełnić wolę pacjenta.

Naruszeniem prawa będzie także odmowa udzielenia informacji, gdy pacjent o to się zwróci do lekarza. Informacje te mogą być udzielane innym osobom (np. rodzinie) tylko za zgodą pacjenta. Z dowiadczania Biura wynika, że najczęściej są podnoszone przez pacjentów następujące zarzuty:

- odmowa udzielenia informacji o leczeniu,
- odmowa udzielenia szczegółowych informacji medycznych w związku z wypisem ze szpitala w sytuacji braku możliwości wykonania zalecanych świadczeń zdrowotnych w warunkach domowych,
- odmowa udzielenia informacji o metodzie leczenia, rokowaniach oraz o innych alternatywnych sposobach leczenia,
- zaniechanie informowania pacjenta o przewidywanych skutkach zastosowania określonych procedur medycznych,
- brak odpowiedzi na skargi,
- odmowa wydania zaświadczenia o stanie zdrowia.

3.2.3. Stopień realizacji tego prawa

Problemy dotyczące naruszenia prawa do informacji to powszechnie znane zjawisko. Lekarze niechętnie podejmują dyskusje z pacjentem na temat jego leczenia. W sytuacji, gdy rzeczona dyskusja jest podejmowana to pacjenci zwykle uskarżają się, że odbywa się to w sposób lakoniczny, często nieprzystępny i niezrozumiały dla pacjenta. Tworzony jest w tym zakresie tylko pozór respektowania prawa pacjenta, jednak zwykle pacjent jest niezadowolony z formy udzielonej mu odpowiedzi. Z wypowiedzi pacjentów wynika, że dochodzi do ignorowania przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych

ich zainteresowania przebiegiem leczenia i ocen w rokowaniach, tylko dlatego, że nie posiadają wykształcenia medycznego. Zarzut, o którym mowa powyżej jest podnoszony zazwyczaj bezpodstawnie przez lekarzy, w przypadku, gdy pacjenci chcą uzyskać informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

3.3. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

3.3.1. Definicja prawa

Zgodnie z art. 13. ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielającej mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Należy zaznaczyć, że osoba wykonująca zawód medyczny jest osobą w rozumieniu art. 18 d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zawodach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) zwana dalej „ustawą o zawodach opieki zdrowotnej”. Osoba ta na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny⁷.

W celu realizacji ww. prawa, osoby wykonujące zawód medyczny są zobowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności z jego stanem zdrowia. Zaznaczyć należy, że zakresem komentowanego przepisu objęte są wszystkie informacje związane z pacjentem, które zostały uzyskane przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, w związku z wykonywaniem zawodu medycznego⁸. Uwaga ta dotyczy zarówno informacji przekazanych przez pacjenta, jak i tych, które świadczeniodawca pozyskał samodzielnie (np. w wyniku badania). Tajemnicę objęte również informacje i fakty dotyczące pacjenta, które nie są związane z procesem leczniczym⁹.

⁷ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 112.

⁸ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 113.

⁹ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 113.

Warto w tym kontekście zauważyć, iż rzeczonego uregulowania nie stosuje się, w przypadku, gdy stanowi tak przepisy odrębnych ustaw. Wśród przepisów odrębnych ustaw, które pozwalają naruszyć tajemnic zawodową wskazuje należałoby art. 50 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który przewiduje i osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są zwolnione z obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do:

- 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) wójtów i burmistrzów gmin, starostów powiatów, wójtów i burmistrzów miast powiatowych i samorządów województwa, co do okoliczności, w których ujawnienie jest niezbędne do wykonania zadań z zakresu pomocy społecznej¹⁰.

W celu realizacji prawa pacjenta do tajemnicy i informacji z nią związanych, osoby wykonujące zawód medyczny są zobowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności te ze stanem zdrowia pacjenta (art. 14 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta). Przepisu, o którym mowa powyżej nie stosuje się w przypadku gdy:

- tak stanowi przepisy odrębnych ustaw (art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta);
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta);
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy (art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta);
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (art. 14 ust. 2 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta).

Warto w tym kontekście zauważyć, że zachowanie tajemnicy obowiązuje również po śmierci pacjenta.

3.3.2. Naruszenie prawa

W każdym z omówionych powyżej przypadków ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

¹⁰ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 113.

Z do wiadomości Biura wynika, że pacjenci zgłaszają przypadki:
ujawnienia danych leczenia osobie nieupoważnionej,
naruszenia tajemnicy dokumentacji medycznej.

3.3.3. Stopień realizacji tego prawa

Naruszenie prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych zostało zgłoszone w kilku przypadkach i nie stanowiło żadnych negatywnych istotnych skutków dla samego pacjenta. Prawo to jest przez wiadczeniodawców właściwie przestrzegane.

3.4. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

3.4.1. Definicja prawa

Przepisy art. 15-19 ustawy o prawach pacjenta stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Przepisy te mają charakter ogólny i pierwszeństwo mają przepisy ustaw szczególnych (*lex specialis*), o ile zawierają inne postanowienia¹¹.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy zauważyć, że pacjent ma, zgodnie z treścią art. 16 ustawy o prawach pacjenta, prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 ustawy o prawach pacjenta omawianych w Rozdziale 3.2. Rzeczone prawo stanowi, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza (art. 17 ust 2 ustawy o prawach pacjenta). W tym miejscu należy stwierdzić, że pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w takim przypadku, wymagane jest zezwolenie szefa opiekuńczego (art. 17 ust 3 ustawy o prawach pacjenta). Zgoda oraz sprzeciw na udzielenie świadczeń zdrowotnych mogą być wyrażone przez pacjenta ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje

¹¹ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 122.

na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli (art. 17 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta).

Stosownie do treści art. 18. ust 1 ustawy o prawach pacjenta w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania informacji (art. 18 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta).

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i 18 ustawy o prawach pacjenta określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 19 ustawy o prawach pacjenta. Przepisy dotyczą po pierwsze, zasad przeprowadzania badania lub udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody pacjenta¹². Po drugie zaś, wobec zgłoszenia sprzeciwu przez pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat osobę ubezwłasnowolnioną albo pacjenta chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo lecz dysponującego dostatecznym rozeznanie¹³. Określenie „pomimo braku zgody” rozumieć trzeba nie jako odmowę zgody przez osobę małoletnią, przy której zdolności do czynności prawnych, w pełni władzy umysłowych, tylko jej nie wyrażenia, a zatem brak jakiegokolwiek oświadczenia akceptującego interwencję medyczną z uwagi na wiek lub stan zdrowia, która ma cechy nagoty¹⁴.

3.4.2. Naruszenie prawa

Uzyskanie zgody pacjenta jest główną podstawą legalności działania lekarza. Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody jest przestępstwem i obwarowane jest sankcją karną, co wynika z art. 192 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). Osoba wykonująca zabieg leczniczy bez zgody podlega karze grzywny, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2, przy czym zagrożenie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

¹² M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 172.

¹³ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 172.

¹⁴ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 172.

3.4.3. Stopień realizacji tego prawa

Analiza spraw kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie przestrzegania omawianego prawa pokazuje, że w zasadzie świadczeniodawca przyjmuje w sposób dorozumiany fakt uzyskania zgody pacjenta na realizację określonej procedury medycznej w diagnostyce i leczeniu. Domniemanie to wywodzi z samej okoliczności zgłoszenia się pacjenta do lekarza i korzystania przez niego z usług. Uzyskiwanie zgody pacjenta na zastosowanie określonego leczenia najlepiej wygląda w placówkach opieki całonocnej. Zgodę tak uzyskuje się od pacjenta z chwilą przyjęcia go do danego świadczeniodawcy. Należy zauważyć, że już w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie, zaniechany jest proces uzyskiwania zgody na wykonanie procedur wynikających z procesu leczenia, których nie można było przewidzieć w momencie przyjmowania do szpitala. Naruszanie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych często wiąże się z naruszaniem jego prawa do informacji.

3.5. Prawo do poszanowania intymności i godności

3.5.1. Definicja prawa

Stosownie do treści art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. W ocenie Sądu Najwyższego intymność oraz godność stanowi dobra osobiste człowieka w rozumieniu art. 23 Kodeksu cywilnego¹⁵. Warto w tym kontekście zauważyć, że zgodnie z treścią art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Podobna regulacja znajduje się art. 12 ust. 1 *Kodeksu etyki lekarskiej*, zgodnie z którym lekarz powinien uczliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Sądem Najwyższym zauważone zostało, że godność jest tym dobrem osobistym człowieka, które odzwierciedla wewnętrzne poczucie własnej wartości i wianości jako indywidualnej osoby ludzkiej. Doznaje naruszenia wówczas, gdy inna osoba daje wyraz gorszej ocenie, co wywołuje usprawiedliwiony stan dyskomfortu psychicznego u adresata¹⁶. Sądem Najwyższym wypowiedziano się także w aspekcie intymności, podnosząc, iż życie intymne każdej osoby podlega zawsze pełnej ochronie prawnej¹⁷. Przez intymność

¹⁵ SN z 18.01.1984 r., I CR 400/83, OSNC 1984, nr 11, poz. 195.

¹⁶ SN z 30.10.2003 r., IV CK 149/02, LEX nr 209289.

¹⁷ SN z 11.03.1986 r., I CR 4/86, OSP 1987, nr 4, poz. 86.

nale y rozumie zarówno prze ycia wewn trzne, jak i fizyczne aspekty funkcjonowania jednostki, których ujawnienie powoduje u przeci tnego człwieka uczucie dyskomfortu lub za enowania¹⁸. Nale y stwierdzi , e prawo do poszanowania godno ci obejmuje tak e prawo do umierania w spokoju i godno ci (art. 20 ust. 2 zdanie pierwsze ustawy o prawach pacjenta).

Dokonuj c wykłdni rzeczzonego przepisu nale y uwzgl dni tre art. 30 31 *Kodeksu etyki lekarskiej*. Lekarz powinien do y wi c wszelkich stara , aby zapewni choremu humanitarn opiek terminaln i godne warunki umierania oraz do ko ca łgodzi cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywa , w miar mo liwo ci, jako ko cz cego si ycia. Warto w tym kontek cie podnie , i pacjent znajduj cy si w stanie terminalnym ma prawo do wiadcze zdrowotnych zapewniaj cych łgodzenie bólu i innych cierpie (art. 20 ust. 2 zdanie drugie ustawy o prawach pacjenta).

W celu realizacji prawa pacjenta do poszanowania intymno ci i godno ci, w szczegłno ci w czasie udzielania mu wiadcze zdrowotnych, osoba wykonuj ca zawód medyczny ma obowi zek post powa w sposób zapewniaj cy poszanowanie intymno ci i godno ci pacjenta (art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta). Osoby wykonuj ce zawód medyczny, inne ni udzielaj ce wiadcze zdrowotnych, uczestnicz przy udzielaniu tych wiadcze tylko wtedy, gdy jest to niezb dne ze wzgl du na rodzaj wiadczenia (art. 22 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta). Sam fakt przynale no ci do personelu medycznego nie upowa nia do uczestnictwa w interwencji medycznej¹⁹. Uczestnictwo, a tak e obecno innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małletniego, całkowicie ubezwłasnowanego lub niezdolnego do wiadomego wyra enia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonuj cej zawód medyczny, udzielaj cej wiadczenia zdrowotnego. Wyj tek od zasady uczestnictwa jedynie osób niezb dnych przy udzielaniu wiadczenia zdrowotnego okre la art. 36 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza. Zgodnie z tre ci rzeczzonego uregulowania do klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezb dnym do celów dydaktycznych nie stosuje si art. 22 ust. 2 ustawy

¹⁸ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 178.

¹⁹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 163.

o prawach pacjenta. Należy podkreślić, że obecność ta winna być ograniczona do niezbędnego zakresu dla celów dydaktycznych²⁰. Osoby uczestniczące w procesie dydaktycznym nie mogą jednak bez zgody pacjenta przeprowadzić na nim badania²¹. Mając powyższe na uwadze należy podkreślić, iż zgodnie z regulacją ustawową, tj. stosownie do treści art. 21 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów ó dzieci oraz osób, które ze względu na swój stan psychiczny czują dodatkowy dyskomfort przebywając w obcym otoczeniu²². Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może jednak odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta (art. 21 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta). Odmowa, o której mowa powyżej odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3.5.2. Naruszenie prawa

Poszanowanie prawa pacjenta do intymności wymaga, aby każdy pacjent był przyjmowany pojedynczo oraz miało miejsce przygotowanie się do badania w osobnym (zasłoniętym) miejscu. Ponadto gabinet powinien posiadać stosowne zamknięcie, uniemożliwiającej wejście postronnych (przypadkowych) osób. Za niedopuszczalną praktykę uznaje się zatem np. zbiorowe przyjmowanie pacjentów.

Prawo pacjenta do poszanowania godności obowiązuje lekarza oraz pozostały personel medyczny do powstrzymania się od jakichkolwiek wypowiedzi i innych zachowań, które mogłyby być uznane za obraźliwe, szydercze, czy ogólnie mówiąc niegrzeczne. Osoby te winny zatem odnosić się z należyty szacunkiem do każdego pacjenta, niezależnie od jego wieku, płci, statusu społecznego, wykształcenia, koloru skóry, rasy, choroby, poglądów itp.

Obowiązek poszanowania praw pacjenta spoczywa także na innych osobach zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, np. pracownikach administracji i obsługi.

²⁰ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 367.

²¹ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zasadach opieki zdrowotnej, Komentarz*, ABC Wolters Kluwer Polska, 2007, s. 140.

²² A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 162.

Obowiązek ten nie jest ograniczony jedynie do czasu udzielania świadczeń zdrowotnych, lecz obowiązuje zarówno przed, jak i po udzieleniu tych świadczeń.

Prawo do intymności i poszanowania godności ma szczególny wymiar w odniesieniu do dzieci. Dzieci jako osoby o nieukończonym dojrzałością psychiczną o wiele trudniej znoszą sytuacje, gdy traktuje się je w sposób niewłaściwy. Stwarza to realne zagrożenie wystąpienia dotkliwych urazów psychicznych, wywołanych poprzez ujawnienie w trakcie badania pewnych sfer intymności.

3.5.3. Stopień realizacji tego prawa

Sygnalizowane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w formie telefonicznej i korespondencyjnie wskazują, że naruszenie prawa do intymności jest zjawiskiem dostrzegalnym, choć nie zawsze wzbudzaającym niepokój po stronie pacjenta. Najczęściej zdarza się to w gabinecie lekarskim, w którym badany jest pacjent wchodzą osoby postronne, pracownicy zakładu, inni pacjenci. Czestymi przypadkami jest podejmowanie przez lekarza w trakcie rozpoczęcia badania, innych czynności, jak uzgadnianie sprawcowicze nie związanych z pacjentem z innymi pracownikami, przyjmowanie telefonów nie zawsze służbowych, rozmowy przy pacjencie o sprawach czołowiec nie związanych z działalnością medyczną lekarza.

3.6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

3.6.1. Definicja prawa

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust.1 ustawa o prawach pacjenta). Prawo to pozostaje w wyraźnym związku z prawem pacjenta do informacji²³. Warto w tym kontekście zauważyć, że przepisy Rozdziału VII ustawy o prawach pacjenta są skonkretyzowaniem prawa wynikającego z art. 51 ust. 3 *Konstytucji RP*, który stanowi, że każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych, za jego ograniczenie może określać ustawa.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewnić ochronę danych

²³ S. Mikołajczyk, *Prawa pacjenta*, Poznań 1994, s. 15.

zawartych w tej dokumentacji (art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta). Konkretyzacja podmiotów zobowiązanych do prowadzenia dokumentacji medycznej znajduje się w następujących aktach prawnych: ustawa o zawodzie lekarza, ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej” oraz ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Mając powyższe na uwadze warto zauważyć, że stosownie do treści art. 41 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, według zasad określonych w ustawie o prawach pacjenta. Z kolei zgodnie z treścią art. 20 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka, położna ma obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób i na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta. Przedmiotowi kwestię normuje także art. 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej zobowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta. Ponadto zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się w przedmiotowej sprawie i podniósł i sformułował obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej dotyczy wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, czyli również zakładów niepublicznych (i)”.²⁴

Zgodnie z treścią art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku śmierci pacjenta prawo, o którym mowa powyżej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Istnieje także możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej innym podmiotom na mocy art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta. Biorąc powyższe pod uwagę podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również :

podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędną do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie

²⁴ TK z 28.XI.2005 r., K 22/05, OTK 2005, Nr 10A, poz. 118.

niezb dnym do wykonywania przez te podmioty ich zada , w szczegłolno ci kontroli i nadzoru;

ministrowi w ciwemu do spraw zdrowia, s dom, w tym s dom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom s dowym i rzecznikom odpowiedzialno ci zawodowej, w zwi zku z prowadzonym post powaniem;

uprawnionym na mocy odr bnych ustaw organom i instytucjom, je eli badanie zosta przeprowadzone na ich wniosek;

organom rentowym oraz zespo m do spraw orzekania o niepe osprawno ci, w zwi zku z prowadzonym przez nie post powaniem;

podmiotom prowadz cym rejestry us g medycznych, w zakresie niezb dnym do prowadzenia rejestrów;

zak dom ubezpiecze , za zgod pacjenta;

lekarzowi, piel gniarce lub po nej, w zwi zku z prowadzeniem procedury oceniaj cej podmiot udzielaj cy wiadcze zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezb dnym do jej przeprowadzenia;

szkole wy szej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umo liwiaj cych identyfikacj osoby, której dokumentacja dotyczy.

Dokumentacja medyczna jest udost pniana do wgl du w siedzibie podmiotu udzielaj cego wiadcze zdrowotnych (art. 27 pkt. 1 ustawy o prawach pacjenta) oraz poprzez sporz dzenie jej wyci gów, odpisów lub kopii na koszt osoby wnioskuj cej, czyli pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta, b d osoby przez pacjenta upowa nionej (art. 27 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta).

Maksymalna wysoko op ty za:

jedn stron wyci gu lub odpisu dokumentacji medycznej nie mo e przekracza 0,002 przeci tnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, pocz wszy od pierwszego dnia nast pnego miesi ca po og szeniu przez Prezesa G wnego Urz du Statystycznego w Dzienniku Urz dowym Rzeczypospolitej Polskiej šMonitor Polskiö na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. *o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpiecze Spo cecznych* (Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227, z pó n. zm.);

jedną stroną kopii dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej;
sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej.

Istnieje także możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot da udostępnić oryginały tej dokumentacji (art. 27 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta).

Ustawodawca określił wymagania na temat informacji, które powinny znajdować się w dokumentacji medycznej. Zgodnie z treścią art. 25 dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości, tj. nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płeć, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do wiadomego wyrażenia zgody nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- data sporządzenia.

Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej (art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz.1819, z późn. zm.) zwanym dalej rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej, dokumentacja medyczna dzieli się na dokumentację indywidualną odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń

zdrowotnych zakładu opieki zdrowotnej oraz dokumentacji zbiorczej odnoszącej się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych pacjentów. Dokumentację indywidualną dzieli się na dokumentację wewnętrzną przeznaczoną dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz dokumentację zewnętrzną, przeznaczoną dla pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza. Dokumentację wewnętrzną jest historia zdrowia i choroby lub historia choroby, którą zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy. Lekarz włącza do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego. Dokumentację zewnętrzną są natomiast skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, karta przebiegu choroby, za świadczenia, orzeczenia i opinie lekarskie oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu.

Dokumentacja medyczna, która winna być prowadzona zgodnie z przepisami prawa jest przechowywana przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

- skierowania na badania lub zlecenie lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;

- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat (art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta).

Po upływie okresów, o których mowa powyżej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Ponadto problematykę przechowywania dokumentacji medycznej precyzuje rozdział 5. rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Zgodnie z treścią § 44 ww. aktu wykonawczego dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w zakładzie, w którym została sporządzona, zaś dokumentacja zewnętrzna, w postaci zleceń

lub skierowa, pozostaje w zakresie, który zrealizowane świadczenie zdrowotne. Kierownik zakładu jest odpowiedzialny za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

3.6.2. Naruszenie prawa

Z do wiadcze Biura wynika, że odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej jest najczęstszym przykładem naruszenia omawianego prawa. Warto w tym kontekście zauważyć, że z naruszeniem, o którym mowa powyżej mamy do czynienia jedynie wtedy, gdy uprawniony podmiot wnioskuje o udostępnienie dokumentacji, a wniosek ten nie spotyka się z pozytywnym rozpatrzeniem przez podmiot udzielający świadcze zdrowotnych w całości lub tylko w części. Jak już wskazano powyżej podmiot udzielający świadcze zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Należy wyjaśnić, że przedstawicielem ustawowym może być w szczególności rodzic, przysposabiający lub opiekun. Zazwyczaj w przypadku pacjenta małoletniego, to rodzice są przedstawicielami ustawowymi, pod warunkiem, że nie pozbawiono ich władzy rodzicielskiej, nie są małoletnimi (stosownie do treści art. 10 § 2 Kodeksu cywilnego przez zawarcie małżeństwa małoletni uzyskuje pełnoletniość i nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa. Zgodnie z treścią art. 10 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuczego nie może zawrzeć małżeństwa osoba nie mająca ukończonych lat osiemnastu, jednakże z ważnych powodów sąd opiekuńczy może zezwolić na zawarcie małżeństwa kobiecie, która ukończyła lat szesnaście, a z okoliczności wynika, że zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem całej rodziny) albo ubezwłasnowolnionymi. W odniesieniu do osoby upoważnionej przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej ustawodawca nie przewidział żadnej formy upoważnienia, zatem pacjent może upoważnić inną osobę pisemnie, jak i ustnie²⁵. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 19 maja 2003 r.²⁶ uznał prawo pacjenta publicznego zakładu opieki zdrowotnej do udostępnienia mu dokumentacji medycznej zbiorczej, prowadzonej przez zakład w zakresie jego osoby, a w razie odmowy uznania tego uprawnienia przez zakład pacjent może zaskarżyć czynność zakładu do sądu

²⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2005, s. 318.

²⁶ OSA 1/03, Przegląd Sądowy 1994, Nr 11-12.

administracyjnego. Zdaniem innych przedstawicieli doktryny w przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej roszczenie o jej udostępnienie mogłoby zostać zrealizowane na gruncie art. 189 Kodeksu postępowania cywilnego w ramach powództwa o ustalenie prawa²⁷.

Mając powyższe na uwadze, Biuro udziela informacji na temat prawa pacjenta do dokumentacji medycznej poszczególnym pacjentom. Informacje, o których mowa powyżej, będą przekazywane po przeprowadzeniu wnikliwej analizy stanu faktycznego.

Należy zaznaczyć, że w sytuacjach naruszenia omawianego prawa Biuro zwraca się do podmiotu odmawiającego realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej z prośbą o wyjaśnienie przyczyn odmowy. Wystąpienia te będą kierowane zarówno do konkretnych lekarzy, jak również do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej. Interwencja Biura w większości przypadków powodowała udostępnienie pacjentom dokumentacji medycznej. Niekiedy rzeczona interwencja wskazywała i przyczynę nie wydania pacjentowi oryginalnej dokumentacji medycznej, a odmowa pokwitowania tego faktu przez pacjenta lub osobę upoważnioną na piśmie oraz odmowa zwrotu dokumentacji po wykorzystaniu.

Aktywność Biura w przedmiotowym zakresie polega także na udzielaniu odpowiedzi na pytania pacjentów dotyczące sposobów udostępnienia dokumentacji medycznej, jak również okresu jej przechowywania przez podmioty do tego obowiązane.

Z doświadczeń Biura wynika, że zdarzają się także sytuacje, gdy osoba bliska nie została upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej, w związku z czym interwencja Biura pozwala na wyeliminowanie wszelkich wątpliwości dotyczących przedmiotowej sprawy. Warto w tym kontekście podnieść, iż często pomiędzy podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, a pacjentem nie ma dialogu i rola Biura polega w takich przypadkach na pomocy w wypracowaniu wspólnych relacji i rzeczowej wymiany informacji.

3.6.3. Stopień realizacji tego prawa

W zakresie stosowania tego prawa dostrzega się z jednej strony zupełną nieznaną zasad stosowania tego prawa zarówno przez samych pacjentów, jak i władzodawców,

²⁷ E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 598; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, 2007, s. 105.

z drugiej za strony w zakresie tworzenia warunków do dostępu pacjentów do dokumentacji istnieje zważająca wola ze strony świadczeniodawców. Ta druga przesłanka przejawia się m.in. w całkowitym zaniechaniu informowania pacjenta o takiej możliwości, jak również zasad formalnych koniecznych do podejmowania w tym procesie, a także traktowanie wniosku pacjenta o uzyskanie dokumentacji, jako swoistego zamachu na świadczeniodawcę. Wiele przypadków wskazuje, że uzyskiwanie dokumentacji staje się niemożliwe bez interwencji z zewnątrz, polegającej na wskazaniu roli obowiązków świadczeniodawcy w sytuacji wyrażenia woli przez pacjenta w formie pisemnej. W tym aspekcie naruszanie prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej, są zasady przyjmowane przez świadczeniodawców w zakresie obciążenia pacjentów kosztami spełnienia ich oczekiwań. Notowane są przypadki swobodnego ustalania kosztów wykonania kopii dokumentacji i błędne traktowanie ujętych w ustawie o prawach pacjenta sformułowań dotyczących formy udostępnianej dokumentacji. Najczęściej zarzuty pacjentów w zakresie praktyki w stosowaniu tego uprawnienia dotyczą:

zastrzeżeń do prowadzenia dokumentacji medycznej,

odmowy wydania dokumentacji medycznej,

odmowy sprostowania błędów w dokumentacji medycznej.

Do powyższych zarzutów należy również dodać przesłankę niezachowania przez świadczeniodawców obowiązku przekazania dokumentacji we właściwym terminie. Wydanie dokumentacji powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż w ciągu siedmiu dni. Pacjenci opuszczający szpital powinni otrzymać kartę informacyjną leczenia szpitalnego w dniu, kiedy nastąpi wypisanie. Naruszanie tej zasady godzi nie tylko w formalne podstawy obowiązku prawnego, ale także może wpłynąć na proces leczenia poszpitalnego. Karta informacyjna zawiera dane dla procesu kontynuacji leczenia informacji, których brak powoduje pojawianie się dodatkowych skutków narazających pacjentów na powstawanie szkody zdrowotnej czy materialnej.

Postępowania w sprawie naruszenia prawa prowadzone były przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta bezpośrednio ze świadczeniodawcami, w których doszło do obrazy prawa. Wszystkie interwencje w tych sprawach były skuteczne.

3.7. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

3.7.1. Definicja prawa

Stosownie do treści art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Pacjent ma prawo także do odmowy kontaktu z ww. osobami (art. 33 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta).

Przez pojęcie śninnej osoby należy rozumie przede wszystkim osoby najbli sze pacjentowi i nie uto samia ww. nomenklatury z pojęciami u ywanymi w przepisach Kodeksu cywilnego oraz Kodeksu rodzinnego i opieku czego. Tak otwarta formuła przepisu pozwala na szerok realizacj rzonego prawa.

Warto w tym kontek cie zauwa y , e wykonywanie ww. prawa powinno oczywi cie odbywa si z uwzgl dnieniem mo liwo ci organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w którym przebywa pacjent²⁸.

Zgodnie z tre ci art. 34 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki piel gnacyjnej. Przez dodatkow opiek piel gnacyjn rozumie si opiek , która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym tak e opiek sprawowan nad pacjentk w warunkach ci y, porodu i poegu (art. 34 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta). Należy wyja ni , e chodzi o sytuacj , gdy dodatkow opiek sprawuj inne osoby ni personel medyczny i nie s one finansowane ze rodków publicznych. W przypadku, gdy ze sprawowaniem dodatkowej opieki piel gnacyjnej wi si dla zakładu opieki zdrowotnej pewne koszty, pacjent ma obowi zek ich pokrycia (art. 35 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta). Warto w tym miejscu podnie , i wysoko opłaty rekompensujcej koszty, o których mowa powy ej, ustala kierownik zakładu, uwzgl dniaj c rzeczywiste koszty realizacji praw do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami oraz do dodatkowej opieki piel gnacyjnej (art. 35 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta). Rzeczony przepis dotyczy rzeczywistych kosztów, a wiec takich, które s bezpo rednio zwi zane z realizacj przedmiotowych praw pacjenta. Musz mie one charakter racjonalny i uzasadniony przede wszystkim stanem zdrowia pacjenta, ale te

²⁸ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 227.

dotyczy pewnych świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej²⁹. Informacja o wysokości opłaty oraz sposobie jej ustalenia winna być jawna i udostępniana w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.

3.7.2. Naruszenie prawa

Z doświadczeń Biura wynika, iż w okresie sprawozdania, najczęstszym sposobem naruszeniem rzeczonych praw było zabranianie osobom bliskim – najczęściej rodzicom małoletnich dzieci – pozostawania z nimi w porze nocnej w szpitalu z powodu zakończenia pory odwiedzin, co jest sprzeczne z prawem. Sygnały przekazywane na infolinię potwierdzają liczne przypadki uniemożliwienia korzystania przez pacjentów z tego prawa, głównie przez ośrodki szpitalne.

3.7.3. Stopień realizacji tego prawa

Odmowa obecności osoby bliskiej pacjentowi jest powszechnym zjawiskiem w działalności zakładów opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca świadczenia usług zdrowotnych. Warto w tym kontekście zauważyć, że w szpitalach odmowie tej towarzyszy powołać się na regulaminy porządkowe, które ustalają ściśle określone godziny odwiedzin, zaś w przychodniach uniemożliwia się osobom bliskim, wskazanym przez pacjenta, obecność podczas udzielania świadczenia zdrowotnego (udzielanie porady, omawianie procesu leczenia, sposobu terapii, badania diagnostycznego itp.). Sytuacja taka występuje nawet w przypadkach, gdy pacjentami są nieletni lub osoby niepełnosprawne, wymagające obecności osób bliskich, choćby ze względu na wspomaganie ich w trakcie przygotowania do badania i po jego zakończeniu.

Naruszenie tego prawa dotyczy także sytuacji, w których dochodzi do komentowania przez udzielającego świadczenia zdrowotnego, zachowania pacjenta, jego postawy, stylu życia w sposób niemówiący i poniżający.

²⁹ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 231.

3.8. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

3.8.1. Definicja prawa

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy o prawach pacjenta). W ramach rzeczonych praw chodzi przede wszystkim o umożliwienie pacjentowi kontaktu z duszpasterzem, a także udostępnienie mu miejsca modlitwy. Stosownie do treści art. 37 ustawy o prawach pacjenta w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia w zakładzie opieki zdrowotnej jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Koszty realizacji prawa do opieki duszpasterskiej ponosi zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowi inaczej (art. 38 ustawy o prawach pacjenta).

3.8.2. Naruszenie prawa

Naruszeniem prawa jest każda sytuacja, w której pacjent wyrażający potrzebę kontaktu z osobą duchowną, nie może osiągnąć celu z powodu braku zapewnienia takiej opieki przez szpital lub inny zakład świadczący całonocowo opiekę nad pacjentem, lub tej jawnej odmowy spełnienia oczekiwań pacjenta.

3.8.3. Stopień realizacji tego prawa

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej jest przestrzegane należyście. Biuro nie otrzymało żadnego sygnału świadczącego o naruszeniu uprawnienia.

3.9. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

3.9.1. Definicja prawa

Pacjent, zgodnie z art. 39 ustawy o prawach pacjenta, w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowi inaczej. Przechowywanie jest umową zobowiązującą o charakterze realnym, niezbydne

jest przyjęcie rzeczy do depozytu, nie wystarczy zwrócenie o wiadczenie woli przez strony³⁰. Rzecz warta ciosa pacjenta musi się znaleźć we władaniu zakładu opieki zdrowotnej, który staje się jej dzierżycielem (art. 338 Kodeksu cywilnego) a więc nie może nią wada jak np. najemca, za pacjent jest nadal jej posiadaczem (samoistnym lub zależnym)³¹. Zakład ma obowiązek zachowania rzeczy w stanie niepogorszonym, a więc ma sprawować pieczęć nad rzeczami wartymi ciosami pacjenta w sposób wynikający przede wszystkim z wartości rzeczy³².

Szczególne zasady tworzenia systemów bezpieczeństwa nad rzeczami wartymi powierzonym na przechowanie w zakładzie opieki zdrowotnej, określają regulaminy tych zakładów, uwzględniając w tym zakresie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 129 poz. 1068). Rozporządzenie określa również sposób przechowywania rzeczy wartych ciosami pacjenta w depozycie, przepisy nakazują przechowywanie w opakowaniu trwale zamkniętym, ostemplowanym pieczęcią zakładu opieki zdrowotnej z oznaczonym numerem zgodnym z zapisem w księdze depozytów. Tak oznaczone opakowanie przechowuje się w sejfie albo kasie pancerniej³³.

Należy wyjątkowo, ewentualnie rozporządzenie reguluje również sposób postępowania w razie, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji.

3.9.2. Naruszenie prawa

Do naruszenia praw pacjenta do przechowywania rzeczy wartych ciosami w depozycie może dojść w przypadku zagubienia przez osoby upoważnione przez zakład opieki zdrowotnej do przestrzegania praw w tym zakresie. Jeśli rzeczy pacjenta zostaną nieprawidłowo przechowane w wyniku czego dojdzie do ich uszkodzenia lub zniszczenia, a w sytuacjach skrajnych do zagubienia, odpowiedzialność ponosi zakład opieki zdrowotnej.

³⁰ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 237.

³¹ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 237.

³² M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 237.

³³ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 241.

3.9.3. Stopie realizacji tego prawa

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie jest przestrzegane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach. Biuro otrzymuje tylko jeden sygnał w postaci o naruszenia uprawnienia

ROZDZIAŁ IV. SPRZECIW

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

Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w wyroku z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie Alicji Tyśiąc przeciwko Polsce³⁴ zwrócił uwagę, że brak w polskim systemie prawnym procedury odwoławczej od opinii lekarza w sprawie dopuszczalności przerywania ciąży może stanowić niedozwoloną ingerencję w sferę życia prywatnego. Wprawdzie w polskim systemie prawa medycznego istnieć może możliwość złożenia przez pacjenta wniosku o zasięgnięcie dodatkowej opinii lekarza specjalisty lub złożenia konsylium w trybie art. 37 ustawy o zawodzie lekarza, niemniej jednak Trybunał uznał, że nie jest to środek wystarczający. W związku z tym taka procedura odwoławcza została wprowadzona na mocy ustawy o prawach pacjenta. Zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

4.1.1. Definicja prawa

4.1.1a. Podmioty uprawnione do zgłoszenia sprzeciwu

Warto w tym kontekście zauważyć, że pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Pacjentem jest zatem osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy jest ona zdrowa czy chora. Biorąc powyższe pod uwagę, pacjentem jest każda osoba, która wchodzi w relację z lekarzem w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ustawy o zasadach opieki zdrowotnej, zarówno o charakterze terapeutycznym, jak i nieterapeutycznym, a także w celu uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia.

Przedstawicielstwo jest to konstrukcja prawna, która polega na tym, że jedna osoba (przedstawiciel) jest upoważniona do podejmowania czynności prawnej w imieniu drugiej

³⁴ Skarga 5410/03, Lex Polonica nr 1266730.

osoby (reprezentowany) z bezpo rednim skutkiem dla reprezentowanego. Przedstawicielstwo ustawowe wynika z ustawy, jak to okre la art. 96 Kodeksu cywilnego, zatem, aby mo na być uzna okre lony podmiot prawny za przedstawiciela innego, musi istnie stosowny przepis prawa upowa niaj cy go do dzia ćnia w imieniu drugiego podmiotu³⁵. Nale y zauwa y , e dotyczy to zarówno sytuacji, gdy wyst puje bezpo rednie nawizanie do omawianej konstrukcji prawnej w danym przepisie, jak równie , gdy przedstawicielstwo ustawowe wynika z tre ci przepisów.

W polskim systemie prawnym klasycznym przyk ćdem przedstawicieli ustawowych s rodzice w stosunku do ma ćletniego dziecka, do którego przys ćguje im w ćdza rodzicielska, co wynika bezpo rednio z tre ci art. 98 Kodeksu rodzinnego i opieku czego. Je eli dziecko pozostaje pod w ćdz rodzicielsk obojga rodziców, to ka de z nich mo e dzia ć samodzielnie, jako przedstawiciel ustawowy. Warto w tym miejscu podnie , e o Źistotnych sprawach dziecka, a do takich zalicza si leczenie, rodzice maj obowi zek decydowa wspólnie³⁶. Orzecznictwo generalnie przyjmuje, e istotnymi sprawami w rozumieniu artyku ć, o którym mowa powy ej mog by jedynie sprawy dotycz ce wykonywania w ćdzy rodzicielskiej, a wi c sprawy dziecka, a nie sprawy jego rodziców. S d opieku czy mo e wyda rozstrzygni cie na podstawie art. 97 § 2 Kodeksu rodzinnego i opieku czego tylko wtedy, gdy brak jest porozumienia mi dzy rodzicami, którym przys ćguje w ćdza rodzicielska. Rol s du opieku czego jest tu nak ćnianie rodziców do uzgodnienia stanowisk, czego efektem powinno by doprowadzenie do porozumienia mi dzy nimi, oczywi cie, je eli do porozumienia nie dojdzie, konieczne mo e by wydanie przez s d stosownego orzeczenia³⁷. Analogiczne zasady w obszarze przedstawicielstwa ustawowego osoby ma ćletniej dotycz przysposabiaj cego.

Przedstawiciel ustawowy mo e zosta tak e wyznaczony przez s d opieku czy.

Dotyczy to:

a) opiekuna ma ćletniego

Opiekuna ustanawia s d dla osób ma ćletnich, je eli adnemu z rodziców nie przys ćguje w ćdza rodzicielska albo, je eli rodzice s nieznanymi. Wynika z tego, e okoliczno ci te musz dotyczy obojga rodziców dziecka, chocia by przyczyny nieprzys ćgiwania tej w ćdzy

³⁵ P. Wiechu ć, *Przedstawicielstwo ustawowe a pe ćniomocnictwo*, Jurysta nr 6 (105), s. 11.

³⁶ K. Pietrzykowski (red), *Kodeks rodzinny i opieku czy. Komentarz*, Warszawa 2003, s. 816.

³⁷ T. Smyczy ski, *Prawo rodzinne i opieku cze*, s. 62.

być po stronie ka dego z rodziców odmienne³⁸. Władza rodzicielska nie przysuguje rodzicom, je eli:

- nie yj ,
- zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej,
- nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych wskutek nieosiągnięcia pełnoletniości lub tego wskutek ubezwłasnowolnienia,
- władza rodzicielska została zawieszona,
- orzeczono w stosunku do nich karę karną, przewidzianą w art. 51 Kodeksu karnego, tj. pozbawienie praw rodzicielskich i opiekuńczych, które orzeka sąd rodzinny w razie popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego lub we współdziałaniu z nim,
- sąd nie przyznaje ojcu dziecka w wyroku ustalając ojcostwo tej władzy, a matce władza rodzicielska nie przysuguje³⁹. Opieka nad małoletnim jest to *de facto* surogat władzy rodzicielskiej i polega przede wszystkim na sprawowaniu troski o jego wychowanie. Opieka trwa aż do uzyskania pełnoletniości przez podopiecznego. Opiekun jest zobligowany do wykonywania swoich czynności z należytą starannością, biorąc pod uwagę dobro osoby, pozostającej pod jego opieką, jak również interes społeczny. Opiekun ma obowiązek uzyskiwania zgody sądu opiekuczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby małoletniego;

b) opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie

Ubezwłasnowolnienie całkowite może zostać orzeczone w stosunku do osoby, która ukończyła lat trzynastę, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijactwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Zdaniem Sądu Najwyższego do orzeczenia ubezwłasnowolnienia nie wystarczą wyłącznie wymienione przesłanki, nadto ubezwłasnowolnienie powinno być celowe, tzn. służyć niesieniu pomocy osobie, która ma być ubezwłasnowolniona w załatwianiu jej spraw osobistych lub majątkowych⁴⁰. Dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie sąd opiekuczy ustanawia opiekuna, chyba że pozostaje ona jeszcze pod władzą rodzicielską. Mając na względzie dobro

³⁸ K. Piasecki (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 1031.

³⁹ K. Piasecki (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 1031.

⁴⁰ SN z 16.08.1962 r., I CR 320/62, OSN 1963, nr 9, poz. 206.

podopiecznego, opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie powinien być ustanowiony przede wszystkim jego mąż, a w dalszej kolejności jego ojciec lub matka.

Opieka nad osobą, która została ubezwłasnowolniona całkowicie polega głównie na pieczy nad prawidłowym jej leczeniem, zaspokajaniu jej potrzeb bytowych oraz ochrona przez wyrządzeniem jej krzywdy przez osoby trzecie. Opiekun jest zobligowany do wykonywania swych czynności z należytą starannością, biorąc pod uwagę dobro osoby, pozostającej pod jego opieką, jak również interes społeczny. Opieka ustaje z mocy prawa w przypadku uchylecia ubezwłasnowolnienia lub zmiany na ubezwłasnowolnienie częściowe;

c) kuratela

Kuratela jest to instytucja prawna, która ma na celu roztoczenie pieczy nad osobami fizycznymi i prawnymi lub ich majątkiem, które same swoich spraw z przyczyn prawnych lub faktycznych prowadzić nie mogą⁴¹. Możemy wyróżnić wiele sytuacji, w których powołuje się kuratora, w szczególności:

- dla dziecka poczętego, lecz jeszcze nie urodzonego, ustanawia się kuratora, jeżeli jest to potrzebne do strzeżenia przyszłych praw dziecka. Kuratela ustaje z chwilą urodzenia się dziecka;
- dla ubezwłasnowolnionego częściowo. Ubezwłasnowolnienie częściowe może zostać orzeczone jedynie wobec osoby pełnoletniej z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijactwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, a istnieje potrzeba pomocy w dokonywaniu czynności prawnych, jak i czynności faktycznych;
- dla osoby umiarkowanej. Osoba umiarkowana może być ustanowiona kuratorem, jeżeli potrzebuje pomocy do prowadzenia wszelkich spraw albo spraw określonego rodzaju. Zakres obowiązków i uprawnień kuratora określa się do opiekuńczy;
- dla ochrony praw osoby, która z powodu nieobecności nie może prowadzić swoich spraw, a nie ma pełnomocnika. To samo dotyczy wypadku, gdy pełnomocnik nieobecny nie może wykonywać swoich czynności albo, gdy je wykonuje nietykalnie.

⁴¹ J. Ignatowicz, M. Nazar, *Prawo rodzinne*, Warszawa 2006, s. 372.

4.1.1.b. Przedmiot sprzeciwu

Zgodnie z treścią art. 31 ust.1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent lub przedstawiciel ustawowy mają prawo wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza. Warto w tym miejscu podnieść, że art. 2 ust. 1 ww. ustawy stanowi, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Przepis ten określa podmiotowy i przedmiotowy zakres pojęcia wykonywanie zawodu lekarza. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że podstawowym zadaniem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ustawa o zawodzie lekarza nie definiuje jednak tego wyrażenia i wymienia jedynie kilka podstawowych form działania, które mają charakter świadczenia zdrowotnego i składają się na istotę wykonywania zawodu lekarza: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich. Wyliczenie to ma charakter przykładowy, na co wskazuje wyrażenie w przepisie sformułowanie „w szczególności”. Definicja wyrażenia „świadczenie zdrowotne” znajduje się natomiast w art. 3 ustawa o zakresach opieki zdrowotnej.

Zdaniem doktryny definicji tej przypisuje się kluczowe znaczenie przy interpretacji również innych ustaw, które używają tego pojęcia⁴². Z kolei, art. 2 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza wymienia „wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich” obok „udzielania świadczeń zdrowotnych”, jako inną formę aktywności składającą się na wykonywanie zawodu lekarza⁴³. Odróżnienie „wydawania opinii i orzeczeń lekarskich” od udzielania świadczeń zdrowotnych, które mają charakter diagnostyczny, profilaktyczny i terapeutyczny i stanowi podstaw merytorycznych wypowiedzi lekarza na temat stanu zdrowia pacjenta, uzasadnia twierdzenie, że zarówno na gruncie art. 2 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, jak i odsyłać go do niego komentowanego art. 31 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, terminy „opinia” i „orzeczenie lekarskie” należy rozumieć w sensie formalnym. Wydaniem opinii albo orzeczenia lekarskiego jest „wydanie przez lekarza przewidzianego w przepisach szczególnych za świadczenia niezbędnego do realizacji określonych uprawnień przez osobę, której

⁴² E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 37.

⁴³ M. Boratyńska, P. Konieczniak (w:) L. Kubicki (red.), *Prawo medyczne*, Wrocław 2003, s. 39-40.

ono dotyczy⁴⁴. Terminy te nie powinny być interpretowane szeroko, w sensie materialnym, jako każda merytoryczna wypowiedź lekarza o stanie zdrowia badanej osoby, czyniona np. w celu poinformowania pacjenta albo zalecenia odpowiedniego postępowania lekarskiego⁴⁵. Art. 31 ustawy o prawach pacjenta przyznaje zatem pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu prawo do złożenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarskiego rozumianych w sensie formalnym.

W przypadku wiadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu wiadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie (art. 6 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta). Zgodnie z treścią art. 6 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że danię, o którym mowa powyżej jest bezzasadne. Rzeczony danię oraz odmowa odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Stosownie do treści art. 31 ustawy o prawach pacjenta istnieje możliwość wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Ustawa o prawach pacjenta nie definiuje terminu „lekarz”, wskazując jedynie w art. 3 ust. 2, że pod pojęciem tym rozumie się także lekarza dentyście oraz felczera w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera, tj. z ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2004 r., Nr 53, poz. 531 z późn. zm.). W tym miejscu warto odwołać się do ustawy o zawodzie lekarza, w szczególności do jej rozdziału 3. Biorąc powyższe pod uwagę, jak również mając na względzie wykładni językowej art. 31 ustawy o prawach pacjenta wydaje się, że mechanizm sprzeciwu nie ma zastosowania do opinii i orzeczeń lekarskich wydawanych przez komisje lekarskie i inne ciała gremialne złożone z lekarzy.

Opinie i orzeczenia lekarskie można podzielić na dokumenty publiczne wydawane na danię uprawnionych instytucji publicznych (np. sądów i prokuratur) oraz dokumenty, które mają charakter prywatny i są wydawane na wniosek osób fizycznych⁴⁶.

Dokumenty wydawane osobom fizycznym mają najczęściej formę za wiadczenia o stanie zdrowia lub za wiadczenia o zdolności do wykonywania określonej działalności (np. pracy, nauki, sportu, prowadzenia pojazdów mechanicznych). Orzeczenia lekarskie

⁴⁴ E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyście. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 606.

⁴⁵ E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyście. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 606.

⁴⁶ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Wyd. 7, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2005, s. 178.

powinny być wydawane przez uprawnionych lekarzy: lekarzy specjalistów lub zespoły lekarskie⁴⁷. Artykuł 42 ustawy o zawodzie lekarza nakazuje, aby lekarz orzekał o stanie zdrowia osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach.

Pod pojęciem obowiązku prawnego należy rozumieć powinno określonego zachowania się uwarunkowanego przez zawarte w normie prawnej dane⁴⁸. Zdaniem doktryny: obowiązek związany jest z koniecznością zabezpieczenia interesów innych i nie musi uwzględniać interesu osoby, na której spoczywa; obowiązek polega na podjęciu określonych działań lub zaniechania czegoś, znoszenia itp.; sens obowiązku należy ustalać, posługując się tylko kategoriami racjonalnymi, a nie jakimikolwiek innymi; nakaz działania, zaniechania itp. nałożony na jednostkę w danej sytuacji dotyczy też innych osób w tej samej sytuacji; jeżeli nakaz taki skierowany jest do jednostki, odpowiada ona prawnie za jego wykonanie⁴⁹.

Warto w tym kontekście zauważyć, że instytucja sprzeciwu uregulowana w art. 31 ustawy o prawach pacjenta stanowi dodatkowy mechanizm ochrony praw pacjenta, tj. osoby, której stan zdrowia stanowi przedmiot orzeczenia albo opinii lekarza. Nie stanowi ona instrumentu ochrony praw osób trzecich, których prawa zostały naruszone w procesie opiniowania bądź orzekania przez lekarza o stanie zdrowia pacjenta.

4.1.2. Rodzaje orzeczeń i opinii, od których przysługuje sprzeciw

Prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza w trybie art. 31 ustawy o prawach pacjenta przysługuje pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu w sytuacji, gdy przepisy odrębne nie przewidują postępowania odwoławczego od danego rodzaju opinii albo orzeczeń. Brak możliwości skorzystania z instytucji sprzeciwu w przypadku, o którym mowa powyżej należy odnieść do konkretnych przepisów, które w sposób sformalizowany przewidują tryb odwoławczy. Istnienie procedury odwoławczej nie może być wynikiem wnioskowania z ogólnych przepisów, niezależnie od przyjętej konwencji językowej, czy też zasad prawa.

⁴⁷ Wyrok SN z 19 kwietnia 2001 r., I PKN 392/00.

⁴⁸ R. Wieruszewski, *Podstawowe obowiązki obywateli PRL*, Ossolineum 1984, s. 69.

⁴⁹ I. Daes, *Freedom of the Individual under Law*, New York 1990, s. 36-39.

Rozważania wymagają kwestii, jak należy traktować sytuacje, w których prawo nie przewiduje możliwości odwołania się przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego od orzeczenia lekarza, które zostało wydane na danie uprawnionego organu (w szczególności sądu albo prokuratury) wyłącznie w celu wydania przez ten podmiot określonej decyzji (orzeczenia), która może być przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego zaskarżona. W takiej sytuacji prawo pacjenta do zakwestionowania opinii albo orzeczenia lekarza jest, co do zasady, zagwarantowane przez przepisy regulujące postępowanie przed danym organem, w szczególności przez prawo strony postępowania do wnioskowania o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego lekarza oraz prawo do odwołania się od decyzji (orzeczenia) danego organu, wydanej na podstawie kwestionowanego orzeczenia lekarskiego, do organu wyższej instancji bądź organu nadrzędnego.

Stosownie do poglądów doktryny, prawa pacjenta stanowią integralnie i szeroko rozumianych praw człowieka⁵⁰. Mając powyższe na uwadze wydaje się, że prawo do zgłoszenia sprzeciwu powinno być postrzegane jako ściśle związane z ochroną praw i wolności człowieka. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego (1) w tej specyficznej materii, która stanowi unormowanie wolności i praw człowieka i obywatela, przewidziane konieczne lub choćby tylko dozwolone przez Konstytucję, unormowanie ustawowe cechowania musi być zupełne. W sytuacji sporu pomiędzy jednostką a organem władzy publicznej o zakres czy sposób korzystania z wolności i praw w każdym wypadku jest podstawą prawną rozstrzygnięcia tego sporu nie może być oderwana od unormowania konstytucyjnego, ani mie rangi niższej od ustawy⁵¹. W tym miejscu należy postulować uregulowanie postępowania odwoławczych od określonych rodzajów orzeczeń i opinii lekarskich w ustawie, a nie w aktach niższej rangi, którymi są np. rozporządzenia. Ustawa może oczywiście upoważniać lub nakładać na właściwy organ obowiązek wydania rozporządzenia, które będzie w sposób szczególny regulować tryb zaskarżania określonych orzeczeń lekarskich. Przypomnijmy jednak, iż zgodnie z art. 92 Konstytucji rozporządzenia są wydawane na podstawie szczególnego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu. Konstytucja opowiada się zatem za ściśle merytorycznym i formalnym związkiem ustawy

⁵⁰ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 42; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 15 i nast.; J. Bujny, *Prawa pacjenta*, s. 36–39.

⁵¹ TK P 9/98.

i rozporządzenia. Rozwinięcie materii ustawowej w akcie wykonawczym nie może być dowolne, ale musi być zgodne z zakresem upoważnienia zawartego w ustawie. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie zwracał na to uwagę, twierdząc, że rozporządzenia wykonawcze nie są aktami normatywnymi samoistnymi. Wydawane mogą być tylko na podstawie ściśle określonego upoważnienia zawartego w ustawie. Upoważnienie to nie może ulegać dowolnej modyfikacji, ani uzupełnieniu w trakcie jego wykonywania. Odstępstwa od treści upoważnienia ustawowego nie mogą być usprawiedliwione względami praktycznymi (np. społecznymi lub ekonomicznymi), ani potrzebami związanymi z rozstrzygnięciem konkretnych problemów prawnych (i) ⁵².

Informacja o trybie odwoławczym powinna być przede wszystkim jasna i zrozumiała dla obywateli. Jeżeli powstają wątpliwości, co do istnienia procedury odwoławczej przewidzianej w odrębnych przepisach wydaje się, że należy zakładać jej brak i w ten sposób umożliwić pacjentom wniesienie sprzeciwu w trybie art. 31 ustawy o prawach pacjenta. Trybunał Konstytucyjny reprezentuje stanowisko, iż przekroczenie pewnego poziomu niejasności przepisów prawnych stanowi może samoistną przesłankę ich niezgodności zarówno z przepisem wymagającym regulacji ustawowej określonej dziedziny (np. ograniczenie w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw, art. 31 ust. 3 zd. 1. Konstytucji), jak i wyrażony w art. 2 Konstytucji zasad państwa prawnego ⁵³. Przepisy art. 31 ust. 1-8 ustawy o prawach pacjenta umożliwiają pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu zgłoszenie sprzeciwu przykładowo od następujących rodzajów opinii albo orzeczeń lekarza:

- 1) od orzeczenia lekarskiego stwierdzającego wystąpienie okoliczności stanowiących podstawę do przeprowadzenia legalnej aborcji na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 albo 2, o którym mowa w art. 4a ust. 5 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.);
- 2) od zaopiniowania lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia

⁵² TK U 4/99.

⁵³ K 33/00.

2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakaźnych i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.);

- 3) od za wiadczenia lekarza o braku przeciwwskaza do korzystania z danego rodzaju wiadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku, o którym mowa w art. 14 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych* (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z późn. zm.);
- 4) od opinii lekarza co do stanu zdrowia osób wytypowanych do służyć w formacji, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 26 września 2002 r., *w sprawie odbywania służby w obronie cywilnej* (Dz. U. Nr 169, poz. 1391, z późn. zm.);
- 5) od za wiadczenia o zdolności kandydata do pełnienia obowiązków sędziego, o którym mowa w art. 57 § 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. *Prawo o ustroju sędziów powszechnych* (Dz. U. Nr 98, poz. 1070, z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 8 marca 2002 r. *w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędów sędziów* (Dz. U. Nr 26 poz. 263);
- 6) od opinii lekarza na temat stanu zdrowia i predyspozycji kandydata do szkoły artystycznej, o której mowa w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Kultury i Sztuki z dnia 7 września 1999 r. *w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do publicznych szkół i placówek artystycznych oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych* (Dz. U. Nr 85, poz. 943);
- 7) od za wiadczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskaza do uprawiania określonej dyscypliny sportu oraz za wiadczenia lekarskiego o zdolności do wykonywania obowiązków trenera, o których mowa w art. 29 ust. 2 pkt 1 i art. 46 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o sporcie kwalifikowanym* (Dz. U. Nr 155, poz. 1298, z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Sportu z dnia 3 października 2006 r. *w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania za wiadczeń lekarskich, a także rodzaju niezbędnych badań lekarskich dla osób ubiegających się o przyznanie licencji zawodnika lub licencji trenera* (Dz. U. Nr 189, poz. 1396);
- 8) od za wiadczenia zawierającego orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskaza do uprawiania pływania, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia

Ministra Sportu z dnia 17 sierpnia 2006 r. w sprawie zasad bezpieczeństwa przy uprawianiu pływania (Dz. U. Nr 154, poz. 1103);

- 9) od za wiadczenia zawieraj cego orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskaza do uprawiania ęglarstwa, o którym mowa w § 2 ust. 5 pkt 4 rozporz dzenia Ministra Sportu z dnia 9 czerwca 2006 r. w sprawie uprawiania ęglarstwa (Dz. U. Nr 105, poz. 712, z pó n. zm.).

Warto w tym kontek cie zauwa y , e ustawodawca wprowadził jako warunek skorzystania z instytucji sprzeciwu istnienie praw i obowi zków wynikaj cych z przepisów prawa, które nale y uwzgl dni w uzasadnieniu. Zgodnie z tre ci art. 31 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta w przypadku niespe enienia wymaga , o których mowa powy ej sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosł.

W okresie sprawozdania aden pacjent nie skorzystał z uprawnienia uregulowanego w art. 31 ustawy o prawach pacjenta.

4.2. Komisja Lekarska działaj ca przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Zgodnie tre ci art. 31 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia okre lonych w art. 2 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, je eli opinia albo orzeczenie ma wpłw na prawa lub obowi zki pacjenta wynikaj ce z przepisów prawa, wnosi si do Komisji Lekarskiej działaj cej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za po rednictwem Rzecznika Praw Pacjenta. Termin na podj cie inicjatywy, o której mowa powy ej wynosi 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekaj cego o stanie zdrowia pacjenta. Komisja Lekarska jest zobligowana do wydania orzeczenia niezwłocznie, nie pó niej jednak ni w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. Warto w tym kontek cie zauwa y , e rzone orzeczenie jest wydawane w oparciu o dokumentacj medyczn oraz w miar potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzgl dn wi kszoci g łsów w obecno ci pe nego składu tej komisji. Nale y podkre li , e od rozstrzygni cia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwo anie. Brak mo liwo ci odwo ania si od rozstrzygni cia Komisji Lekarskiej jest rozwi zaniem słusznym, w istocie bowiem rozstrzygni cie to ma bardziej charakter specjalistycznej opinii lekarskiej, fachowego orzeczenia opartego na wiedzy

medycznej, ni rozstrzygni cia o charakterze administracyjnym⁵⁴. Maj c powy sze na uwadze do post powania przed Komisj Lekarsk nie stosuje si przepisów Kodeksu post powania administracyjnego.

Stosownie do tre ci art. 32 ustawy o prawach pacjenta, w sk ad Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powo anych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy, która winna by przygotowana przez konsultantów krajowych, w porozumieniu z w a ciwymi konsultantami wojewódzkimi, w terminie do dnia 30 marca. Lista, o której mowa powy ej zawiera list lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy w ocenie konsultantów krajowych, w porozumieniu z w a ciwymi konsultantami wojewódzkimi mog by cz 6nkami Komisji Lekarskiej. Warto w tym miejscu podnie , i w ród trzech lekarzy, wchodz cych w sk ad ww. komisji Rzecznik zobowi zany jest powo a co najmniej dwóch lekarzy tej samej specjalno ci, co lekarz, który wyda opini albo orzeczenie, od którego wniesiono sprzeciw.

Zgodnie z tre ci art. 32 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta, z tytu 6 uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi przys 6guje wynagrodzenie, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta. Koszty dzia 6nia Komisji Lekarskiej s finansowane z bud etu pa stwa, z cz ci b d cej w dyspozycji Rzecznika Praw Pacjenta.

4.2.1. Prace nad rozporz dzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dzia 6nia Komisji Lekarskiej

W dniu 15 grudnia 2009 r. w Ministerstwie Spraw Zagranicznych odby 6 si spotkanie, w zwi zku z wykonaniem wyroku Europejskiego Trybuna 6 Praw Cz 6wieka w sprawie: Alicja Tysi c p. Polsce (skarga nr 5410/03, wyrok z dnia 20 marca 2007 r.). W spotkaniu, o którym mowa powy ej bra 6 udział Rzecznik Praw Pacjenta. Rzeczone spotkanie by 6 bezpo rednio zwi zane z decyzj podj t na posiedzeniu Zespo 6 ds. Europejskiego Trybuna 6 Praw Cz 6wieka z dnia 4 grudnia 2009 r., które dotyczy 6 powo 6nia Grupy ds. wykonywania ww. wyroku.

⁵⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 187.

Celem rzezonego spotkania był wypracowanie odpowiedzi na pytania Komitetu Ministrów RE oraz organizacji pozarządowych (pismo *Center for Reproductive Rights* oraz Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny).

W trakcie Posiedzenia Grupy ds. wykonywania wyroku w sprawie: Alicja Tyśiąc p. Polsce, Komitet Rady Europy przedstawił uwagi, które dotyczą m.in. szybkości postępowania przed Komisją Lekarską oraz wymogu pisemności orzeczenia Komisji Lekarskiej. Należy zauważyć, że zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 32 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, jest umocowany do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu działania Komisji Lekarskiej uwzględniającego efektywność realizacji praw pacjenta. Projekt rozporządzenia, o którym mowa powyżej, w wersji skierowanej do uzgodnień zewnętrznych, został opracowany przez Ministra Zdrowia w dniu 1 października 2009 r.⁵⁵.

Rzeczony rozporządzenie oddziaływać będzie na lekarzy będących członkami przyszłych Komisji Lekarskich oraz na pacjentów lub ich przedstawicieli ustawowych, którzy będą zainteresowani skorzystaniem z prawa, które wynika z art. 31 ustawy o prawach pacjenta. Projekt rozporządzenia został przekazany do opinii Naczelnej Rady Lekarskiej (art. 32 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta). Ponadto został przekazany do konsultacji społecznych podmiotom takim jak:

Federacja Praw Pacjenta;

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;

Stowarzyszenie „Primum Non Nocere”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;

Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;

Forum Związków Zawodowych;

NSZZ „Solidarność”;

⁵⁵ (<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=013774>).

NSZZ „Solidarność”;

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;

Mazowiecki Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;

Porozumienie Zielonogórskie Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia;

Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;

Izba Lecznictwa Polskiego;

Związek Pracodawców w/odzie;

Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;

Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”;

konsultanci krajowi w ochronie zdrowia.

Warto w tym kontekście zauważyć, iż ww. akt wykonawczy zaczął obowiązywać od dnia 17 marca 2010 r. ów rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 41, poz. 244), po uwzględnieniu uwag zgłoszonych przez uprawnione do tego podmioty.

4.2.2. Powołanie Komisji Lekarskiej

W dniu 2 czerwca 2009 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wystąpiło do wszystkich konsultantów krajowych w dziedzinie poszczególnych dziedzin medycyny z prośbą o przedstawienie listy lekarzy specjalistów, którzy mogliby być członkami Komisji Lekarskiej.

Wystąpienie, o którym mowa powyżej spotkało się z pozytywnym odzewem konsultantów krajowych, którzy w wikszości przedstawili ww. listy.

W omawianym okresie sprawozdawczym z uwagi na brak aktu wykonawczego do ustawy o prawach pacjenta oraz brak sprzeciwów wniesionych przez pacjentów nie została powołana Komisja Lekarska działająca przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ V. ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW

5.1. Definicja zbiorowych praw pacjentów

Postępowanie w sprawach z zakresu praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta uregulowane jest w rozdziale 13. ustawy o prawach pacjenta. Warto podkreślić, iż o ile artykuł 59 ustawy o prawach pacjenta zawiera definicję pojęcia „praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjenta”, to jednak nie definiuje samego pojęcia „zbiorowego prawa pacjenta”. Z brzmienia art. 59 ustawy o prawach pacjenta wynika jedynie, iż nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

Stwierdzić należy, iż zbiorowym prawem pacjenta jest prawo abstrakcyjne, czyli takie, które przysługuje nieograniczonej grupie osób. Do tej nieograniczonej grupy zaliczamy bowiem zarówno: pacjentów, jak i osoby, które potencjalnie mogą ubiegać się o udzielenie im świadczeń zdrowotnych, pomimo braku wpisania na listę oczekujących. W praktyce naruszenie zbiorowych praw pacjentów oznacza to bowiem uniemożliwienie nieograniczonej grupie osób korzystania z przysługujących im uprawnień. Nie liczą faktycznych, stwierdzonych naruszeń, ale przede wszystkim charakter naruszenia, a w związku z tym możliwość (choćby tylko potencjalna) wywołania negatywnych skutków wobec ogółu (pewnej zbiorowości) pacjentów podlega ochronie i przesądza o naruszeniu zbiorowych praw pacjentów⁵⁶. Przedmiotowa zbiorowość nie musi obejmować wszystkich obywateli Rzeczypospolitej Polskiej. Przedstawicielami grupy mogą być np.: mieszkańcy jednej lub kilku gmin bądź danego województwa lub pacjenci jednego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. W ramach zbiorowości można także mówić np.: o dzieciach podlegających obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, pacjentach onkologicznych, osobach psychicznie chorych itd.⁵⁷. Tym samym, w przypadku praw zbiorowych, chodzi o wyodrębnienie pewnych kategorii, czy też zbiorów pacjentów, których wyróżnienie będzie kryterium, takie jak np. wiek, rozpoznanie, miejsce zamieszkania lub udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zdaniem doktryny prawa zbiorowe to te, które odnoszą się do społecznych zobowiązań podjętych przez rząd lub inne publiczne bądź prywatne organizacje,

⁵⁶ Odpowiedź na interpelację nr 6978, <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/3533C17D>.

⁵⁷ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 283.

aby dostatecznie zapewni opiekę zdrowotną całej populacji, a także równy dostęp do tej opieki wszystkim mieszkańcom danego kraju i eliminacji dyskryminujących barier w tym zakresie⁵⁸.

Można przyjąć założenie i, skoro zbiorowe prawo pacjenta jest prawem abstrakcyjnym, to także prawo pacjenta może mieć charakter prawa zbiorowego. Rozgraniczenie momentu, kiedy prawo zbiorowe staje się prawem indywidualnym ma bardzo istotne znaczenie. W przypadku, gdy prawo do ochrony zdrowia zostaje naruszone w sposób indywidualny, tj. w stosunku do jednego pacjenta lub kilku pacjentów staje się ono naruszeniem prawa indywidualnego.

Mając na względzie kryterium ilościowe nie można tak wykluczyć sytuacji, kiedy w wyniku naruszenia indywidualnego prawa pacjenta jednocześnie nie dojdzie do naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Innymi słowami nie można wykluczyć sytuacji, kiedy jeden ujawniony przypadek naruszenia prawa pacjenta może być przejawem czysto lub nawet powszechnie stosowanej praktyki zmierzającej do naruszenia zbiorowych praw pacjenta. Odnosząc się natomiast do sformułowania „nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych”, stwierdzić należy, iż Rzecznik Praw Pacjenta nie może kierować się wyłącznie liczbą dokonanych naruszeń indywidualnych praw pacjenta. Bezprawne zachowanie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (np. szpitala) musi wywołać niekorzystne skutki w prawach nieindywidualizowanego i niezidentyfikowanego, co do ilości kręgu aktualnych i przyszłych pacjentów⁵⁹. Podkrelenia wymaga, iż w przypadku zbiorowych praw, nie można w sposób bezpośredni kierować się na analogi do pojęcia zbiorowych interesów konsumentów, o których mowa w ustawie z dnia 16 lutego 2007 r. *o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.). Ze zbiorowym interesem konsumentów mamy do czynienia wówczas, gdy bezprawne działanie przedsiębiorców dotyczy, lub może dotyczyć nieograniczonej liczby konsumentów, których nie da się indywidualizować, ó nie jest zbiorowym interesem konsumentów – suma indywidualnych interesów konsumentów, choćby liczba pokrzywdzonych konsumentów byłaby bardzo duża⁶⁰. Różnica pomiędzy interesem

⁵⁸ A. Ostrowska w *Ź Prawa pacjenta* (Antidotum) 1996, nr 6–8, s. 89–90.

⁵⁹ Poselski projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta druk sejmowy nr 283,
<http://www.fpz.nazwa.pl/download/pliki/1624/projekt%20z%20uzasadnieniem.pdf>

⁶⁰ (Marcin Warczak *Ź Praktyki naruszające zbiorowe interesy konsumentów*)
http://lex.pl/raporty/01_07_03.doc

konsumenta a sprawem pacjenta jest zbyt daleko idąca, aby można było na równoległe zestawiać te dwie kategorie. Interes konsumenta jest pojęciem subiektywnym odwołującym się do interesu gospodarczego konsumenta z uwzględnieniem kryteriów stricte ekonomicznych, zaś prawo pacjenta odwołuje się do konkretnej normy prawnej powszechnie obowiązującej, która musi zostać naruszona⁶¹.

Przyjmując należy, iż zaniem ustawodawcy był wyposaeniem Rzecznika Praw Pacjenta w prawo umożliwiającej wystąpienie w sytuacji, gdy zagrożone są zbiorowe prawa pacjentów (na podstawie art. 59 ustawy o prawach pacjenta), jak i konkretnej osoby, która zwróci się ze skargą do Rzecznika Praw Pacjenta na podstawie art. 51. ustawy o prawach pacjenta. Warto w tym kontekście zauważyć, iż zamiar objęcia ochroną publicznoprawną może wynikać w dużej mierze z ochrony prewencyjnej, zarówno praw aktualnych, jak i potencjalnych pacjentów traktowanych jako grupa zasługująca na szczególnej ochronie.

Zgodnie z art. 59 ustawy o prawach pacjenta, przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie należy:

- 1) bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;
- 2) stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sędziowskim zorganizowane wbrew przepisom o rozwiązaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku;

mając na celu pozbawienie praw pacjentów lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

Z powyższego brzmienia przepisu wynika, iż praktyka dotycząca naruszenia może przejawiać się w dwóch niezależnych sferach: pierwsza z nich dotyczy podstawowego sposobu naruszenia zbiorowych praw pacjenta (art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta), druga natomiast dotyczy stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sędziowskim faktu prowadzenia akcji protestacyjnej lub strajku sprzecznie z warunkami określonymi w ustawie z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązaniu sporów zbiorowych (Dz. U. Nr 55, poz. 236,

⁶¹ Odpowiedź na interpelację nr 6978, <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/3533C17D>

z późn. zm.)⁶², zwanej dalej „ustawą o rozwi zywaniu sporów zbiorowych”. W celu oceny, czy w danym przypadku mamy do czynienia z praktyk ą określon ą w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, nale ży mieć na uwadze €czne spełnienie czterech przesłanek:

- 1) wyłączenia znamion bezprawności, zorganizowania działania lub zaniechania (sprzeczność z prawem w ogóle);
- 2) działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które mają być zorganizowane;
- 3) naruszenia zbiorowego prawa pacjenta (sprzeczność z unormowaniem stanowiącym o prawie pacjenta);
- 4) cel działania: pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie, w szczególności podejmowane mające na celu osiągnięcie korzyści majątkowej⁶³.

Natomiast w kwestii drugiej sfery, a mianowicie stwierdzenia prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwi zywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku musi €czne wystąpić trzy przesłanki:

- 1) stwierdzenie prawomocnym orzeczeniem sądu wyłączenia znamion bezprawności, zorganizowania działania lub zaniechania (sprzeczność z prawem w ogóle);
- 2) naruszenia zbiorowego prawa pacjenta (sprzeczność z unormowaniem stanowiącym o prawie pacjenta);
- 3) cel działania: pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie, w szczególności podejmowane mające na celu osiągnięcie korzyści majątkowej.

Zgodnie z powyższym ustawodawca przewidział możliwość podjęcia działania przez Rzecznika Praw Pacjenta, wyposażając go w kompetencje do korzystania ze środków wadczych, jednak dopiero od momentu stwierdzenia prawomocnym orzeczeniem sądu, zatem takim, od którego nie przysięguje aden rodek odwoławczy, e dana akcja lub strajk przeprowadzone zostały z naruszeniem przepisów ustawy o rozwi zywaniu sporów zbiorowych.

⁶² M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o. o., Warszawa 2009 r., s. 283.

⁶³ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o. o., Warszawa 2009 r., s. 286.

Stwierdzi należy, iż aspekt kompetencyjny dotyczy konieczności określenia zadań danego organu i przyznania mu uprawnień służących realizacji tych zadań. Kompetencja oznacza możliwość dokonywania czynności przez organ administracji publicznej, które rodzą skutki prawne w postaci konkretnych obowiązków po stronie określonych podmiotów, objętych zakresem działania tego organu. Szczególny charakter kompetencji organów państwowych polega na tym, że oznaczają one nie tylko uprawnienie organu państwa do podejmowania konkretnych działań; w pewnych sytuacjach normy prawne mogą zobowiązywać do korzystania z kompetencji. Kompetencja, o której mowa powyżej, może mieć zatem charakter zarówno uprawnienia jak i obowiązku równocześnie.

Podkreślenia wymaga, że działania naruszające zbiorowe prawa pacjentów charakteryzują się celowością. Zatem działanie to musi być podejmowane w sposób zamierzony, wiadomy, intencjonalny, ukierunkowany na pozbawianie pacjentów ich praw lub na ich ograniczenie⁶⁴. Ponadto, zgodnie z ustawą o rozwiązywaniu sporów zbiorowych przy podejmowaniu decyzji o ogłoszeniu strajku podmiot reprezentujący interesy pracowników powinien wziąć pod uwagę wspólnie dążyć do strat związanych ze strajkiem⁶⁵.

Dodatkowo przesłanką uszczegółwiających cel praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów jest podejmowanie ich w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, jednak od jej wystąpienia nie zależy czy dana praktyka zostanie uznana za zakazaną⁶⁶.

Formą zakazanych praktyk jest przewaga podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych nad pacjentami, jako odbiorcami tych usług⁶⁷. Zakazany będzie zarówno postępowanie podmiotu przejawiające się w postaci czynnego działania, jak i takie polegające na zaniechaniu, czyli biernym zachowaniu, w sytuacji, gdy podmiot nie podejmuje działań, do których byłoby zobowiązany na podstawie przepisów prawa. Niezgodne z obowiązującym prawem może przybrać formę zorganizowaną. Zadaniem Rzecznika Praw

⁶⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, Warszawa CeDeWu, s. 224.

⁶⁵ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz* Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 288.

⁶⁶ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010 s. 224.

⁶⁷ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, Warszawa CeDeWu, Warszawa 2010, s. 223.

Pacjenta jest ocena, czy jeden podmiot narusza prawa pacjenta, czy też jest to działanie polegające na współdziałaniu kilku podmiotów pozostających ze sobą w zмовie⁶⁸.

5.2. Postępowanie prowadzone przez Rzecznika związane z naruszeniem zbiorowych praw pacjentów

Podkreśli należy, iż uprawnienia Rzecznika wynikające z ustawy o prawach pacjenta w zakresie naruszenia zbiorowych praw pacjenta stanowi novum w polskim porządku prawnym. Zgodnie z brzmieniem art. 60 ustawy o prawach pacjenta stroną jest: każda, kto wnosi o wydanie decyzji w sprawie stosowania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjenta. Definicja ta ma znaczenie z punktu widzenia prawa jakiego przysługują stronie określonego w Kodeksie postępowania administracyjnego w przedmiotowym postępowaniu. Tym samym podkreśli należy, iż ustawodawca poprzez sformułowanie sformułowania ma na celu umożliwienie podejmowania działań w interesie publicznym, bez potrzeby wykazywania interesu prawnego. Można przyjąć, iż podmiotami wnioskującymi do Rzecznika Praw Pacjenta, będą głównie pacjenci, jednak nie można wykluczyć sytuacji, kiedy wnioskodawcami będą pracownicy danego zakładu opieki zdrowotnej.

Wniosek do Rzecznika w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów musi spełniać minimalne wymogi formalne określone w art. 50 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, tj. musi zawierać oznaczenie wnioskodawcy, oznaczenie pacjentów, których dana praktyka dotyczy oraz zwięzły opis stanu faktycznego. Od wniosku nie pobierane są żadne opłaty. Na podstawie art. 61 ustawy o prawach pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta, może dać uzupełniania wniosku, o którym mowa powyżej.

Zgodnie z brzmieniem art. 63 ustawy o prawach pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta odmawia, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli działanie lub zaniechanie w sposób oczywisty nie spełnia przesłanek określonych w art. 59 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta lub jeżeli wnoszący o wydanie decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nie uprawdopodobnił pozbawienia pacjentów ich praw lub ograniczenia tych praw. W takich przypadkach wydanie decyzji odmawiającej wszczęcia postępowania jest obligatoryjne.

⁶⁸ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, Warszawa CeDeWu, Warszawa 2010 s. 230).

Zauważ należy, iż na podstawie art. 63 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta może odmówić, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli uzna to za uzasadnione.

Zgodnie z brzmieniem art. 61 ustawy o prawach pacjenta w postępowaniu w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, Rzecznik Praw Pacjenta ma prawo do przedstawienia dokumentów oraz wszelkich informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż mogą mieć charakter praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania danych. Dane to powinno zawierać:

- 1) wskazanie zakresu informacji;
- 2) wskazanie celu dania;
- 3) wskazanie terminu udzielenia informacji;
- 4) pouczenie o sankcjach za nieudzielenie informacji lub za udzielenie informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd.

Podkrelenia wymaga, iż zgodnie z art. 61 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta każdy ma prawo skądania na piśmie z własnej inicjatywy lub na prośbę Rzecznika wyjaśnienie odnoszących się do istotnych okoliczności sprawy dotyczącej naruszenia praw pacjentów.

Aby rozpocząć postępowanie, niezbędne jest wydanie przez Rzecznika Praw Pacjenta postanowienia o wszczęciu postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i zawiadania o tym strony, na podstawie art. 62 ustawy o prawach pacjenta. Postanowienie to powinno zawierać elementy wymienione w art. 124 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (tj. oznaczenie organu administracji publicznej, datę jego wydania, oznaczenie strony lub stron albo innych osób biorących udział w postępowaniu, powołanie podstawy prawnej, rozstrzygnięcie, pouczenie, czy i w jakim trybie skłany na nie zażalenie lub skarga do sądu administracyjnego, podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska składowego osoby upoważnionej do jego wydania), a także opis stanu faktycznego, w szczególności opis działania lub zaniechania podmiotów, które zostały uznane za spełniające znamiona zakazanej praktyki. Postanowienie o wszczęciu postępowania wiążące Rzecznika Praw Pacjenta w taki sposób, iż decyzja kończąca postępowanie powinna zawierać rozstrzygnięcie co do zakresu wskazanego w postanowieniu. Podkrelenia należy, iż na postanowienie o wszczęciu postępowania zażalenie nie przysługuje.

Rzecznik Praw Pacjenta, na podstawie art. 64 ustawy o prawach pacjenta, wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazując

jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów, wyznaczając terminy podjęcia tych działań. Decyzji, o której mowa powyżej, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Istotną cechą natychmiastowej wykonalności decyzji administracyjnych jest to, że decyzja staje się wykonalna i stanowi tytuł egzekucyjny, mimo że przysługuje na nią skarga do sądu administracyjnego. Co do zasady, rygor nadaje się nieostatecznym decyzjom administracyjnym, ponieważ sądy mają obowiązek jak najszybszego usunięcia stanu, który ogranicza lub pozbawia zbiorowe prawa pacjenta, a za niezwykonaniem przemawia istotny interes społeczny⁶⁹. Można przypuszczać, że ustawodawca kierował się uzasadnionymi potrzebami ochrony pacjentów.

Nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności oznacza, że decyzja wywołuje skutki prawne już od chwili jej ogłoszenia lub doręczenia stronie (jeżeli klauzula o nadaniu rygoru natychmiastowej wykonalności została zawarta w treści decyzji), już od chwili nadania rygoru natychmiastowej wykonalności. W szczególności dopuszczalne jest domaganie się przez wierzyciela wykonania przez adresata decyzji obowiązków z niej wynikających, a w przypadku ich niewykonania, wszczęcie postępowania egzekucyjnego w administracji⁷⁰.

Ponadto, Rzecznik Praw Pacjenta mający na względzie monitorowanie stanu przestrzegania praw pacjentów, może nałożyć w decyzji na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów (art. 64 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta).

Stwierdzić, tak jest należy, że nie wydaje się decyzji, jeżeli okaże się, że w trakcie prowadzonego postępowania, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizator strajku zaprzestanie stosowania praktyki. Rzecznik Praw Pacjenta wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i jednocześnie stwierdza zaniechanie jej stosowania (praktyka miała charakter przejściowy). Pominięcie tej regulacji, mogłoby doprowadzić do sytuacji, w której podmiot tylko na czas prowadzonego postępowania zaprzestawałby stosowania zakazanej praktyki, nie ponosząc przy tym żadnych konsekwencji

⁶⁹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 228.

⁷⁰ *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2009, s. 504.

takiego działania czy zaniechania. Ustawodawca w tym przypadku kierowałsi funkcj edukacyjn , jak i mają c na celu wyeliminowanie w przyszł ci podobnych zjawisk⁷¹.

W przypadku takiej decyzji warto podkre li , i ochrona zbiorowych praw pacjentów, zgodnie z art. 59 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta, nie wyłącza ochrony wynikaj cej z innych ustaw, w szczególno ci przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów oraz przepisów o przeciwdziaaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Warto w tym miejscu podnie , i ci ar udowodnienia zaprzestania stosowania praktyk naruszaj cych zbiorowe prawa pacjentów spoczywa na podmiocie udzielaj cym wiadcze zdrowotnych albo organizatorze strajku (art. 63 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta).

Od decyzji wydanej przez Rzecznika Praw Pacjenta nie przysguje odwoanie do organu wy szego stopnia, którym były Prezes Rady Ministrów. W zwi zku z tym do post powania w sprawie praktyk naruszaj cych zbiorowe prawa pacjentów stosuje si przepisy Kodeksu post powania administracyjnego, na podstawie art. 127 § 3 Kodeksu post powania administracyjnego. od decyzji wydanej przez Rzecznika Praw Pacjenta w pierwszej instancji odwoanie nie przysguje⁷². Jednak strona, która jest niezadowolona z decyzji mo e zwróci si do Rzecznika z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, na podstawie art. 53 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta.

Zgodnie z zasad dwuinstancyjno ci post powania administracyjnego, strona mo e odwo si do drugiej instancji od decyzji wydanej przez organ pierwszej instancji. Na podstawie art. 66 ustawy o prawach pacjenta, decyzj utrzymuj c w mocy decyzj wydan przez Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z art. 127 § 3 Kodeksu post powania administracyjnego, mo na zaskar y decyzj do s du administracyjnego. Zgodnie z ust. 2 art. 66 na s d zostaena one obowi zek rozpatrzenia takiej skargi niezwłocznie. Skarg wnosi si , zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. *Prawo o post powaniu przed s dami administracyjnymi* (Dz. U. Nr 153, poz. 1270, z pó n. zm.), za po rednictwem

⁷¹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 229.

⁷² A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 229.

Rzecznika Praw Pacjenta, do s du administracyjnego⁷³. Rzecznik przekazuje s dowi skarg wraz z aktami sprawy i odpowiedzi na skarg w terminie 30 dni od dnia jej wniesienia.

W przypadku, gdy podmiot zaprzesta stosowania praktyk naruszaj cych zbiorowe prawa pacjentów i od momentu zaprzestania up on €rok, nie wszczyna si post powania w sprawie stosowania praktyk naruszaj cych zbiorowe prawa pacjentów (art. 67 ustawy o prawach pacjenta). Kwestia ustalenia daty zaprzestania praktyk jest niezwykle trudna, gdy zakazane praktyki polegaj na dzia eniu lub zaniechaniu o zorganizowanym charakterze. W celu wykluczenia wyst powania ewentualnego nieformalnego porozumienia, za dat zaprzestania stosowania praktyk przyjmuje si , moment, w którym ostatni z podmiotów zaprzesta realizacji tych praktyk⁷⁴.

W tym miejscu podnie , i do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w r. 2009 wp on € jedna informacja odno nie podejrzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Dotyczy € ona przeprowadzenia akcji protestacyjnej piel gniarek w Oddziale Dializ z Odcinkiem Nefrologii Szpitala Specjalistycznego w R. w dniu 17 lipca 2009 r. W tym samym dniu, tj., 17 lipca 2009 r., Prokuratura wszcz € ledztwo, po zawiadomieniu z € onym przez dyrektora szpitala, w sprawie nara enia tego dnia pacjentów Oddzia € Dializ na bezpo rednie niebezpiecze stwo utraty ycia albo ci kiego uszczerbku na zdrowiu poprzez nieprzygotowanie do pracy przez piel gniarki stanowisk dializyjnych, w wyniku czego pacjenci ci zostali poddani leczeniu ze znacznym opó nieniem, skutkiem czego u jednego z nich dosz € do zatrzymania kr enia, które doprowadzi € do zgonu, tj. przest pstwo z art. 160 § 2 i art. 155 w zw. z art. 11 § 2 Kodeksu karnego.

Z informacji przekazanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta przez Prokuratur wynika, i na obecnym etapie ledztwo jest w toku. Wykonywane s czynno ci procesowe, gromadzony jest materia € dowodowy dla potrzeb oceny czy zorganizowany w lipcu i sierpniu 2009 r. strajk zosta € zorganizowany i przeprowadzony z naruszeniem art. 19 ust. 1 ustawy o rozwi zywaniu sporów zbiorowych. Stosownie do art. 19 ust. 1 niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urz dzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagra a yciu i zdrowiu ludzkiemu lub bezpiecze stwu pa stwa. W celu ustalenia powy szego niezbd ne b d opinie bieg €ch

⁷³ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 230.

⁷⁴ (A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 230).

lekarzy. Z ustaleń Prokuratury na podstawie zeznań świadków wynika, tak jest, i w sierpniu 2009 r. w Oddziałach Wewnętrznym i Chirurgii Naczyń Szpitala Specjalistycznego w R. przeprowadzono strajki pielęgniarek i położnych. W pozostałych oddziałach szpitalnych prawa pacjentów były zabezpieczone.

Z powyższych względów, na obecnym etapie śledztwa nie ma podstaw do udzielenia wiarygodnych informacji, czy strajki pielęgniarek i położnych w Szpitalu Specjalistycznym w R. zostały zorganizowane i przeprowadzone z naruszeniem treści art. 19 ust. 1. ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

Zgodnie z powyższym, postępowanie w przedmiocie naruszenia zbiorowych praw pacjentów na tym etapie nie mogło zostać wszczęte. Biuro monitoruje kolejne etapy prowadzonego śledztwa, prowadząc bieżącą korespondencję z właściwymi prokuraturami.

5.3. Kary pieniężne nakładane przez Rzecznika na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych za uznanie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów

Kary pieniężne nakładane przez Rzecznika Praw Pacjenta na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych za uznanie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów uregulowane zostały w art. 68-71 ustawy o prawach pacjenta. Podkreślić należy, iż uregulowanie to różni się od podobnej kompetencji przyznanej Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawach o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

Zgodnie z powyższym karą pieniężną można nałożyć w trzech sytuacjach: niepodjęcie w wyznaczonym terminie określonych w decyzji Rzecznika Praw Pacjenta działań niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów; nakazanie zaniechania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów wskazanych w decyzji; nieprzekazanie na żądanie Rzecznika Praw Pacjenta dokumentów oraz informacji dotyczących okoliczności stosowania zakazanych praktyk.

Zgodnie z brzmieniem art. 68 ustawy o prawach pacjenta, Rzecznik nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku, w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 500 000 złotych w przypadku niepodjęcia działań określonych w decyzji, o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

Przepis ten określa maksymalną wysokość kar pieniężnych. Stwierdzić należy, iż ideą kary jest jej dotkliwość, zwłaszcza z uwagi na zbiorowy aspekt naruszenia praw pacjentów,

a wysoko w tym przypadku pełni funkcję prewencyjną⁷⁵. W przypadku nieprzekazania na żądanie Rzecznika dokumentów oraz informacji, Rzecznik nakłada, w drodze decyzji, na podmiot, do którego skierowano żądanie, karę pieniężną do wysokości 50 000 złotych (art. 69 ustawy o prawach pacjenta).

Powyższa regulacja ma na celu zmuszenie do współdziałania podmiotów, do których Rzecznik skierował żądanie przedstawienia dokumentów oraz wszelkich informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, o których istnieje podejrzenie, iż naruszają one zbiorowe prawa pacjenta.

W przeciwieństwie do kompetencji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który już za samo dopuszczenie się naruszenia zbiorowych interesów konsumentów może nałożyć kary, Rzecznik Praw Pacjenta nie może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub na organizatora strajku kary za analogiczne zachowanie.

Zgodnie z art. 70 przy ustalaniu kar pieniężnych, uwzględnia się: 1) okres, czyli czas przez jaki trwało naruszanie przepisów prawa; 2) stopień, czyli skalę i poziom stwierdzonych naruszeń; 3) okoliczności, a mianowicie warunki, podłoża i przyczyny naruszeń; a także 4) uprzednie naruszenia, czy podmiot, na który nałożona jest kara narusza (w ten sam sposób i w takich samych okolicznościach) przepisy ustawy.

Istotne znaczenie przy wymierzaniu kary ma także fakt zaprzestania zakazanej praktyki. Wśród elementów, na które składają się okoliczności naruszenia przepisów ustawy, należy wymienić także elementy o charakterze subiektywnym (np. kierowanie się zamiarem polegającym na dobrowolnym usunięciu skutków naruszenia, wysoko korzyści jakie zamierza osiągnąć lub osiągnął podmiot)⁷⁶. Rodziki pochodzące z kar pieniężnych, w związku z postępowaniem w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, stanowi dochód budżetu państwa (art. 71 ustawy o prawach pacjenta). Biuro jako urząd jest jednostką budżetową. Trybacyjni kar pieniężnych, o których mowa powyżej regulują przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (art. 71 ustawy o prawach pacjenta).

Stwierdzić także należy, iż zgodnie z utrwaloną linią orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, kary pieniężne o charakterze administracyjnym muszą być wymierzone

⁷⁵ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 231.

⁷⁶ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2009, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., s. 316.

wyŁcznie zgodnie z zasad proporcjonalno ci. Naley przy tym wzi pod uwag stopie i zakres naruszenia oraz rang prawa, które ma w ten sposób by chronione⁷⁷.

Warto w tym miejscu zaznaczy , i decyzja podlega kontroli s du administracyjnego, który kontroluje zasadno jej wymierzenia oraz wysoko .

⁷⁷ UchwaŁ TK z 2 marca 1994 r., W 3/93, OTK 1994, nr 1, poz. 17; orzeczenie TK z 26 kwietnia 1995 r., K 11/94, OTK 1995, nr 1, poz. 12 z glos C. Banasi skiego, PiP 1995, nr 10 11, s. 167.

ROZDZIAŁ VI.

REALIZACJA PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA OBOWIĄZKU WYNIKAJĄCEGO Z ART. 55 USTAWY O PRAWACH PACJENTA

Ustawa o prawach pacjenta przyznaje Rzecznikowi Praw Pacjenta, z urzędu lub na wniosek strony, kompetencje do:

- dania wszczęcia postępowania;
- brania udziału w toczącym się postępowaniu;

na prawach prokuratora w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta.

Powyższy przepis nie zawiera żadnych ograniczeń co do rodzaju spraw, w których Rzecznik może dać wszczęcie lub brać udział w postępowaniu przed sądem cywilnym. W konsekwencji mogą to być sprawy o roszczenia niemajątkowe i majątkowe, w szczególności powództwa odszkodowawcze pacjentów np. z tytułu błędów w sztuce lekarskiej, wykonywania zabiegu bez wymaganej zgody, z tytułu skutków ubocznych leczenia farmakologicznego lub zakażenia szpitalnego, odmowy skierowania na badania prenatalne itp.⁷⁸. Jedynym ograniczeniem będzie konieczność uprawdopodobnienia przez Rzecznika Praw Pacjenta naruszenia prawa pacjenta w konkretnym przypadku.

Przepisy dotyczące praw prokuratora w postępowaniu cywilnym uregulowane są przede wszystkim w Tytule II Księgi I Kodeksu postępowania cywilnego. W szczególności w przypadku wszczęcia postępowania na rzecz oznaczonej osoby Rzecznik Praw Pacjenta powinien ją wskazać w pozwie. Natomiast w przypadku, gdy Rzecznik nie działa na rzecz oznaczonej osoby, wnosi on pozew przeciwko wszystkim osobom będącym stronami stosunku prawnego, którego dotyczy powództwo.

Dodatkowo Rzecznik może wstąpić do postępowania w każdym jego stadium. Rzecznik nie jest związany z adn ze stron. Może on składać o wiadczenia i zgłaszać wnioski, jakie uzna za celowe, oraz przytacza fakty i dowody na ich potwierdzenie. Od chwili, kiedy Rzecznik zgłosi udział w postępowaniu, należy mu doręczać pisma procesowe, zawiadomienia o terminach i posiedzeniach oraz orzeczenia sądowne. Rzecznik może zaskarżyć każde orzeczenie sądowne, od którego sądy i sądowniczy. Terminy do zaskarżenia orzeczeń sądownych, ustanowione dla stron, wiążą również prokuratora.

⁷⁸ E. Bagińska, Ustawa o prawach pacjenta. Komentarz, s. 272

Powyższe unormowanie wzorowane jest na uprawnieniu Rzecznika Praw Obywatelskich uregulowanego w art. 14 pkt 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147, z późn. zm.). Przepis ten stanowi, iż po zbadaniu sprawy Rzecznik Praw Obywatelskich może dać wszczęcie postępowania w sprawach cywilnych, jak również wziąć udział w każdym toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi.

Jak podnosi w komentarzu do ww. przepisu Stanisław Trociuk ślale y jednak pami ta , e rol Rzecznika nie jest wykonywanie funkcji adwokackich, a wi c wyr czanie obywateli w realizacji przysługujących im praw podmiotowych. St d te z mo liwo ci stworzonych przez art. 14 pkt 4 ww. ustawy, Rzecznik powinien korzysta wytkowo na zasadzie subsydiarnoci, zwłszcza wówczas, gdy wymaga tego szczególna nieporadno strony w dochodzeniu przysługującego jej prawa, gdy istnieje konieczno rozstrzygni cia zagadnienia prawnego budzącego wątpliwo ci z punktu widzenia ochrony praw i wolno ci, wreszcie, gdy sprawa ma charakter precedensowy, a jej rozstrzygni cie b dzie miao istotne znaczenie dla ukształtowania sytuacji prawnej innych obywateli.⁷⁹

Taka kompetencja przysługuje równie Rzecznikowi Praw Dziecka (Rzecznik Praw Dziecka może dać wszczęcie postępowania w sprawach cywilnych oraz wziąć udział w toczącym się postępowaniu ó na prawach przysługujących prokuratorowi ó art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka, (Dz. U. Nr 6, poz. 69, z późn. zm.) i Rzecznikowi Ubezpieczonych (Rzecznik może wytacza powództwo na rzecz konsumentów w sprawach dotyczących nieuczciwej praktyki rynkowej dotyczącej działalności ubezpieczeniowej, jak również za zgod powoda wziąć udział w toczącym się postępowaniu. W takim przypadku stosuje si odpowiednio przepisy o prokuratorze ó art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 123, poz. 1153, z późn. zm.)).

Podobn praktyk , dotycz c incydentalnego stosowania kompetencji przyznanej w art. 55 ustawy o prawach pacjenta, przyj Rzecznik Praw Pacjenta, która to praktyka jest pozytywnie przyjmowana w doktrynie śz uwagi na szczególny charakter praw pacjenta, wobec pojawienia si ewentualnych nacisków co do cz stego korzystania z normy art. 55, Rzecznik Praw Pacjenta musi pami ta , e nie jest rol tej instytucji wykonywanie zast pstwa

⁷⁹ S. Trociuk, *Komentarz do ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich*, Lex/el., 2007.

procesowego, i zastępowanie pacjentów w dochodzeniu ich praw. Stąd też z możliwością określonych w tym przepisie Rzecznik powinien korzystać rzadko, wyłącznie w sprawach, które ze względu na swoją wagę lub precedensowy charakter będą miały istotne znaczenie dla kształtowania się w przyszłości wykładni i praktyki stosowania przepisów dotyczących praw pacjenta⁸⁰.

W okresie sprawozdania Rzecznik Praw Pacjenta nie skorzystał ww. uprawnienia. Niezależnie od tego należy podkreślić, iż w odpowiedziach kierowanych na wystąpienia pacjentów dotyczących dochodzenia roszczeń cywilnych, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, wskazywało na sposoby ich dochodzenia na drodze cywilnej, w tym również możliwość wystąpienia z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych oraz pomoc prawną z urzędu. Nierzadko Biuro wskazywało również linię orzeczniczą Sądu Najwyższego i sądów powszechnych dotyczącą zgłaszanych przypadków (błęd lekarski, zakażenie HCV i gronkowcem złośliwym, spóźniona decyzja o zabiegu cesarskiego cięcia), jak również stanowisko doktryny prawnej dotyczącej naruszeń praw pacjenta.

⁸⁰ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 217.

ROZDZIAŁ VII. PRAWA PACJENTA WYNIKAJĄCE Z INNYCH PRZEPISÓW

7.1. Prawa osób osadzonych do świadczenia opieki zdrowotnej

Szczególne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych zawiera ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm).

Zgodnie z art. 102 pkt. 1 Kodeksu karnego wykonawczego skazany ma prawo do odpowiedniego ze względu na zachowanie zdrowia wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny.

Konkretyzacja ww. prawa do świadczeń zdrowotnych została uregulowana w art. 115 Kodeksu karnego wykonawczego. Zgodnie z § 1 ww. przepisu skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne. Co do zasady świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (§ 4). Niemniej obowiązuje udzielanie świadczeń zdrowotnych są również na inne podmioty. W szczególności poza więzennymi zakładami opieki zdrowotnej współdziałają ze sobą zdrowia w zakładach karnych w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności:

- 1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego,
- 2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego,
- 3) zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego lekarza, niż zakład opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych środków medycznych (§ 6).

Dodatkowo należy podkreślić fakt, iż w przypadku osób skazanych ograniczone jest ich prawo do prywatności (§ 7). Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego świadczenia zdrowotne są udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonywającego zawodu medycznego; na wniosek funkcjonariusza lub pracownika więzennego zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności,

wiadczenia zdrowotne mog by udzielane skazanemu bez obecno ci funkcjonariusza niewykonuj cego zawodu medycznego.

Przedmiotowe kwestie uszczegółwia m.in. rozporz dzenie Ministra Sprawiedliwo ci z dnia 31 pa dziernika 2003 r. w sprawie szczegóowych zasad, zakresu i trybu udzielania wiadcze zdrowotnych osobom pozbawionym wolno ci przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolno ci (Dz. U. Nr 204, poz. 1985), które przesta obowi zywa w dniu 11 lipca 2010 r. Zgodnie z brzmieniem § 1 ust. 1 ww. rozporz dzenia, zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolno ci udzielaj osobom pozbawionym wolno ci wiadcze zdrowotnych, w szczególno ci zwi zanych z:

- 1) badaniem i porad lekarsk ;
- 2) leczeniem;
- 3) badaniem i terapii psychologiczn ;
- 4) rehabilitacj lecznicz ;
- 5) opiek nad kobiet w okresie ci y, porodu i poegu oraz nad noworodkiem;
- 6) badaniem diagnostycznym, w tym analityk medyczn ;
- 7) piel gnacj chorych;
- 8) dziaaniami profilaktycznymi oraz obowi zkowymi szczepieniami ochronnymi maj cymi na celu zapobieganie powstawaniu urazów i chorób;
- 9) badaniem i leczeniem stomatologicznym oraz wiadczeniami z zakresu protetyki;
- 10) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia.

Osob pozbawion wolno ci poddaje si badaniom wst pnym, okresowym i kontrolnym (§ 2 ww. rozporz dzenia).

Stosownie do § 6 ww. rozporz dzenia, zgroszenia osób pozbawionych wolno ci do lekarza wi ziennego przyjmuje si codziennie. Lekarz wi zienny przyjmuje osoby pozbawione wolno ci poza ustalonym w porz dku wewn trznym czasem i miejscem przyj w razie nagego zachorowania lub nagego pogorszenia stanu zdrowia tych osób. wiadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane s na podstawie skierowania lekarza, tak e innego ni lekarz wi zienny.

Zgodnie natomiast z § 7 ust. 1 i 2 ww. rozporz dzenia o konieczno ci umieszczenia osoby pozbawionej wolno ci w izbie chorych zakładu karnego decyduje lekarz wi zienny, a w razie jego nieobecno ci pielgniarka, która niezwocznie powiadamia o tym lekarza. O konieczno ci umieszczenia osoby pozbawionej wolno ci w szpitalu zakładu opieki

zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, zwanego dalej szpitalem więziennym, decyduje dyrektor tego szpitala lub upoważniony przez niego lekarz więzienny.

Należy wskazać, iż skazany, którego stan zdrowia tego wymaga, otrzymuje wyżywienie według wskazań lekarza (art. 109 § 1 Kodeksu karny wykonawczy). Szczegółowe zasady ustalenia takiej diety zostały określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 września 2003 r. w sprawie określenia wartości dziennej normy wyżywienia oraz rodzaju diet wydawanych osobom osadzonym w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. Nr 167, poz. 1633, z późn. zm.).

W przypadku osób tymczasowo aresztowanych stosuje się przepisy odnośnie skazanych, z uwzględnieniem m. in. art. 222a § 4 Kodeksu karny wykonawczy (obowiązek zasięgnięcia opinii lekarza w przypadku zastosowania kary dyscyplinarnej pozbawienia korzystania z własnego wyżywienia na okres do 14 dni lub kary pozbawienia możliwości otrzymania jednej paczki żywnościowej w kwartale następującej bezpośrednio po kwartale, w którym kara została wymierzona, w przypadku tymczasowo aresztowanego, któremu ze względu na stan zdrowia zezwolono na dokonywanie dodatkowych zakupów artykułów żywnościowych lub otrzymywanie paczek o większym ciężarze albo korzystaniu z diety).

W pismach kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta skazani najczęściej wskazują na następujące problemy:

1. Brak informacji dotyczących przysługujących im praw

Przedewszystkim należy zauważyć, iż z uwagi na liczne odmienności oraz specyfiki, przepisy dotyczące prawa pacjenta dla osób pozbawionych wolności nie są powszechnie znane, także wśród osób pozbawionych wolności. Z uwagi na powyższe Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wystąpiło do Centralnego Zarządu Służby Więziennej odnośnie realizacji art. 11 ustawy o prawach pacjenta (pkt 7.1.1 sprawozdania).

Niezależnie od powyższego, w zapytaniach kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, osoby pozbawione wolności proszą o wskazanie przysługujących im uprawnień, w tym także z aktów prawnych niezwiązanych z Kodeksem karny wykonawczy. W związku z tym Biuro Rzecznika Praw Pacjenta kilkakrotnie przekazało osobom pozbawionym wolności treści aktów prawnych dotyczących ich sytuacji (przede wszystkim ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej oraz rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r.

w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach ledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i rodki pomocnicze (Dz. U. Nr 204, poz. 1986).

2. Odmowa dostępu do dokumentacji medycznej

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż Kodeks karny wykonawczy nie wprowadza odrębnych przepisów dotyczących prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, w związku z czym zastosowanie będzie miało art. 26 i nast. ustawy o prawach pacjenta. Wnioski kierowane do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczący w tym względzie odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej. W tym miejscu należy podnieść, iż Rzecznik Praw Pacjenta nie stwierdziłaby opłaty pobieranej za udostępnienie dokumentacji medycznej przez zakłady opieki zdrowotnej przy zakładach karnych by było niezgodne z obecnie obowiązującymi przepisami.

Jednocześnie, stosownie do art. 114 Kodeksu karnego wykonawczego skazanemu, który nie ma możliwości zarobkowania oraz nie posiada niezbędnych środków materialnych, dyrektor zakładu karnego może przyznać miesięczny zapomóg w wysokości do 1/10 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pracowników.

3. Leczenie pozawizyjne

Wiele wniosków kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta dotyczy zgody na leczenie poza zakładem opieki zdrowotnej przy zakładzie karnym. W tym miejscu należy jeszcze raz podkreślić, iż w przypadku osób pozbawionych wolności, świadczenia zdrowotne udzielane są przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Natomiast przypadki leczenia poza zakładem karnym oraz osoby o tym decydujące są wskazane przez przepisy prawa, m.in. rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczególnych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach ledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. Nr 171, poz. 1665), czy przerwy w odbywaniu kary spowodowanej ciężką chorobą uniemożliwiający wykonanie kary art. 153 § 1 w związku z art. 150 § 1.

4. Jako oraz kolejno udzielanych wiadcze zdrowotnych

Zgodnie z brzmieniem art. 1 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Świadczeniach w zakładach karnych (Dz. U. z 2002 r., Nr 207, poz. 1761, z późn. zm.), zwanej dalej *ustawą o świadczeniach w zakładach karnych*, do podstawowych zadań Świadczeniowców w zakładach karnych należą: zapewnienie osobom skazanym na kary pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanym przestrzegania ich praw, a zwłaszcza humanitarnych warunków, poszanowania godności, opieki zdrowotnej i religijnej.

Zgodnie z art. 7 ust. 5 pkt 5 ustawy o świadczeniach w zakładach karnych do zakresu działania dyrektora zakładu karnego i dyrektora aresztu leczniczego należą w szczególności: nadzorowanie działalności w ramach zakładu i aresztu szpitali i ambulatoriów.

Natomiast stosownie do art. 6 ust. 4 ustawy o świadczeniach w zakładach karnych, do zakresu działania dyrektora okręgowego Świadczeniowców w zakładach karnych należą w szczególności: nadzorowanie działalności w zakładach karnych, aresztach leczniczych i ośrodkach doskonalenia kadr. Rozwijając powyższe stwierdzenie przytoczy należą § 2 pkt 2 zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 6 lutego 2004 r. w sprawie siedzib, terytorialnego zasięgu i szczegółowego zakresu działania dyrektorów okręgowych Świadczeniowców w zakładach karnych oraz struktury organizacyjnej okręgowych inspektoratów Świadczeniowców w zakładach karnych (Dz. Urz. MS. Nr 2, poz. 6) zgodnie, z którym do zakresu działania dyrektora okręgowego Świadczeniowców w zakładach karnych, zwanego dalej *dyrektorem okręgowym*, oprócz zadań określonych w art. 6 ust. 4 ustawy o świadczeniach w zakładach karnych, należą w szczególności: kontrola przestrzegania w podległych jednostkach organizacyjnych praw osób pozbawionych wolności.

W związku z powyższym, w przypadku wniosków osób pozbawionych wolności dotyczących zarówno dostępu do, jak i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej przy zakładach karnych i aresztach leczniczych, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta występuje zarówno do Okręgowych Inspektoratów Świadczeniowców w zakładach karnych, jak i poszczególnych Dyrektorów Zakładów Karnych i Aresztów leczniczych, odnośnie udzielanych świadczeń zdrowotnych, kolejności udzielania tych świadczeń, sposobu kwalifikowania do leczenia oraz warunków udzielania tych świadczeń.

5. Informacja dotycząca udzielanych świadczeń

W kilku przypadkach wnioski kierowane przez osoby pozbawione wolności dotyczą sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym również leczenia HCV. Z uwagi na brak

ustawowego umocowania dotyczącego oceny udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym również wskazywania sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również z uwagi na brak dokumentacji medycznej, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wskazywało osobom pozbawionym na ich prawo do otrzymania szerszej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach od lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych.

7.1.1. Realizacja prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta dla osób pozbawionych wolności

Z uwagi na potrzeby osób pozbawionych wolności oraz stosownie do treści art. 11 ustawy o prawach pacjenta, który stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta oraz w przepisach odrębnych, uwzględniając ograniczenia tych praw w 2009 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta nawiązało współpracę z Centralnym Zarządem Służby Więziennej w zakresie praw pacjenta dla osób pozbawionych wolności.

W dniu 29 czerwca 2009 r. miało miejsce wystąpienie, w którym Biuro zwróciło się do Centralnego Zarządu Służby Więziennej o zajęcie stanowiska w przedmiocie sposobu i zakresu stosowania ustawy o prawach pacjenta w stosunku do skazanych będących osadzonymi w zakładach karnych i aresztach śledczych. W tym miejscu warto przypomnieć definicję pacjenta zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którą pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. W kontekście powyższej definicji oraz unormowania art. 3 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego zgodnie, z którym skazany zachowuje prawa i wolności obywatelskie, a ich ograniczenie może wynikać jedynie z ustawy oraz z wydanego na jej podstawie prawomocnego orzeczenia, należy stwierdzić, iż osoba osadzona w relacji z lekarzem będącym zakładem opieki zdrowotnej przy zakładzie karnym jest pacjentem. Z faktu posiadania powyższego statusu wynikają uprawnienia tej osoby do praw pacjenta, jednakże z uwagi na unormowania Kodeksu karnego wykonawczego, a w szczególności art. 115

oraz aktów wykonawczych wydanych na podstawie delegacji zawartych m.in. w powyższym art. 115 § 3, § 9 i § 10 wydaje się, iż nie w sposób zupełny.

Biuro zwróciło się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania, które z unormowanych w ustawie o prawach pacjenta, praw pacjenta nie stoją w sprzeczności z unormowaniami Kodeksu karnego wykonawczego i wydanymi na jego podstawie aktami wykonawczymi. Innymi słowami przedmiotem zainteresowania Biura był zakres informowania osób osadzonych o przysługujących im uprawnieniach w związku z ich leczeniem podczas odbywania kary pozbawienia wolności, które mogą być przez nich egzekwowane. Odpowiadając na rzeczony wystąpienie, Dyrektor Generalny Służby Więziennej podniósł, iż Biuro Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej opracuje informację, o której mowa w art. 11 ustawy o prawach pacjenta, która będzie przeznaczona dla osób pozbawionych wolności, korzystających w jednostkach penitencjarnych ze świadczeń medycznych. Zgodnie z deklaracją, o której mowa powyżej, w informacji tej zostanie określone, które z praw pacjenta unormowanych w ustawie o prawach pacjenta nie stoją w sprzeczności z unormowaniami zawartymi w Kodeksie karnym wykonawczym.

W październiku 2009 r. Biuro Rzecznika otrzymało projekt dotyczący obowiązków informowania pacjentów o osobach pozbawionych wolności o przysługujących im prawach. Projekt ten uwzględnia przepisy Kodeksu karnego wykonawczego oraz innych aktów prawnych i ma na celu ujednoczenie wskazanej dyspozycji ustawowej w jednostkach penitencjarnych. Warto w tym kontekście zauważyć, że Biuro zostało poproszone o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie, która została przekazana do Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej w listopadzie 2009 r..

Należy wyjaśnić, że przygotowany projekt obejmował prawa pacjenta o osoby pozbawionej wolności wynikające z dyspozycji następujących artykułów:

- art. 102 Kodeksu karnego wykonawczego;
- art. 115 Kodeksu karnego wykonawczego;
- art. 116 Kodeksu karnego wykonawczego;
- art. 118 Kodeksu karnego wykonawczego;
- art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta;
- art. 9-12 ustawy o prawach pacjenta;
- art. 13-14 ustawy o prawach pacjenta;

art. 15619 ustawy o prawach pacjenta z uwzględnieniem ograniczeń praw wynikających z przepisów Kodeksu karnego wykonawczego, tj. art. 116 i 118 Kodeksu karnego wykonawczego;

art. 20 ustawy o prawach pacjenta z uwzględnieniem ograniczeń praw, wynikających z przepisów Kodeksu karnego wykonawczego, tj. art. 115 Kodeksu karnego wykonawczego;

art. 23 ustawy o prawach pacjenta;

art. 26628 ustawy o prawach pacjenta;

art. 31 ustawy o prawach pacjenta;

art. 33 ustawy o prawach pacjenta z uwzględnieniem ograniczeń praw wynikających z przepisów Kodeksu karnego wykonawczego, tj. art. 105 - 105b Kodeksu karnego wykonawczego;

art. 36 ustawy o prawach pacjenta z uwzględnieniem ograniczeń praw wynikających z przepisów Kodeksu karnego wykonawczego, tj. art. 106 Kodeksu karnego wykonawczego;

art. 566 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z późn. zm.);

art. 20 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

art. 22 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

art. 24 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

art. 69 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych;

art. 38 ustawy o zawodzie lekarza;

art. 41 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) zwanej dalej *ustawą o izbach*;

art. 38 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178, z późn. zm.) zwanej dalej *ustawą o samorządzie pielęgniarek*;

art. 56 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2004 r., Nr 144, poz. 1529, z późn. zm.) zwana dalej *ustawą o diagnostach*;

art. 10a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;

art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;

Biuro Rzecznika podniosło, i nie zamieszczono w treści dokumentu, który został przedłożony przez Biuro Szefy Zdrowia Centralnego Zarządu Szefy Wewnętrznej praw pacjenta szpitala (b d oddział) psychiatrycznego, które są zawarte w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W kontekście powyższego, Biuro przesłany wyciąg pochodzi z stworzonej przez Biuro w 2007 Karty Praw Pacjenta w której odnosi się do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Warto w tym miejscu podnieść, i pełna realizacja działań podjętych w przedmiotowej kwestii w 2009 r. nastąpiła w 2010 r..

7.2. Naruszenie praw pacjentów związanych z wydaniem dokumentów niezbędnych do rejestracji i pochówku w przypadku martwych urodzeń

Zgonem płodu (urodzenie martwe) określa się zgon następujący przed całkowitym wydalaniem lub wydobyciem z ustroju matki. O zgonie świadczy to, że po takim wydalaniu lub wydobyciu płód nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie płuc, powiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli. Dokumentami wydawanymi przez szpital są karta zgonu i pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka.

Karta zgonu jest dokumentem wystawianym przez lekarza, niezbędnym do pochowania zwłok. Karta zgonu wystawiana jest obowiązkowo dla osób zmarłych. Podkreślenia wymaga, iż sporządza się ją dla dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz. U. Nr 153, poz. 1782, z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie karty zgonu. Podkreślenia wymaga fakt, iż bez względu na okres trwania ciąży, karta zgonu dziecka martwo urodzonego wystawiana jest na wniosek osób uprawnionych do pochowania, a nie z mocy prawa.

Natomiast pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka, które może być wystawione przez lekarza, pośmi lub przed opieką zdrowotną, niezbędne jest w celu sporządzenia aktu urodzenia. Jednakże w przypadku dzieci martwo urodzonych nie sporządza się aktu zgonu, umieszczając stosowne adnotacje, iż dziecko urodziło się martwe. Akt urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu zastępuje akt zgonu tego dziecka (art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1996 r. - Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2004 r., Nr 161, poz. 1688, z późn. zm.), zwanej dalej *szprawem o aktach stanu cywilnego*), stanowi, że je eli

dziecko urodziło się martwe, zgłoszenie takiego zdarzenia powinno nastąpić w ciągu 3 dni. W takim wypadku sporządza się akt urodzenia z adnotacją w rubryce „Uwagi”, a dziecko urodziło się martwe; aktu zgonu nie sporządza się).

Natomiast § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka (Dz. U. Nr 27, poz. 232) stanowi, iż zgłoszenie, o którym mowa sporządzane jest na podstawie dokumentacji medycznej. Rozporządzenie, o którym mowa powyżej, wykonuje delegację ustawową zawartą w art. 40 ust. 4 prawa o aktach stanu cywilnego i służy sporządzaniu aktów stanu cywilnego.

Podkreślić należy, iż przedmiotowe pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka nie stanowi dokumentacji medycznej. W związku z powyższym nie mają do niego zastosowania przepisy dotyczące kryteriów określonych w załączniku do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, w szczególności definicja martwego urodzenia zawarta w ww. rozporządzeniu rozróżniająca urodzenie martwe oraz poronienie, ustanawiając 22. tydzień ciąży jako kryterium tego rozróżnienia.

Skargi zgłaszane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w szczególności dotyczą dwóch przypadków, tj. nie wydania dokumentów oraz nie określenia w ww. dokumentach pęci dziecka. W przypadku nie wydania dokumentów interwencje podejmowane są łącznie. Rzeczowa kwestia była przedmiotem oficjalnego stanowiska Ministerstwa Zdrowia wyrażonego przez Departament Prawny (pismo z dnia 8 czerwca 2007 r., znak: MZ-PR-024-6271-2/IT/06), zgodnie z którym brak jest podstaw prawnych do odmowy wypełnienia pisemnego zgłoszenia dziecka. W przypadku odmowy wpisania pęci rodzice nie mogą dokonać rejestracji w Urzędzie Stanu Cywilnego, z uwagi na fakt, iż pęci dziecka potrzebna jest m.in. do nadania imienia, nazwiska (z uwzględnieniem odpowiedniej kolumny nazwiska stosownie do pęci) oraz numeru PESEL.

W takiej sytuacji rozważać należy trzy możliwości: 1) wpisanie odpowiedniej adnotacji dotyczącej pęci dziecka przez Kierownika Urzędu Stanu Cywilnego, poprzez zastosowanie analogii do przepisów dotyczących aktu zgonu, gdzie kierownik może sporządzić stosowną adnotację w przypadku braku niektórych danych; 2) uprawdopodobnienie pęci; 3) domniemanie pęci matki.

Zauważyć należy, iż w przypadku braku określenia pęci Kierownik Urzędu Stanu Cywilnego nie ma możliwości sporządzenia aktu urodzenia, którego treść zawiera m.in. pęci

oraz imię i nazwisko. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 1 kwietnia 2009 r.⁸¹ wskazał, aby sporządzenie aktu urodzenia potrzebne jest określenie płci dziecka. Wynika to także z przepisów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 26 października 1998 r. w sprawie szczególnych zasad sporządzania aktów stanu cywilnego, ich kontroli, przechowywania i zabezpieczania oraz wzorów aktów stanu cywilnego, ich odpisów, za wiadczeń i protokołów (Dz. U. Nr 136, poz. 884, ze zm.). Zgodnie z powyższym rozporządzeniem w celu sporządzenia i wydania aktu urodzenia niezbędne jest określenie płci dziecka przez podmiot uprawniony w pisemnym zgłoszeniu urodzenia dziecka.

Procedura uprawdopodobnienia płci polega na wpisaniu płci dziecka na podstawie przeprowadzonych badań (zarówno wykonanych w okresie trwania ciąży, jak i badań szczepków). Od uprawdopodobnienia, należy odróżnić badania genetyczne szczepków, które pozwalają w sposób jednoznaczny określić płeć dziecka.

Trzecią z możliwości, tj. domniemanie płci matki, zgodnie z pismem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 marca 2007 r. (znak: SP-11-050-41/07) w przypadkach, gdy na pisemnym zgłoszeniu urodzenia dziecka, jakie zostało przekazane do urzędu statystycznego nie jest zaznaczona płeć dziecka (lekarz nie był w stanie jej określić - dzieje się tak w sporadycznych przypadkach przy przedwczesnych urodzeniach) wówczas - wyłącznie na potrzeby opracowań statystycznych zaznaczana jest płci matki.

W skargach poruszana była także kwestia spopielenia zwłok dzieci martwo urodzonych. Zgodnie z definicją zawartą w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczepkami ludzkimi (Dz. U., Nr 153, poz. 1783, z późn. zm.), za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Możliwość spopielenia zwłok jest uwarunkowana od złożenia odpowiedniego wniosku przez osoby uprawnione do dokonania pochówku w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. Nr.23, poz. 295, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o cmentarzach (§ 7 ww. rozporządzenia).

Działania podjęte przez Rzecznika w roku 2009 w sprawach nie wydania dokumentów oraz nie określenia płci dziecka, miały na celu przede wszystkim podniesienie wiadomości

⁸¹ Wyrok NSA II OSK 464/08.

prawnej w ród personelu medycznego zatrudnionego w placówkach udzielaj cych wiadcze zdrowotnych i tym samym wyeliminowanie potencjalnych kolejnych przypadków.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wielokrotnie wyst powa do dyrektorów zak adów opieki zdrowotnej z zapytaniem odno nie zasad post powania ze zwłkami dzieci martwo urodzonych w szpitalu. W ród najcz ciej udzielonych odpowiedzi przez dyrekcje szpitali podawano, i pojawia si w tliwo ci na tle interpretacyjnym zwi zane z wydawaniem kart zgonu oraz pisemnym zgłoszeniem urodzenia dziecka, które doprowadzi do skierowania skargi do Rzecznika. Wychodz c naprzeciw oczekiwaniom osób uprawnionych do pochówku dzieci martwo urodzonych, rol Rzecznika Praw Pacjenta by umoliwienie, jak i przy pieszenie procedury zwi zanej z rejestracj i pochowaniem dziecka martwo urodzonego.

7.3. Prawa pacjenta i jego bliskich w przypadku przepisów reguluj cych dokonywanie sekcji zwłk oraz pochówku

Kompetencja lekarza do ustalenia zgonu zosta wprowadzona w ustawie o zawodzie lekarza ju w roku 1950, zgodnie z art. 20 ust. 1 ówczesnej ustawy, lekarz mógł wyda wiadectwo o stanie zdrowia lub wiadectwo zgonu wyecznie na podstawie uprzedniego badania, dokonanego osobi cie. Obecnie zagadnienie to reguluje art. 43 ustawy o zawodzie lekarza⁸².

Na podstawie art. 43 ustawy o zawodzie lekarza lekarz mo e stwierdzi zgon na podstawie osobi cie wykonanych bada i ustale , z zastrze eniem sytuacji okre lonych w odr bnych przepisach. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyeczeniem lekarza dentystry, mo e uzale ni wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłk. Lekarz, z wyeczeniem lekarza dentystry, mo e wystawi kart zgonu na podstawie dokumentacji badania po miernego, przeprowadzonego przez innego lekarza lub inn uprawnion osob .

Dodatkowo, w art. 11 ust. 1 zawarto doprecyzowanie, i powinien to by lekarz, lecz cy chorego w ostatniej chorobie. Paragraf 2 ust. 1 rozporz dzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202) stanowi, i powinien by to lekarz, który w ci gu ostatnich 30 dni przed zgonem udziela choremu wiadcze lekarskich. Od powy szej zasady ustawodawca przewidzia

⁸² R. Kubiak, *Prawo medyczne*, C.H. Beck Warszawa 2010, s. 451.

wyjtki, tj. art. 11 ust. 2 ustawy o cmentarzach stwierdza, iż w razie niemożności dopełnienia obowiązku, o którym mowa powyżej, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę.

W praktyce najczęściej czynności tych będzie dokonywał lekarz podstawowej opieki lekarskiej (POZ). W przypadku zgonu, który nastąpił w szpitalu, stwierdzenia dokonuje lekarz leczący danego pacjenta, jeżeli jest nieobecny – lekarz dyżurny.

Lekarz stwierdza zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń. Szczegółowy zakres zawarty jest w rozporządzeniu w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny. Lekarz może ograniczyć się bowiem do zewnętrznych oględzin zwłok, zwracając uwagę, czy nie zachodzą ślady doznanych urazów ciała albo objawów użycia trucizny i t.j. Dodatkowo, po stwierdzeniu, że osoba nie żyje, wymagane jest zgodnie z rozporządzeniem wykonanie kilku czynności.

W ciągu 12 godzin od wezwania należy:

- 1) ustalić to samo zwłok;
- 2) przeprowadzić wywiad wśród osób z otoczenia osoby zmarłej w celu ustalenia okoliczności, w których nastąpił zgon;
- 3) zapoznać się z dokumentami dotyczącymi stanu zdrowia danej osoby w okresie poprzedzającym zgon.

Innymi aktami prawnymi regulującymi przedmiotowe tematyki jest ustawa o cmentarzach oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, a mianowicie: rozporządzenie w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, także rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu. Z kolei zasady postępowania ze zwłokami w szpitalu regulują art. 24–26 ustawy o zasadach opieki zdrowotnej oraz wydane na ich podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz. U. Nr 203, poz. 1503).

Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu, osoba wskazana w regulaminie porządkowym szpitala jest zobowiązana umyć, ubrać i wydać zwłoki osoby zmarłej osobie uprawnionej do pochowania zwłok w stanie zapewniającym zachowanie godności należącej osobie zmarłej. Powyższe rozporządzenie ma zastosowanie do zasad opieki zdrowotnej, zasad opieki czo-

lecniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiecznych, sanatoriów, czy stacjonarnych hospicjów.

W sytuacji natomiast, gdy zgon nastąpi podczas odbywania kary pozbawienia wolności lub w areszcie leczym, procedury dotyczące postępowania ze zwłokami uregulowane są w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lipca 2008 r. w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób pozbawionych wolności zmarłych w zakładach karnych i aresztach leczym (Dz. U. Nr 131, poz. 836).

W przypadku, gdy zgon nastąpi na skutek popełnionego przestępstwa lub gdy przyczyną zgonu jest zakażenie chorobą zakaźną na lekarza należy dodatkowo obowiązek informacyjny. Zgodnie art. 11 ust. 8 ustawy o cmentarzach lekarz zobowiązany jest zawiadomić właściwego prokuratora lub najbliższy posterunek policji (zgon na skutek popełnionego przestępstwa), natomiast w sytuacji choroby zakaźnej zawiadomienie właściwego inspektora sanitarnego.

Zgłoszenie do Urzędu Stanu Cywilnego następuje na podstawie karty zgonu, co umożliwia wydanie aktu zgonu oraz dokonanie pochówku. Szczegóły dotyczące sporządzenia tej karty oraz jej wzór zostały unormowane w powyższym wyżej rozporządzeniu w sprawie karty zgonu.

Karta wydaje się w dwóch egzemplarzach: A – przeznaczona do celów statystycznych oraz B – potrzebna do dokonania pochówku. Oba egzemplarze karty zgonu przekazywane są osobie uprawnionej do pochówku zwłok⁸³. Ustalenie przyczyny zgonu oraz jego okoliczności wymaga przeprowadzenia sekcji zwłok, nazywanej w procedurze karnej otwarciem zwłok⁸⁴.

Odrębne regulacje dotyczące przeprowadzania sekcji zwłok stanowi art. 24 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym zwłoki osoby, zmarłej w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem, iż zwłoki nie poddaje się sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczynił to osoba za życia (art. 24 ust. 1 i 3).

Kierownik zakładu, jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, na wniosek właściwego ordynatora lub, w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii,

⁸³ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, C.H. Beck Warszawa 2010, s. 456.

⁸⁴ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 457.

zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji (art. 24 ust. 2). O zaniechaniu sekcji zwłok w wyniku zgłoszonego sprzeciwu sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa powyżej (art. 24 ust. 4). W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem (art. 24 ust. 6).

Podkreślić także należy, iż na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

Należy przypomnieć, iż prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: pozostały mąż/małżonka, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do czwartego stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do pierwszego stopnia.

Z do wiadomości Biura wynika, iż zgłoszenia telefoniczne dotyczą głównie podstaw prawnych do wykonania sekcji zwłok, w szczególności osób, których zgon nastąpił w szpitalu. Spośród nielicznych spraw zgłoszonych pisemnie, które wpłynęły do Biura w 2009 r., zdarzały się niejednokrotnie prośby osób bliskich dotyczącej wyjaśnienia bezpodstępnych przyczyn zgonu danej osoby, jednak działania te nie leżą w gestii Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ VIII. WSPÓŁPRACA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

8.1. Występowanie z wnioskami o podjęcie inicjatyw ustawodawczych

W art. 47 ustawy o prawach pacjenta zostały wymienione kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta. Katalog ten ma charakter zamknięty. Stosownie do treści art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy o prawach pacjenta, do zakresu działania Rzecznika należy występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta.

Mając powyższe na uwadze na początku września 2009 r., Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie inicjatywy w zakresie jednolitych formularzy zgody na zabiegi stwarzające podwyższone ryzyko. Warto w tym kontekście podnieść, iż zgodnie z brzmieniem art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej. Zdaniem Sądu Najwyższego pacjent, który wyraża zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego bierze na siebie ryzyko związane z zabiegiem, tj. jego bezpośrednio, typowe i zwykłe skutki, o możliwości, których powinien być stosownie do okoliczności pouczony; brak pouczenia w ogóle lub pouczenie nie o wszystkich normalnie możliwych skutkach zabiegu stanowi o bezskuteczności zgody⁸⁵.

W ocenie Rzecznika, w kontekście powyższego zasadne wydaje się sformułowanie przy współpracy z Konsultantami Krajowymi jednolitych formularzy zgody na zabiegi stwarzające podwyższone ryzyko, w których treści wymienione byłyby enumeratywnie bezpośrednio, typowe i zwykłe skutki. W takiej sytuacji podpis pacjenta pod tak sformułowanym dokumentem byłby bezspornym dowodem tego, iż jego zgoda ma charakter świadomy, co byłoby z korzyścią zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Placówki ochrony zdrowia stosują zazwyczaj niejednolite formularze zgody, różniące się, co do zakresów ryzyka tych samych zabiegów. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia zajęło stanowisko, że opracowanie takiego dokumentu byłoby bardzo trudne i wręcz niecelowe, ze względu na różnorodność zabiegów o takim charakterze, a w szczególności ich następstwa i skutków.

⁸⁵ Sąd Najwyższy z 28.08.1972 r. II CR 296/72, OSN CP 5/1973 Nr 5, poz.86.

Mając powyższe na uwadze, Rzecznik Praw Pacjenta w grudniu 2009 r. ponownie zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia o rozważenie inicjatywy stworzenia jednolitych formularzy zgody na zabiegi stwarzające podwyższone ryzyko, w których treści wymienione byłyby enumeratywnie bezpośrednio, typowe i zwykłe skutki zabiegu.

Kolejne wystąpienie Rzecznika na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy o prawach pacjenta, miało miejsce w dniu 28 września 2009 r.. Rzecznik zwrócił się z wnioskiem do Ministra Zdrowia o nowelizację § 30 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określenia procentowej wysokości kary umownej, jaką ponosi świadczeniodawca za wystawianie niepoprawnych recept. W odpowiedzi Minister Zdrowia podzielił stanowisko Rzecznika, stwierdzając, iż zasadne jest rozważenie konieczności zmian w ww. rozporządzeniu pod kątem doprecyzowania wysokości kary umownej, o której mowa powyżej, tym bardziej, że w konsekwencji niewłaściwie wystawiona recepta skutkować może odmową zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia za recepty lekarskie o zrealizowane, a zakwestionowane pod względem poprawności wystawienia.

Na początku października 2009 r. Rzecznik wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o rozważenie zagwarantowania kobietom w ciąży praw do opieki zdrowotnej i badań profilaktycznych. Rzeczone wystąpienie podyktowane było uchynieniem art. 27 ust. 2 ustawy o świadczeniach przez art. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych oraz ustawy o cenach* (Dz. U. Nr 118, poz. 989), w związku z czym z dniem 31 sierpnia 2009 r. stracił moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276, poz. 2740). W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia podniosło, iż na posiedzeniu w dniu 16 października 2009 r., członkowie Zespołu do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej przyjęli opracowany standard składający się z 2 części. Pierwsza część, w ocenie Ministerstwa Zdrowia stanowi nowelizację wcześniejszej obowiązującego rozporządzenia, o którym mowa powyżej. W wyniku rzeczowego wystąpienia Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał także informację, że w Ministerstwie Zdrowia trwają prace legislacyjne nad przygotowaniem rozporządzenia dot. określenia opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, porożgu oraz opieki nad noworodkiem.

Od 1 stycznia 2009 r. dzieci i młodzie do 18. roku życia obciążeni cukrzycą insulinozależną z różnymi rodzajami powikłań są zaopatrywani w pompy insulinowe wraz z komiesicznym zestawem infuzyjnym do osobistych pomp insulinowych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142)), osoby które po 18. roku życia tracą uprawnienia zarówno do kosztowych 300 złotych refundacji osprzętu, jak i otrzymania samej pompy insulinowej. Od strony ekonomicznej w dniu 18. urodzin nie zmienia się status młodego człowieka. Nadal jest on uczniem szkoły średniej, z tym że pomimo faktu, że się uczy i nie ma stałych dochodów, utraci jednak prawo zarówno do refundacji osprzętu, jak i otrzymania w razie konieczności wymiany pompy insulinowej.

Środziny, które wobec braku dofinansowania oddają pompy kosztowe uzyskane dzięki różnym fundacjom. Z ekonomicznego punktu widzenia zasadne jest przedłożenie dofinansowania dot. zaopatrzenia w pompy i osprzęt do ukończenia 26. roku życia pod warunkiem kontynuowania nauki. Wskazanie dotyczącego wieku ma odniesienie do art. 5 ust. 3 oraz art. 67 ust. 5 ustawy o świadczeniach.

W dniu 23 grudnia 2009 r. Minister Zdrowia pismem znak: MZ-PLW-073-10031-1/EG/09 poinformował, że przedstawiony przez Rzecznika problem zostanie rozważony i szczegółowo przeanalizowany. Konieczne będą także uzgodnienia z tym zakresie z Narodowym Funduszem Zdrowia, a ewentualne zmiany powinny znaleźć uzasadnienie merytoryczne, jak i ekonomiczne.

Sprawa refundacji pomp insulinowych i osprzętu do nich jest nadal w toku.

Warto w tym kontekście zauważyć, że tematyka zdrowia została uregulowana w Polsce w wielu aktach prawnych, które podlegają ciągłej ewolucji. Z doświadczeń Rzecznika wynika, że potrzebna jest aktywność w tej materii, mająca na uwadze oczywiście wielopłaszczyznowość problematyki, o której mowa powyżej. Wystąpienia i działania Rzecznika w roku 2009 podyktowane były potrzebą wzmocnienia pewnych sfer związanych z prawami pacjentów, jak również podwyższenia komfortu udzielanej im opieki zdrowotnej.

8.2. Współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw

W dniu 22 października 2009 r. Rzecznik Praw Pacjenta pismem znak: RzPP-ZPR-051-23-2/KU/09 zwrócił się do Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia o udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu wypełnienia karty choroby. Treść zadanego pytania wynika z pisma nadesłanego do Biura przez Pełnomocnika Zarządu ds. Zarządzania jako ci Polskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

Pytanie dotyczy zagadnienia, czy do karty choroby należy wpisywać rozpoznanie choroby pacjenta, a jeżeli tak, to w jakiej formie należy to czynić: w języku polskim, łacińskim czy według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-9. Podkreślam przedmiotowość w tym względzie kwestia ewentualnego nieuprawnionego zapoznania się z treścią na karcie choroby rozpoznaniem przez osoby postronne np. odwiedzające pacjenta. Biuro dodać, że od 2007 r. na podstawie wykładni zaproponowanej przez Pana Andrzeja Kosiniaka-Kamysza, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (pismo znak: OZP-073-4-38/2003/EW), zgodnie z którym rozwinięciem mającym na celu zapewnienie gwarancji ochrony danych osobowych jest stosowanie dwustronnych kart choroby.

W dniu 16 listopada 2009 r. Pan Marek Haber, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismem znak: MZ-OZO-078-19452/AWI/09 przedstawił stanowisko, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej) karta choroby stanowi jeden z dokumentów dołączonych do historii choroby. Rozporządzenie nie określa zakresu informacji, jakie karta taka powinna zawierać. Jako dokument umieszczony przy łóżku pacjenta karta choroby nie zapewnia zachowania poufności zawartych w niej danych osobowych w tym dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Dlatego też powinny być w niej zawarte tylko te informacje, które są niezbędne ze względu na skuteczność procesu leczenia. W opinii departamentu rozpoznanie choroby nie w każdym przypadku jest elementem koniecznym karty choroby.

W przypadku wpisywania rozpoznania choroby w karcie choroby należy w miarę możliwości zadbać o zabezpieczenie jej treści przed dostępem osób nieupoważnionych. Warty rozważenia rozwiązaniem kompromisowym może być dwustronna karta choroby z zastrzeżeniem, iż nie może być ona stosowana w tych szczególnych oddziałach, na których zachodzi bezpośrednio zagrożenie życia pacjenta, a szybki dostęp osób podejmujących akcję

ratunkow do informacji zawartych w karcie jest warunkiem wyboru waciwego toku post powania.

Idea poufno ci danych osobowych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wprowadzonych dla jej realizacji wymagania i procedury maj sa y poszanowaniu dóbr poszczególnych osób. Niew tpliwie kwestie te zas eguj na szczegó ow uwag wszystkich podmiotów uczestnicz cych w udzielaniu wiadcze zdrowotnych. Nie mo e jednak budzi w tpliwoci, e wobec bezpo redniego zagro enia ycia i zdrowia pacjenta ochrona danych osobowych musi by uznana za warto drugorz dn . Nie jest bowiem intencj ustawodawcy nara enie ycia i zdrowia, do czego doprowadzi mog by zbyt restrykcyjne w tych przypadkach interpretowanie przepisów ustawowych.

W zwi zku z informacjami prasowymi, jak te przekazanymi przez rodziny pacjentów dotycz cych obaw przed zamkni ciem szpitala lub te braku mo liwo ci uzyskania okre lonego wiadczenia opieki zdrowotnej przez osoby ubezpieczone na terenie niektórych województw, Rzecznik Praw Pacjenta wszczyna procedury wyja niaj ce lub apelowa do dyrektorów szpitali o zaprzestanie dzia lno ci, która nara a by pacjentów na utrat zdrowia, a nawet ycia. Do dyrektorów oddzia ow Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia i marsza ow województw Rzecznik wyst powa w sprawach zabezpieczenia na terenie województwa okre lonych wiadcze zdrowotnych. O braku dost pno ci do okre lonych wiadcze najcz ciej informowali petenci zg aszaj c spraw za po rednictwem infolinii, w lad za nim przysy aj c pisma. Apel Rzecznika Praw Pacjenta do Przewodnicz ego Zwi zku Zawodowego Lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu w K., dotyczy przebiegu zaistnia ego w ww. placówce konfliktu pomi dzy dyrektorem szpitala a zatrudnionymi lekarzami. Rzecznik zwróci si o przyjecie innego rozstrzygni cia przedmiotowej sprawie ni zbiorowe odej cie z pracy z dniem 1 grudnia 2009 r. lekarzy, w tym osób kieruj cych oddzia ami. Rzecznik w swoim apelu zwróci si z pro b o oddzielenie dwóch aspektów przedmiotowej sprawy. Jeden to relacje poszczególnych pracowników z dyrektorem placówki, a drugi konieczno udzielenia wiadcze zdrowotnych. Rzecznik zwróci si z apelem, aby pozwolono waciwym organom oraz s dom w ramach unormowanych procedur rozstrzygn czy zachowanie dyrektora szpitala wzgl dem którego z pracowników pozosta w sprzeczno ci z obowij cymi przepisami prawa przy jednoczesnym nie rezygnowaniu ze wiadczenia pracy w ww. szpitalu.

W dniu 27 listopada 2009 r. Rzecznik Praw Pacjenta, na podstawie zgłoszenia dotyczącego braku możliwości uzyskania na terenie miasta Czestochowa świadczenia w poradni endokrynologicznej dla dzieci w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pismem znak: RzPP-ZIP-052-17-2/HZ/09 zwrócił się do Dyrektora Iłskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Z przeprowadzonych wcześniej przez pracownika wyjaśnień wynikało, że w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, oddział poradni Endokrynologicznej będącej jednostką organizacyjną tej placówki została zlikwidowana. W drugiej placówce, tj. Wojewódzkim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w C., zapisy do lekarza endokrynologa zostały wstrzymane ze względu na brak takiego specjalisty. Obie placówki znajdowały się w informatorze strony internetowej Iłskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Biuro zwróciło się zatem do oddziału z zapytaniem, z którymi placówkami na terenie miasta Czestochowa oddział zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endokrynologii dziecięcej.

W odpowiedzi (pismo znak: WSOZ-III-073-49-5051-asz/2009) Iłskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach poinformował, że w bieżącym roku świadczeń udzielił dwie placówki, tj. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny oraz Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej w C. W związku z brakiem możliwości zakontraktowania w 2009 r. na terenie województwa Iłskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ilości niezbędnej dla zapewnienia właściwego poziomu dostępu do usług medycznych, Iłski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowych dopłaci warunkowo do realizacji świadczeń podmioty nie spełniające wymagań określonych w stosownych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Powyższe być może potraktowane troską o dobro ubezpieczonych, a od strony formalnej może dotyczyć zapisom § 7 ust. 7 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Jednakże ten sam zapis obligował Oddział Funduszu do wskazania świadczeniodawcom niespełniającym wymogów terminu na dostosowanie się do nich. Powyższy termin został ustalony na dzień 30 września 2009 r., tym samym dając świadczeniodawcom okres 17 miesięcy na sprostanie obowiązującym wymaganiom. W związku z powyższym Dyrektorzy placówek, z którymi zawarto umowy warunkowe, mieli wiedzieć o konieczności dostosowania się do wymogów oraz znane im były konsekwencje zaniechania tych działań.

W odniesieniu do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w C. z dniem 30 września 2009 r. została rozwiązana umowa w zakresie endokrynologii dla dzieci (niespełnienie wymogów w zakresie kwalifikacji personelu - specjalisty endokrynologii dziecięcej lub lekarza pediatrii w zakresie specjalizacji z endokrynologii). W odniesieniu do Wojewódzkiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w C. umowa jest kontynuowana. Zgodnie z informacją przekazaną przez wiadczeniodawcę ograniczenie dostępu do przedmiotowych świadczeń spowodowane przystąpieniem lekarza zatrudnionego w poradni do egzaminów specjalizacyjnych. Poradnia wznowi działalność.

Równocześnie I skiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podkreśla ograniczoną liczbę podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie endokrynologii dla dzieci na terenie Człuchowy wynika z braku lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie endokrynologii.

Równocześnie Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się w przedmiotowej sprawie do Marszałka Województwa I skiego. Odpowiadając pismem znak: ZD.NiP.0724/7/2010 z dnia 20 stycznia 2010 r., Członek Zarządu Województwa I skiego poinformował o według wykazu za rok 2008, opracowanego na podstawie sprawozdania MZ-89 Roczne sprawozdanie o zatrudnieniu specjalistów: lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów i innych w województwie I skim liczba lekarzy posiadających specjalizację z endokrynologii wynosi 45, w tym 37 posiadających specjalizację II stopnia. Lekarzy, którzy są w trakcie specjalizacji i ukończyli w 2012 roku jest 26. Województwo I skie jako organ zarządczy dla 56 jednostek ochrony zdrowia nie ma wpływu na system podnoszenia kwalifikacji przez lekarzy, gdyż uzależnione jest to od limitów określonych przez Ministerstwo Zdrowia.

W związku z informacją uzyskaną od rodziców dzieci chorych na młodziecze idiopatyczne zapalenie stawów o przebiegu agresywnym (MIZS) leczonych w Instytucie w W., dotycząc wyłączenia przez system komputerowy pacjentów poddawanych leczeniu biologicznemu, Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz Pełnomocnika Dyrektora ds. Medycznych Instytutu w W. o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Z treści otrzymanych wyjaśnień wynika, że o dostępie do leczenia biologicznego decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. System komputerowy pełni tylko rolę pomocniczą. Instytut pismem z dnia 10 grudnia 2009 r. poinformował o podjęciu działań mających na celu systemowe rozwiązanie problemu ciągłości leczenia MIZS.

8.3. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta

W związku z licznymi wnioskami przekazanymi przez pacjentów, ich bliskich oraz prezesów licznych stowarzyszeń zrzeszających osoby dotychczas osób wentylowanych metodami nieinwazyjnymi, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta pismem z dnia 28 września 2009 r. znak: RzPP-4111-32-956/BG/09 zwróciło się do Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia zwracając uwagę na potrzebę nowelizacji treści § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147) w brzmieniu § 7 ust. 1 świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 1 są udzielane świadczeniobiorcy wymagającym stosowania inwazyjnej i nieinwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora, ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających świadczeń całonocnych, wymagających jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

W dniu 1 października 2009 r. pismem znak: MZ-UZ-ZR-71-17127/AK/09 Departament w nawiązaniu do pisma Biura poinformował go zgodnie z pismem Pana Wojciecha Kutycy, Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia znak MZ-BGP-079-5639-3/KSZ/09 zmianą ww. rozporządzenia w gestii Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie w związku z pytaniem Departament poinformował go o świadczeniach gwarantowanych, o których mowa w § 6 ust. 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określając, że świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 ust. 1 (zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie) są udzielane świadczeniobiorcy, wymagającym stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora, ciągłej i okresowej terapii oddechowej, poinformował go o zmianie cytowanego wyżej przepisu w stosunku do treści zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia regulującego przedmiotowe kwestie, mającej charakter wyłącznie formalno-prawny, mającej na celu ujednoczenie treści wspomnianego rozporządzenia, a tym samym nie doszło do zmiany zakresu świadczeń gwarantowanych realizowanych dla świadczeniodawców. świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży

wentylowanych mechanicznie, uj te w cytowanym wy ej rozporz dzeniu obejmuj równie wiadczenia realizowane okresowo metod nieinwazyjn przez respirator (maseczki, kaski, ustniki). Zatem Narodowy Fundusz Zdrowia b dzie finansowa€ww. wiadczenia opieki zdrowotnej. Przedmiotowe wiadczenia zosta€ uwzgl dnione w § 14 ust. 1 pkt 1 projektu zarz dzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie okre lenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: wiadczenia piel gnacyjne i opieku cze w ramach opieki długoterminowej w 2010 r., zgodnie z którym schorym z niewydolno ci oddechowej udzielane s wiadczenia przy pomocy respiratora w sposób ci g€ lub okresowy ó w tym równie przy u yciu ró norodnych ustników, masek czy kaskówö.

W dniu 17 listopada 2009 r. przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Pacjenta bra€udzia€ w spotkaniu zorganizowanym przez wiatow Organizacj Zdrowia (WHO), dotycz cym wiatowego Sojuszu na Rzecz Bezpiecze stwa Pacjenta Bezpieczna Chirurgia Ratuje ycie. Dyskutowano na temat wprowadzenia w Polsce Oko€operacyjnej Karty Kontrolnej, któr wprowadzi€ do tej pory 300 szpitali w ró nych krajach wiata. Projekt wprowadzenia karty obejmuje równie 5 szpitali w Polsce (sektor publiczny i prywatny). Stosowanie karty b dzie w przysz€ ci, jak twierdzi Centrum Monitorowania Jako ci, wymogiem akredytacyjnym dla szpitali. B dzie ona stanowi€ bezpiecze stwo dla pacjenta przed i po wykonaniu zabiegu operacyjnego.

8.4. Monitorowanie spraw znajduj cych si w kompetencji innych organów

Stosownie do tre ci art. 51 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta, Rzecznik po zapoznaniu si ze skierowanym do niego wnioskiem mo e przekaza spraw zgodnie z w€ ciwo ci . Wy ej wymienione uregulowanie znajduje swoje odzwierciedlenie w art. 231 Kodeksu post powania administracyjnego. Maj c powy sze na wzgl dzie, w sytuacji skargi pacjenta, która dotyczy€ naruszenia zasad etyki lub przepisów zwi zanych z wykonywaniem zawodu lekarzy, piel gnarek, po€ nych albo mog cej stanowi podstaw odpowiedzialno ci karnej, Rzecznik jest zobowi zany do dzia€ , o których mowa powy ej.

Innym sposobem dzia€nia Rzecznika Praw Pacjenta, jest zgodnie z tre ci art. 52 ust. 2 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta, prawo dania z€ enia wyja nie , przedstawienia akt ka dej sprawy prowadzonej przez naczelne i centralne organy administracji pa stwowej, organy administracji rz dowej, organy organizacji pozarz dowych, spo€ecznych i zawodowych oraz

organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych, jak również samorządów zawodów medycznych.

Warto zauważyć, że zgodnie z treścią art. 53 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta, Rzecznik, po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, może skierować wystąpienie do organu, organizacji lub instytucji, w których miało miejsce naruszenie praw pacjenta. Ponadto istnieje możliwość zwrócenia się do organu nadrzędnego nad jednostką, o której mowa powyżej z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa (art. 53 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta). Wykładnia funkcjonalna przemawia za przyjęciem poglądu, że Rzecznik nie może równocześnie zastosować obu dróg postępowania⁸⁶. Rzecznik w swoim wystąpieniu formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy, a także może dać wszczęcie postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji sędziowskich (art. 53 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta). Należy w tym kontekście podnieść, iż organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, o którym mowa powyżej, są zobowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku. W przypadku, gdy Rzecznik nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

8.4.1. Izby Lekarskie

Zgodnie z treścią art. 41 z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) lekarze podlegali odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Na podstawie powyższego unormowania istniała możliwość wystąpienia do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy i w niniejszych postępowaniach pełnił funkcję oskarżyciela o art. 52 ustawy o izbach lekarskich. Warto w tym kontekście zauważyć, że w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się postępowanie, niezależnie od postępowania karnego

⁸⁶ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2009, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., s. 269.

lub dyscyplinarnego, wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie procedury. Mogą jednak być one zawieszane do czasu ukonstytuowania postępowania karnego.

Sprawy odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpatrywane są przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. Sąd lekarski może orzekać następujące kary:

upomnienie;

nagana;

zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat;

pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Termin przedawnienia dla spraw dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynosi trzy lata od dnia popełnienia czynu (art. 51 ustawy o izbach lekarskich). Mając powyższe na uwadze Rzecznik wielokrotnie udziela pacjentom informacji w zakresie obowiązujących przepisów w przedmiotowej materii. Liczne informacje przekazywane pacjentom przez Biuro dotyczą wykładni specyfiki reżimu odpowiedzialności zawodowej i roli Rzecznika w tym kontekście prawnym.

Należy wyjaśnić, że w 2009 r. Rzecznik Praw Pacjenta przekazywał sprawy do okręgowych rzeczników zawodowych według właściwości. Rzeczone wystąpienia dotyczyły wszczęcia postępowania wyjaśniającego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Ponadto, działając na podstawie art. 53 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, Rzecznik wystąpił z wnioskiem o zastosowanie sankcji sędziowskich względem lekarza, który nie podjął leczenia operacyjnego, pomimo wskazań medycznych w tym zakresie. W przedmiotowej sprawie Rzecznik wystąpił również do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej o wszczęcie postępowania, o którym mowa w § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. Nr 69, poz. 406).

W okresie sprawozdawczym, Rzecznik wystąpił także do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, zwłaszcza w aspekcie przedłożenia postępowania.

Od dnia 1 stycznia 2010 r. kwestie związane z odpowiedzialnością zawodową lekarzy zostały uregulowane w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708). Stosownie do treści art. 53 ustawy, o której mowa powyżej, członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

8.4.2. Izby Pielęgniarek i Położnych

Zgodnie z treścią art. 38 z dnia 19 kwietnia 1991r, o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178, z późn. zm.), członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami pielęgniarek i położnych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego, wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może ono jednak być zawieszony do czasu ukończenia postępowania karnego. Warto w tym kontekście zauważyć, że okręgowy rzecznik prowadzi postępowanie wyjaśniające oraz sprawuje funkcję oskarżyciela w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. W zależności od wyniku ww. postępowania, sprawy rozpatrywane są przez sądy pielęgniarek i położnych, które mogą orzec jedną z następujących kar: upomnienie, nagana, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od roku do lat pięciu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres od sześciu miesięcy do lat trzech, pozbawienie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. W okresie sprawozdawczym, Rzecznik nie występował bezpośrednio do Izby Pielęgniarek i Położnych z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie odpowiedzialności zawodowej podmiotów, o których mowa powyżej. Skargi pacjentów nie dawały podstaw do ich przekazania do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Informacje dotyczące przedmiotowego zakresu udzielane przez Biuro miały charakter ogólny.

8.4.3. Współpraca z Prokuraturą

Zauważyć należy, iż podczas udzielania świadczeń zdrowotnych może dojść do sytuacji, gdy działania mające na celu wykonywanie czynności leczniczych spowodują powstanie odpowiedzialności karnej. Mogą to być np. sytuacje polegające na dokonaniu czynności medycznej bez zgody pacjenta lub wykonane niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej i niezachowaniem należytej staranności. Odpowiedzialność karna, o której mowa powyżej, może być brana pod uwagę tylko w przypadku, gdy działanie niezgodne z zasadami medycznego *lege artis* realizuje znamiona któregoś z typów przestępstw przeciwko zdrowiu lub życiu. Ma to miejsce w sytuacji spowodowania czynności leczniczych negatywnych następstw w postaci naruszenia ciała, rozstroju zdrowia, śmierci lub tego narażenia na niebezpieczeństwo (art. 155, 157 i 160 Kodeksu karnego)⁸⁷.

Kodeks karny nie przewiduje czynu zabronionego polegającego na samym tylko niewłaściwym wykonaniu czynności leczniczej, czyli dokonaniu jej niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Zgodnie z powyższym nie ma możliwości pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności za nieodpowiedni sposób przeprowadzenia czynności medycznej, jeżeli nie spowodował on ujemnych następstw dla zdrowia lub życia pacjenta.

Podkreślić należy, iż zgodnie z art. 304 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego* (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.) każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.

Działania podjęte przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w okresie sprawozdawczym polegały na monitorowaniu spraw, w których prowadzone jest śledztwo, na podstawie zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, a które zostały przesłane do Biura w formie ścisłej wiadomości. Warto w tym miejscu podkreślić, iż Rzecznik Praw Pacjenta na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta, może dać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez śledczy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz dać do wglądu w biurze, aktach dowodowych i prokuratorskich oraz aktach innych organów ścigania, po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia.

⁸⁷ R. K. Dziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 136.

Z dotychczasowych do wiadomości wynika, iż Biuro Rzecznika Praw Pacjenta monitoruje kolejne etapy śledztw, występuje do właściwych prokuratur o udzielenie informacji dotyczących działań, o których mowa powyżej. Odpowiedzi, które zostały nadesłane do Biura w przedmiotowym zakresie dotyczą głównie prowadzonych postępowań, które są w toku z uwagi na stosunkowo długi okres oczekiwania na opinie biegłych.

Analizując przedmiotowy rodzaj współpracy stwierdzić należy, iż kierowane do Prokuratury zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, w szczególności dotyczą nieumyślnego spowodowania śmierci danej osoby lub narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Problematyka związana z ochroną zdrowia jest niezwykle istotna zwłaszcza biorąc pod uwagę prawnokarny aspekt odpowiedzialności personelu medycznego za podejmowane działania podczas udzielania świadczeń medycznych. Poprzez współpracę z prokuraturą, Rzecznik Praw Pacjenta realizuje ustawowe uprawnienia, mając tym samym możliwość bieżącego monitorowania prowadzonych śledztw dotyczących zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa dotyczących przedmiotowej problematyki.

ROZDZIAŁ IX.

WSPÓŁPRACA Z INNYMI PODMIOTAMI

9.1. Udział w konferencjach, spotkaniach i pracach Sejmu dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, prawa do świadczeń oraz pomocy i wsparcia dla pacjentów.

Rzecznik Praw Pacjenta oraz pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta brali udział w wielu konferencjach i spotkaniach, które dotyczyły problematyki praw pacjenta. Były to również spotkania, związane z pracami nad aktami wykonawczymi do ustawy o prawach pacjenta. Między innymi:

konferencja uzgodnieniowa poświęcona omówieniu i analizie uwag zgłoszonych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu działania Komisji Lekarskiej o Departament Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia 20 listopada 2009 r.

od 2005 r. przedstawiciel Biura był członkiem Zespołu ds. przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia Ministerstwa Zdrowia. Uczestniczył w pracach i spotkaniach Zespołu.

Wiele spotkań i konferencji dotyczyło sytuacji kobiet w okresie ciąży, porodu i po jego oraz opieki nad dziećmi. Były to spotkania:

XV Międzynarodowa Konferencja organizowana przez Fundację Rodziny po Ludzku – Holistyczne podejście – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem – 19-20 listopada 2009 r.

Udział w innych spotkaniach:

debata rozpoczynająca akcję społeczną „Leczyć po ludzku” organizowana przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej ks. dr Arkadiusza Nowaka i „Gazetę Wyborczą” – 25 listopada 2009 r.

konferencja z okazji drugiej rocznicy zaprzysiężenia koalicyjnego rządu PO-PSL. Panel dyskusyjny pt.: „System opieki zdrowotnej” – 20-21 listopada 2009 r.

konferencja panelowa „Wszyscy jesteście moimi pacjentami” Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych – 9 grudnia 2009 r.

konferencja prasowa podsumowanie kampanii społecznej dot. edukacji społecznej w zakresie roli regularnego wykonywania podstawowych badań
Fundacja Urszuli Jaworskiej wraz z Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 3 grudnia 2009 r.

posiedzenie Komisji Onkologii Wieku Rozwojowego Polskiej Akademii Nauk
wykład: Rola Rzecznika Praw Pacjenta dla dzieci chorych na nowotwory i ich rodziców 19 listopada 2009 r.

debata o Zdrowiu pt. Przewlekłe choroby cywilizacyjne a jakość życia pacjentów 12 października 2009 r.
Centrum Komunikacji Medialnej i Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia

trzecie Forum na temat innowacyjności i dostępu do leków 30 czerwca 2009 r.

WNIOSKI

Sprawy przedstawione w sprawozdaniu za okres od 21 maja do 31 grudnia 2009 r. wynika z nadrzdnego zadania: pacjent musi stać się podmiotem w obowiązującym systemie ochrony zdrowia oraz partnerem współpracującym z lekarzem w procesie leczenia. Warto w tym kontekście zauważyć, że ustawa o prawach pacjenta w obecnym brzmieniu jest wynikiem wieloletniej dyskusji przedstawicieli doktryny i praktyki w zakresie praw pacjenta. Ustawa o prawach pacjenta wyposaża urząd Rzecznika Praw Pacjenta w narzędzie, którego obok podejmowanych działań systemowych służy korygowaniu wad tego systemu, umożliwia do edukacji społeczeństwa w zakresie posiadanych przez niego praw i uprawnień do świadczeń zdrowotnych.

Należy podnieść, iż edukacja w rzeczonym zakresie jest niezbędna, ponieważ pacjenci nie są świadomi swoich praw, ale także i obowiązków, są w stanie wykorzystać, przy pomocy Rzecznika Praw Pacjenta, dane im przez ustawodawcę narzędzia. Prawa i uprawnienia do świadczeń zdrowotnych powinny jednocześnie stać się narzędziami kształtowania relacji pacjent-lekarz. Podporządkowana temu celowi organizacja Biura Rzecznika Praw Pacjenta pełni znaczącą rolę w realizacji zakreślonych zadań.

Należy stwierdzić, że najistotniejsze są działania systemowe prowadzące do korekty istniejących aktów normatywnych. Celem, proponowanych przez Biuro w okresie sprawozdawczym zmian, byłoby zagwarantowanie dostępu do świadczeń wysoce reglamentowanych, stosowanych w pojedynczych przypadkach lub wyjątkowo.

W omawianym zakresie działań systemowych Biuro podjęło czynności dotyczące:

nowelizacji unormowań odnoszących się do świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgniarskich i opieki społecznej w ramach opieki długoterminowej. Wystąpienie Rzecznika dotyczy przywrócenia dla chorych z niewydolnością oddechową, stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (w warunkach domowych) przy pomocy respiratora w sposób ciągły lub okresowy również przy użyciu różnorodnych ustników, masek czy kasków; weszło w życie w grudniu 2009 r.;

refundowania kosztu zakupu pomp insulinowych wraz z dopięciem do kosztu osprzętu do pomp osobom, które ukończyły 18. rok życia do czasu zakończenia studiów. Sprawa jest w toku;

okrelenia sposobu wyznaczania kryteriów kontynuacji leczenia dzieci i młodzieży preparatem o nazwie *Etanercept (Enbrel)* idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) i reumatoidalnego zapalenia stawów. Leczenie finansowane jako program terapeutyczny od 1 kwietnia 2010 r. Powstał specjalny program leczenia dzieci i młodzieży. Zastosowano trzy leki, które uzyskały rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych;

leczenia wysikowej postaci zwyrodnienia plamki żółtej z wiekiem (AMD) preparatem o nazwie *Ranibizumab (Lucentis)*. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, a wcześniej Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, od trzech lat czyniło starania o sfinansowanie programu terapeutycznego jako świadczenia gwarantowanego. Obowiązuje jako terapeutyczny program zdrowotny od 1 czerwca 2010 r.

Rzecznik Praw Pacjenta podejmie konkretne działania dotyczące przeglądu istniejących uregulowań prawnych w zakresie obowiązywania systemu ochrony zdrowia, wprowadzając korekty tam, gdzie są one pacjentowi.

ZAKOŃCZENIE

Analiza kilkumiesięcznej działalności Rzecznika Praw Pacjenta potwierdza słuszność powołania tego Urzędu w kształcie określonym przez ustawę o prawach pacjenta. Należy zauważyć, że jednym z najważniejszych praw człowieka jest prawo do ochrony zdrowia, zawarte w szeregu regulacji krajowych, jak i międzynarodowych. Tematyka, o której mowa powyżej stanowi także przedmiot zainteresowania Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu. Przez lata dominowała paternalistyczne podejście do pacjenta, a dzięki działalności Biura kadłdy zgłaszany przez pacjenta problem jest traktowany indywidualnie, a pacjent stał się podmiotem w postępowaniu leczniczym.

Zakres spraw kierowanych przez pacjentów wskazuje na potrzebę dalszego doskonalenia form i metod oddziaływania na system. Realizacja ustawowych funkcji, którą spełnia Rzecznik Praw Pacjenta podlega ciągłej ewaluacji, nie jest też wykluczona konieczność dalszych zmian w zakresie podstaw prawnych. Okres siedmiu miesięcy działalności Urzędu pozwolił obok wykonywania podstawowej misji na rzecz rozwiązywania problemów pacjentów, w kadłwie przygotować się organizacyjnie i logistycznie do podjęcia nowej funkcji społecznej.

Powołanie Rzecznika Praw Pacjenta stał się wypełnieniem luki w zakresie rzecznictwa interesów poszczególnych uczestników systemu zdrowotnego. Dotychczas pacjent jako podmiot korzystający ze świadczeń, nie posiadał takiego przestrzeni do skutecznego artykułowania swoich problemów.

Z do wiadomości Biura wynika, że system ochrony zdrowia w Polsce wymaga ulepszenia. Wiele placówek ochrony zdrowia znajduje się w krytycznej sytuacji finansowej. Zadłone są one nieraz w stopniu zagrażającym ich prawidłowemu funkcjonowaniu. Odbija się to na niekorzystnie na dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz jako ci usług medycznych. Sygnalizuje o zamykaniu oddziałów szpitalnych, np. onkologicznych, czy ewakuacja chorych do innych placówek, a także brak koncepcji, których realizacja miałaby doprowadzić do poprawy stanu rzeczy powodując, że poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego osiągnie niski poziom.

Za korzystne należy uznać wprowadzenie pakietu rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz warunków ich udzielania. Koszyk jest gwarantem dla pacjenta, ale również ograniczeniem usług

medycznych do niezbędnych, istotnych z punktu widzenia zdrowia obywateli w takim standardzie, na jaki pozwalają środki finansowe.

CZ DRUGA

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10aó10d

USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 r.

o ochronie zdrowia psychicznego

ZA OKRES

21 MAJAó31 GRUDNIA 2009 R.

WPROWADZENIE

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z pó n. zm. ó nowelizacja z 1 lipca 2005 r. Dz. U. Nr 141, poz. 1183), zwana dalej: *šustaw o ochronie zdrowia psychicznegoö*, wprowadziła od stycznia 2006 r. funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, zwanego dalej: *šRzecznikiemö*. Podstawowym zadaniem Rzecznika jest ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny w trakcie hospitalizacji (art. 10a oraz 10b ww. ustawy).

Przed Rzecznikiem zostały postawione trzy podstawowe wymagania: 1) musi być łatwo dostępny i sędziwi kszo czasu na regularnych wizytach oddziałów; 2) być rozpoznawalnym, budzącym zaufanie; 3) być niezależnym od dyrektora szpitala.

Osoby pełniące funkcję Rzeczników do maja 2009 r. były pracownikami Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, zwanego dalej: *šBiuremö* (art. 10 d ww. ustawy, § 5 pkt 2 *Regulaminu Organizacyjnego Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia* stanowił załącznik nr 2 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2006 r. w sprawie *Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia*, Dz. Urz. MZ Nr 07, poz. 29), umiejscowienie takie miało za zadanie zapewnić skuteczniejsze przestrzeganie praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Z dniem wejścia w życie ustawy o prawach pacjenta ó Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego stali się pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Biuro sprawuje nadzór merytoryczny oraz wynikający ze stosunku pracy nad działaniami

osób pełniących powyższych funkcji. Rzecznicy w codziennym wykonywaniu należących do nich ustawowych zadań kontaktują się z Biurem za pośrednictwem bezpłatnej infolinii lub za pośrednictwem Internetu.

Rzecznik obejmuje swym działaniem pacjentów przebywających w szpitalu psychiatrycznym, oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, klinikach psychiatrycznych, i innych zakładach opieki zdrowotnej sprawujących całonocną opiekę psychiatryczną lub odwyklową.

W okresie sprawozdawczym w Biurze zatrudnionych było 20 osób pełniących funkcję Rzecznika. Osoby te w miesiącach maj – grudzień realizowały swoje zadania w 41 zakładach opieki zdrowotnej na terenie 14 województw.

Z uzasadnienia do nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wynika, iż docelowo ma być nawiązany stosunek pracy z 50 osobami pełniącymi funkcje Rzeczników.

ROZDZIAŁ I.

ZADANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

W okresie sprawozdawczym Rzecznicy wypełniali swoje zadania na terenie placówek, których wykaz stanowi załącznik nr 3 do niniejszego sprawozdania.

Zgodnie z przepisami art. 10b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należą w szczególności:

- 1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego;
- 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób;
- 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób;
- 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej na terenie, którego Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonuje swoje zadania, zapewnia warunki do wykonywania tych zadań, w szczególności:

- umożliwia przyjmowanie przez Rzecznika skarg od osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego;
- udostępnia pomieszczenia przeznaczone do odbywania spotkań z osobami, o których mowa powyżej.

ROZDZIAŁ II.

SPOSOBY DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

2.1. Normatywnie określone zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Zgodnie z unormowaniem art. 10 b ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Rzecznik w celu realizacji zadań ma prawo do:

- 1) wstępu do szpitala psychiatrycznego;
- 2) wystąpienia z wnioskiem do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podmiotów, które utworzył ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń;
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.

Natomiast w myśl § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16, poz. 126) Rzecznik realizuje swoje zadania w szczególności przez:

- 1) przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem oraz ocenę zasadności skargi;
- 2) zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej;
- 3) pomoc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji;
- 4) udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona.

2.2. Charakterystyka poszczególnych form działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Działno interwencyjna polega na najszybszym reagowaniu na każdy sygnał pochodzący od pacjentów, jego rodziny, personelu oraz wynikający z własnych obserwacji Rzecznika, dotyczący wszelkich naruszeń praw pacjenta.

Przedmiotowa działno dzieli się na interwencje o charakterze: 1) sformalizowanej sprawy załatwianej w drodze ugody, mediacji, pogodzenia sporów, wyjaśniania nieporozumień powstałych między pacjentem a personelem medycznym; 2) sformalizowanej wystosowanie wniosku ustnego (pisanego) dotyczącego natychmiastowego naprawienia sytuacji naruszającej prawa pacjenta np.: poprawienie sytuacji pacjenta unieruchomionego (wnioskowanie do personelu o natychmiastowe: ubranie pacjenta, poluzowanie pasów, zmianę prześcieradła, podanie materiału pod unieruchamiającymi pasami, itd.).

W wyniku powyższego Rzecznik najczęściej podejmuje następujące interwencje pisemne związane np. z przypuszczeniem, iż doszło do naruszenia praw pacjenta lub z sygnalizowaniem przez Rzecznika o sprawach mających znaczący wpływ na warunki hospitalizacji: złe warunki bytowe w oddziałach, konieczność przeprowadzania remontów, ograniczony dostęp do ciepłej i zimnej wody, brak ogrzewania, niski stan sanitarny pomieszczeń, problem palenia papierosów w oddziale itp.

Działno interwencyjna widzi się w większości przypadków z koniecznością przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego (wyjaśnienie sprawy z personelem medycznym, zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjenta, zapoznanie się z opiniami innych pacjentów, rozmowy z rodziną oraz z innymi pacjentami w celu zbadania skali problemu).

Działno doradcza (informacje z zakresu obowiązujących przepisów prawa) na równi z działno ci edukacyjną (konsultacyjno-informacyjną) stanowi najczęstszą formę pomocy udzielanej pacjentom oraz ich rodzinom.

Powyższa działno ma charakter spotkania indywidualnych w trakcie, których omawiane są konkretne sprawy i problemy wnoszone na bieżąco przez pacjentów i ich rodziny.

Poprzez informowanie pacjenta następuje konfrontacja jego oczekiwań z wyobrażeniami z przysługującymi mu ustawowo prawami. Rola Rzecznika w tym miejscu polega

na wyjaśnieniu kwestii: czy w przedstawionej sprawie rzeczywiście doszło do naruszenia obowiązków przepisów prawa.

W sytuacji, gdy sprawy, z którymi zgłaszają się pacjenci (lub ich rodziny) wykraczają poza zakres ustawowych zadań powierzonych na Rzecznika doradczą pacjentowi, kto w danej sytuacji może mu pomóc, i jak tę pomoc uzyskać. Do takich sytuacji należy przekazywanie pacjentom informacji o możliwości skorzystania z darmowej porady prawnej organizowanej przez samorządy zawodów prawniczych, fundacje, stowarzyszenia itd. W razie potrzeby pomaga w sporządzaniu i złożeniu pism do odpowiednich instytucji (np. właściwego miejscowo sądu, Krajowej Komisji Psychiatrycznej ds. Rodziców Zabezpieczających, właściwego miejscowo ośrodka pomocy społecznej), realizując tym samym powierzone na niego obowiązki wynikające z § 1 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

W ramach realizacji rzeczonych zadań Rzecznik pomaga pacjentom w formułowaniu pism urzędowych takich jak: wnioski o adwokata z urzędu, wnioski o wydanie opinii biegłego, wnioski o przesunięcie postanowienia z uzasadnieniem, wnioski o przywrócenie terminu, wnioski o ksero dokumentacji medycznej, wnioski o zwołanie konsylium lekarskiego, wnioski o zniesienie ubezpieczenia, wnioski o zmianę ubezpieczenia całkowitego na częściowe.

W przedstawionej powyżej sytuacji, w miarę konieczności Rzecznik korzysta z konsultacji odpowiednich pracowników zakładów opieki zdrowotnej (ordynatora, lekarza prowadzącego pacjenta, pielęgniarki oddziałowej, pracownika socjalnego). Rzeczony konsultacje mają na celu ukazanie całości sytuacji, dzięki czemu Rzecznik przekazuje pacjentowi, jak najszerszy zakres zdobytej informacji. Powyższe konsultacje zmniejszają także niebezpieczeństwo podjęcia przez Rzecznika działań wyjaśniających skargi wynikające wprost z dostrzeganych przez pacjenta objawów choroby psychicznej. Nadmieniam jednak należy, i poza sytuacjami zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta lub innych osób Rzecznik nie może powiadomić personelu o treściach zastrzeżonych przez chorego.

Działalność informacyjno-edukacyjna (spotkania w grupach) ma na celu podnoszenie wiadomości pacjentów z zakresu obowiązków przepisów prawa (w szczególności praw

człowieka, praw pacjenta, kwestii dotyczących warunków ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego), wykłady połączone z dyskusjami uczestników spotkania, w których uczestniczą również personel medyczny.

Charakter spotkań i ich tematyka są dostosowywane do konkretnego oddziału i do potrzeb hospitalizowanych tam pacjentów. Przybierają one najczęściej formę: wykładów w oddziale ogólnopsychiatrycznym lub te warsztatów w formie kierowanej dyskusji w oddziale dzieci-co-międzyowe, oddziale leczenia uzależnień.

Pacjenci podczas spotkań mają okazję zadawać pytania, wyrażać wątpliwości, skonfrontować własne wyobrażenia o prawach pacjenta z rzeczywistymi unormowaniami prawnymi, podzielić się własnym doświadczeniem w dochodzeniu praw. W trakcie omawianych spotkań pacjenci mają ponadto możliwość umówienia się na konkretne indywidualne spotkanie dotyczące określonej skargi oraz otrzymania informacji związanej z praktycznymi sposobami rozwiązywania zgłaszanych problemów.

Działalność kontrolna systematyczne zbieranie informacji o pacjentach przy tych i leczonych bez zgody, kontakt ze wskazanymi przez innych pacjentów lub personel medyczny pacjentami, systematyczne wizyty w salach obserwacyjnych, kontrola zasad stosowania przymusu bezpodległego, analizowanie sytuacji związanych z bezpieczeństwem pacjentów w oddziale (próby samobójcze, ucieczki ze szpitala, spożywanie alkoholu itp.) Rzecznik w szczególności ustala: czy pacjenci informowani są o przysługujących im prawach i obowiązkach, czy informacja ta jest łatwo dostępna, czy pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia, czy mają prawo wglądu we własną dokumentację medyczną, czy wyraźnie wiadomo zgodna na wykonywane procedury i zabiegi, czy krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w sprawowaniu opieki nad chorym, czy opieka nad pacjentem sprawowana jest z zachowaniem intymności i godności, czy pacjent i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania pracowników szpitala, czy pacjenci mają możliwość korzystania z telefonu, czy mają zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej, czy unieruchomiony pacjent znajduje się w pobliżu personelu pielęgniarskiego, czy stosowane były podkładki zabezpieczające pasy, czy pacjent był ubrany.

Wyjaśnienie skarg pacjentów powinno być z kontrolą dokumentacji medycznej pacjenta⁸⁸. Rzecznik analizował wszystkie aspekty w zakresie procedur postępowania szpitala w przedmiocie przyjęcia bez zgody (przestrzegania terminowego zawiadamiania szpitala oraz możliwości osobistego uczestnictwa pacjenta w rozprawie sądowej), analizował dokumentację w przedmiocie zastosowania przymusu bezpodległego (m.in. Kartę Zastosowania Unieruchomienia i Izolacji). Przedmiotowa analiza dokumentacji dokonywana była w szczególności w aspekcie uwalniania pacjenta w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, czasu trwania zastosowania przymusu, przesłanki legalności zastosowania określonych form przymusu bezpodległego. Ponadto Rzecznik ustalał czy w dokumentacji medycznej zamieszczona jest adnotacja o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi o tym, że ma być zastosowany wobec niej przymus bezpodległy.

Rzecznik kontrolował warunki sposobu żywienia pacjentów, udzielania pomocy w sposobu żywienia pacjentów osobom niezdolnym do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, warunki pobytu, w tym stan czystości i stan techniczny pomieszczeń, oraz urządzenia sanitarnych, kontrolował temperaturę i wentylację pomieszczeń, zabezpieczenie okien i podłogę w ciepłej wodzie. Rzecznik podejmował także interwencje w sytuacji zgłaszania do niego skarg związanych ze zżyciem jako ci otrzymywanych w szpitalu pacjentów: niedogotowane i zimne jedzenie, niehigieniczne formy wydawania pacjentów.

Przedmiotem zainteresowania Rzeczników było również sposób organizacji czasu wolnego pacjentów. Poczynione działania miały na celu ustalenie, czy pacjenci mają zapewnioną możliwość korzystania ze spacerów na terenie rekreacyjnym szpitala oraz jak przebiega realizacja całego procesu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Obserwacje i rozmowy z pacjentami ukierunkowane były również na ustalenie, czy zapewnione jest bezpieczeństwo pobytu pacjentów m.in. w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej, tj. zapewniania całonocnej obsady pielęgniarskiej na wszystkich odcinkach oddziałów. Kontrola dotyczyła także dostępu do konsultacji specjalistycznych oraz sprawowania opieki lekarskiej poprzez wykonywanie codziennych obchodów lekarskich w oddziałach. W powyższym zakresie Rzecznik podejmował także działania kontrolne w odniesieniu do sytuacji wystąpienia zamachów samobójczych w szpitalu: analiza sytuacji

⁸⁸ Art. 10b ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

pacjenta oraz działań podejmowanych przez personel w oddziale przed zamachem, analiza sposobu zachowania się personelu medycznego w powyższej sytuacji.

W zakresie powyższej formy działalności wpisuj się również do kontroli dostępu do informacji o regulaminach wewnętrznych, możliwości i sposobie kontaktu z Rzecznikiem. Rzecznicy w powyższym kontakcie podejmowali działania mające na celu zmianę ewentualnych przepisów wewnętrznych, które w sposób jawny stały w sprzeczności z prawami pacjenta.

Kontrola dokumentacji medycznej pacjenta (za jego pisemnie wyrażoną zgodą). Badana była przede wszystkim dokumentacja trzech kategorii pacjentów:

- a) przyjętych do szpitala za ich zgodą;
- b) przyjętych bez zgody;
- c) przyjętych do szpitala psychiatrycznego na podstawie innych ustaw niż ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Ad. a)

Zakres analizy dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów przyjętych do szpitala za ich zgodą uwzględnia następujące ustalenia:

czy przyjęcie do szpitala zostało poprzedzone osobistym badaniem przez lekarza wyznaczonego do tej czynności, który stwierdził i wskazał do przyjęcia (art. 22 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)?

w jaki sposób udokumentowano wyrażenie przez pacjenta pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala (podpis imieniem i nazwiskiem), moment wyrażenia przez pacjenta zgody (czy jeżeli zgoda była wyrażona dopiero w oddziale, zawiadomiono o niej opiekę czy)?

czy pacjent został poinformowany przez lekarza o stanie zdrowia, sposobie leczenia, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć w następstwie ich zastosowania albo zaniechania oraz wynikach leczenia?

czy przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego stosowanych wobec pacjenta uwzględniono nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi, a dążenie do osiągnięcia poprawy stanu

zdrowia zrealizowano z zachowaniem zasady najmniej uciążliwej dla tej osoby (art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)?

czy pacjent leczony farmakologicznie był informowany o skutkach ubocznych przyjmowanych leków oraz o prawidłowych i typowych reakcjach na leki?

czy w przypadkach, gdy wypisanie pacjenta nastąpiło na własne żądanie, zostało one pisemne o wiadczenie o wypisaniu ze szpitala na żądanie (czy w dokumentacji medycznej jest adnotacja lekarza w tym zakresie) oraz czy pacjent został poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu (art. 22 ust. 3 ustawy o zasadach opieki zdrowotnej)?

Ad. b)

Zakres analizy dokumentacji medycznej dotyczy cy pacjentów przyjmowanych bez zgody w trybie świątym (art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), w trybie „przymusowej obserwacji” (art. 24), w trybie śwnioskowym (art. 29) obejmować.in. poni sze sprawy:

- czy pacjent został poinformowany o przyczynach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego?
- czy przyjęcie pacjenta zostało zatwierdzone przez ordynatora w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia oraz czy kierownik szpitala w ciągu 72 godzin (od chwili przyjęcia) zawiadomił o powołaniu s d opieku czy w miejscu siedziby szpitala (art. 23 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)?
- czy pacjent został wysłuchany przez s dziego wizytującego szpital w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia oraz czy pacjent miał możliwość uczestniczenia w rozprawie?
- czy o wypisaniu ze szpitala pacjenta przyjętego bez zgody zdecydował ordynator i w dokumentacji medycznej odnotowano uzasadnienie okoliczności ustalenia bezpodległego zagrożenia dla życia tej osoby albo życia i zdrowia innych osób oraz czy kierownik szpitala zawiadomił o powołaniu s d opieku czy?
- w przypadkach złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, rodziców, krewnych w linii prostej

był osobą sprawującą faktyczną nad nim opiekę (po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia o opiece nad nim w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody w tym szpitalu), czy dane takie, jeżeli one w dowolnej formie, zostały odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 36 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)?

- czy w przypadku odmowy wypisania ze szpitala pacjent był ww. osoby zgłaszającej dane wypisania zostały powiadomione o możliwości oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala (7 dni od powiadomienia o odmowie art. 36 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)?

Ad. c)

Zakres analizy dokumentacji medycznej dotyczy osób przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego na podstawie innych ustaw, niż ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (dotyczy osób przebywających m.in. na podstawie: art. 94 Kodeksu karnego, art. 203 Kodeksu postępowania karnego., art. 12 ustawy z 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r., Nr 33, poz. 178, z późn. zm.), art. 27 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.), art. 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.), oraz innych). Analiza dokumentacji medycznej ww. osób obejmowała następujące ustalenia:

jak długo był pobyt tych osób w szpitalu na obserwacji?

czy w przypadku osób przyjętych na obserwację na podstawie art. 203 Kodeksu postępowania karnego pobyt w szpitalu był przedłużony powyżej 6 tygodni, jeżeli tak to na jak długo i z jakich przyczyn?

jakie były wyniki prowadzenia obserwacji (rozpoznanie bądź brak rozpoznania)?

2.3. Prowadzenie dokumentacji: skarg, podjętych działań i wykonywanych czynności przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Wyżej wymieniona dokumentacja prowadzona przez Rzecznika dzieli się na:

indywidualną, odnoszącą się do skarg lub pytań poszczególnych pacjentów;

zbiorczą, dotyczącą poszczególnych rodzajów skarg lub pytań.

Przechowywanie i ochrona dokumentacji odbywa się zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej⁸⁹.

2.4. Formy kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Do Rzecznika można zwrócić się bezpośrednio, telefonicznie, w formie pisemnej lub też wrzucając pisma (skargi, wnioski, pytania) do skrzynki zawieszanej na drzwiach gabinetu Rzecznika, można do niego skierować także wiadomość w formie elektronicznej, na adres umieszczony na stronach internetowych danego szpitala.

Rzecznik zamieszcza na tablicach informacyjnych, w izbie przyjęć i oddziałach szpitala psychiatrycznego informacje o możliwości korzystania z jego pomocy przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej opiekę faktyczną nad pacjentem (dni, godziny i miejsce przyjęcia Rzecznika). Rzeczone informacje coraz częściej umieszczane są na stronach internetowych szpitala.

Powszechną formą kontaktu Rzecznika z pacjentem jest osobista wizyta Rzecznika w oddziale, wizyty te odbywają się w związku:

z wizyt w oddziale zainicjowanych przez Rzecznika;

na prośbę pacjenta w następstwie uprzednio umówionej wizyty;

po informacji uzyskanej od personelu szpitala lub innych pacjentów.

⁸⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia (Dz. U. Nr 247, poz. 1819).

ROZDZIAŁ III.

RELACJA PACJENTA Z RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

W analizowanym okresie sprawozdawczym nie zaobserwowano żadnych istotnych zmian w przedmiotowym zakresie. Stosunek pacjentów do osoby pełniącej funkcję Rzecznika jest bardzo pozytywny. Rzecznik jest osobą znaną i rozpoznawalną przez pacjentów.

Charakteryzując niniejszą relację stwierdzić należy, iż pacjenci w osobie Rzecznika upatrują reprezentanta ich praw, mediatora i negocjatora, przede wszystkim w rozwiązywaniu spraw związanych z pobytem w szpitalu.

Na relacje zachodzące między pacjentem a Rzecznikiem mają wpływ takie czynniki jak: osobowość pacjenta, objawy jego choroby, długość lub częstotliwość hospitalizacji pacjenta w szpitalu, wcześniejsze doświadczenia w kontakcie z Rzecznikiem, zasób wiedzy ogólnej, zawodowa aktywność pacjenta lub jej brak, relacje pacjenta z rodziną. Nastawienie pacjentów względem Rzecznika ponadto w dużej mierze zależy od ich oczekiwań, wiedzy na temat funkcji Rzecznika, od specyfiki spraw, z którymi się zgłaszają i ich stanu psychicznego oraz formy przyjęcia do szpitala: za zgodą lub bez zgody (specyfika zaburzenia).

Pacjenci głównie liczą na rzetelną informację uzyskaną od Rzecznika, na poradę z zakresu obowiązujących przepisów prawa, a nawet wręcz bezpośrednią pomoc w rozwiązaniu (lub rozwiązaniu) zgłaszanych przez nich problemów.

Większość pacjentów zgłasza się z konkretnymi sprawami. Są to pacjenci, którzy obawiając się zwrócić się o pomoc do Rzecznika mają przedświadczenie, że będzie to źle postrzegane przez personel medyczny lub przez innych pacjentów (co wpłynie negatywnie na ich proces leczniczy oraz na warunki hospitalizacji). Dlatego też z racji na większy zakres odczuwanego bezpieczeństwa pacjenci zgłaszają liczne sprawy w trakcie omówionych zajęć edukacyjnych.

Ważną informacją dla pacjentów jest fakt, iż stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest niezależne zarówno od dyrektora placówki. Ma to wpływ na zaufanie, jakim pacjenci obdarzają Rzecznika oraz wiadomo, że Rzecznik jest dla pacjenta i reprezentuje jego interesy. Powyższe niezależności ma charakter rozstrzygający, w kwestii zwrócenia się pacjenta do Rzecznika o pomoc w konkretnej sprawie.

Często wnoszonych przez pacjentów spraw wykracza poza ramy zadaniowe Rzecznika. Pacjenci opowiadają o sprawach, które nie są związane z pobytem w szpitalu, przykładowo poruszają całe wachlarz problemów, z którymi stykają się po wyjściu ze szpitala ze stygmatyzacją społeczną, etykiet nadaną przez społeczeństwo: chorego psychicznie i jej społeczne konfrontacje (przejawy strachu wobec choroby, niezrozumienia i nietolerancji). Pacjenci zwracają się również z pytaniami o możliwość uzyskania renty, zasiłku, skierowania do domu pomocy społecznej. Oczekują pomocy, wsparcia, porady lub po prostu aktywnego słuchania. Pacjenci zwracają się również z prośbą o chwilę rozmowy, spędzenia z nimi czasu w oddziale lub podczas spaceru. Podkreślajmy, i ważne jest dla nich pozytywne nastawienie Rzecznika i stać z nim kontakt.

Drugą barierą w komunikacji stwarza specyfika niektórych zaburzeń psychicznych oraz stan zdrowia pacjenta w momencie zgłoszenia się do Rzecznika. W przypadkach takich praktykuje się odroczenie wizyty o parę dni przy jednoczesnym monitorowaniu możliwości nawiązania z danym pacjentem kontaktu. Tego typu decyzje poprzedzone zostają najczęściej uzyskaniem od lekarza prowadzącego/ordynatora informacji dotyczących specyfiki problemu zdrowotnego pacjenta.

Przyjmując, że wiedza pacjenta, i jest na miejscu osoba, do której może się zwrócić o pomoc, poprawia jego samopoczucie. Na pewno nie pozostaje to bez pozytywnego wpływu na proces terapeutyczny, ponieważ pacjentami szpitali psychiatrycznych są w dużej części osoby, które w swoim rodowisku nie mają właściwego wsparcia ze strony najbliższych. Poprzez taki charakter relacji oparty na podtrzymywaniu stałego kontaktu z pacjentem, empatii, serdeczności, okazywaniu pacjentowi zrozumienia i dostrzeganiu jego potrzeb, Rzecznik buduje relacje bazujące na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa hospitalizowanego pacjenta. Domniemywać więc należy, iż charakter wspomnianej relacji może mieć istotne znaczenie terapeutyczne.

Oprócz powyższego, Rzecznicy zanotowali również negatywne reakcje pacjentów w relacji z Rzecznikiem: pacjenci bywają roszczeniowi, wulgarni, agresywni werbalnie, straszą żądaniem skargi na Rzecznika, jeżeli Rzecznik nie może spełnić ich żądań lub żądania przez pacjenta skarga, która po dokonaniu oceny jest bezzasadna lub nie należy do kompetencji Rzecznika (np.: danie natychmiastowego wypisu ze szpitala, danie przeniesienia do innej placówki osoby, wobec której wykonywany jest radek zabezpieczający).

Miary satysfakcji pacjenta w kontakcie z Rzecznikiem jest:

- 1) dostępność Rzecznika;
- 2) rzetelna informacja prawna (przekazana pacjentowi w sposób zrozumiały);
- 3) kształtowanie w pacjencie poczucia, że jego problem jest dla Rzecznika istotny oraz indywidualny;
- 4) szybkie, sprawne załatwienie sprawy (brak opieszczałości w działaniach podejmowanych przez Rzecznika);
- 5) dalsze (po zakończeniu postępowania wyjaśniającego) monitorowanie przebiegu hospitalizacji pacjenta;
- 6) postawa Rzecznika w relacji z pacjentem świadcząca o pełnym profesjonalizmie (aktywne słuchanie, cierpliwość, akceptacja, opanowanie i bezstronność);
- 7) relacja między podmiotami.

ROZDZIAŁ IV.
WSPÓŁPRACA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA
PSYCHIATRYCZNEGO Z RODZINĄ PACJENTA,
PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM,
OPIEKUNEM PRAWNYM LUB FAKTYCZNYM

W okresie sprawozdawczym kontakt z rodziną pacjenta, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym być przede wszystkim (tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym) niezbędnym w przypadku konieczności np.: wyrażenia zgody na wgląd Rzecznika w dokumentację medyczną hospitalizowanego pacjenta (który nie był w stanie lub z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa nie mógł takiej zgody wyrazić).

Rodziny pacjentów (lub przedstawiciele ustawowi, opiekunowie prawni, faktyczni) mają możliwość kontaktowania się z Rzecznikiem telefonicznie (najczęstsza forma), osobiście w gabinecie Rzecznika oraz pisemnie.

Rzecznicy ze swej inicjatywy organizowali również spotkania grupowe dla rodzin (organizowane na terenie szpitala spotkania informacyjno-edukacyjne). Tematyka dostosowana jest do potrzeb uczestniczących w nich osób, a dotyczy głównie zagadnień z zakresu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W powyżej wymienionej grupie zaznacza się specyfika osób, które ogólnie podzielimo na:

- a) osoby faktycznie działające na rzecz pacjenta: są to głównie osoby bezsilne wobec choroby psychicznej w rodzinie, oczekują od Rzecznika wsparcia i zrozumienia oraz informacji o obowiązujących przepisach prawa. Rzecznik oprócz powyższego zakresu informowania, wskazuje również możliwość udziału w grupach wsparcia, psychoedukacji dla rodzin; Rzecznik dostarcza także kontakt do organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom chorym psychicznie oraz ich rodzinom,
- b) osoby pozornie działające w trosce o pacjenta: zwracają się do Rzecznika o udzielenie informacji w zakresie dotyczącym ubezwłasnowolnienia całkowitego, przymusowej hospitalizacji, przymusowego umieszczenia w Domu Pomocy

Społecznej, dochodów pacjenta (np.: renta, emerytura) itp. charakterystyczny u tych osób jest brak chęci rzeczywistej pomocy pacjentowi, a raczej potrzeba uwolnienia się od osoby chorej psychicznie.

Rzecznicy mając w tym względzie, co do intencji rodzin przychodzących do niego w sprawie hospitalizowanego pacjenta, zwracają się z prośbą o informację do lekarzy, z którymi osoby te miały kontakt, w celu uzyskania szerszego spectrum danej sytuacji. Dzięki temu kilkakrotnie udało się Rzecznikom zainterweniować i zapobiec niekorzystnej dla pacjenta sytuacji.

Rzecznicy z uwagi na podmiotowość pacjenta proszą o zgodę na rozmowę z jego rodziną. Na ogół pacjenci chętnie przystają na takie propozycje. Jednakże podobnie jak w poprzednich okresach sprawozdawczych, Rzecznicy zaobserwowali, iż rodziny unikają z nimi kontaktu dając wiadomość o tym, że nie identyfikują się z problemami hospitalizowanego pacjenta.

Problemem, z którym Rzecznicy nadal się spotykają, jest kwestia odbioru ze szpitala niechcianego pacjenta przez rodzinę, który nie kwalifikował się do samodzielnego wypisu. W sytuacji braku zainteresowania ze strony rodziny losem pacjenta, szpital składa wniosek o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej.

W odniesieniu do podejmowanej tematyki należy dodać, iż Rzecznicy niejednokrotnie proszeni byli o konsultację, dotyczącą sytuacji ograniczenia możliwości kontaktu z rodziną pacjenta: dostrzeganie przez personel negatywnego wpływu rodziny na pacjenta, podburzanie pacjenta przez rodzinę, zakłócanie spokoju w oddziale, odwiedzanie pacjenta przez osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu, danie wypisania małoletniego pacjenta stanowi cego zagrożenie dla swojego zdrowia i życia.

ROZDZIAŁ V.

RELACJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z PRACOWNIKAMI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

W omawianym okresie sprawozdawczym współpraca Rzecznika z pracownikami szpitali psychiatrycznych nie zmieniła się w porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego. Zmiany w zakresie podejścia do funkcji, jak Rzecznik pełni w szpitalu, zarówno przez dyrektorów, jak też ordynatorów poszczególnych oddziałów, nastąpiły w konsekwencji radykalnych interwencji podjętych przez Rzecznika oraz przez Biuro w latach poprzednich. W omawianym okresie sprawozdawczym nie było konieczności podejmowania działań interwencyjnych w przedmiotowym zakresie.

Niestety nadal istnieje niezadowolenie, jak wynika z wypowiedzi personelu medycznego z wizytowania przez Rzecznika oddziałów szpitalnych (jednak i w zdecydowanie mniejszym zakresie niż było to w latach poprzednich). Personel uważa, że Rzecznik powinien przebywać w swoim gabinecie i tam oczekiwać na pacjentów, czy też ich rodziny. Postrzegają tę sferę działania Rzecznika, jako swego rodzaju nadgorliwość i nakłanianie pacjentów do składania skarg. Zaznaczyć należy, iż takie postrzeganie pracy Rzecznika pozostaje w sprzeczności z uzasadnieniem do nowelizacji z dnia 1 lipca 2005 r. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym przed Rzecznikiem został ustanowiony m.in. wymóg: szybkość dostępu do pomocy musi spędzać w tym czasie na regularnych wizytach oddziałów, oraz być rozpoznawalnym przez pacjentów i wzbudzać zaufanie.

Osoby pełniące funkcję Rzeczników odbierają to, jako próbę ograniczenia dostępu do pacjentów.

Podkreślenia wymaga współpraca Rzeczników z Konsultantami Wojewódzkimi, która jest szczególnie efektywna m.in. z prof. Ireną Namysłowską, prof. Jolantą Rabe-Jabłońską, prof. Aleksandrem Araszkieviczem oraz prof. Jackiem Wciórkiem.

W przywołanym kontekście na uwagę zasługuje także fakt, iż Rzecznicy stali się swego rodzaju stałymi konsultantami udzielającymi wsparcia w sytuacji trudnego zagadnienia prawno-etyczno-medycznego: leczenie oraz stosowanie przymusu bezpodstawnego wobec kobiet w ciąży, stosowanie przymusowej kąpieli wobec skrajnie zaniedbanych pacjentów,

możliwość przeszukania rzeczy osobistych pacjenta, możliwość ograniczenia kontaktu z rodziną itd.

ROZDZIAŁ VI.

NAJCIĘŻYJ REJESTROWANE SPRAWY DOTYCZĄCE NIEPRZESTRZEGANIA PRAW PRZEDMIOTOWEJ GRUPY PACJENTÓW

6.1. Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia

Podstawa prawna: art. 9 ustawy o prawach pacjenta; art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza.

Przykłady naruszeń :

- z powodu braku informacji pacjenci nie są świadomi przebiegu oraz sposobów leczenia, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć w następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowania;
- pacjenci nie są informowani o skutkach ubocznych przyjmowanych przez nich leków, jakie są prawidłowe i typowe reakcje na leki. Często nie wiedzą, jakie leki są im podawane i nie znają ich nazw, sposobu działania, skuteczności itd. Niewiedza ta nie jest elementem wspomagającym (wpływa negatywnie na proces leczenia) proces leczenia. Pojawia się poczucie niesprawiedliwości, a czasami wręcz brak zaufania do lekarza prowadzącego;
- pacjenci czują się niedoinformowani, w szczególności zwracają uwagę, iż lekarze zbyt mało czasu i uwagi poświęcają im, rozmawiają z nimi w pośpiechu, nie zawsze ich słuchają, okazują zniecierpliwienie. Zdaniem pacjentów rozmowa z lekarzem jest bardzo ważnym elementem leczenia;
- często z nazw rozpoznania jednostki chorobowej pacjenci mogli się zapoznać dopiero w chwili, gdy opuszczali szpital na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

Działania podjęte przez Rzeczników:

- wystąpienia ustnie i pisemnie do dyrektorów ds. lecznictwa, ordynatorów oraz lekarzy prowadzących z wnioskiem o przekazywanie szczegółowych informacji pacjentom (w bezpośredniej rozmowie) dotyczących procesu leczenia (m.in. uzasadnienie zaordynowanych środków farmakologicznych, po danych efektów i ewentualnych

- objawów ubocznych). Przedmiotem występowania będzie również wnioskowanie o wykazanie się w sposób cierpliwy i z zrozumieniem ze strony lekarza prowadzącego;
- omówienie przedmiotowego problemu na spotkaniach z lekarzami, ordynatorami zorganizowanych przez dyrektorów placówek;
 - edukacja i motywowanie pacjenta do aktywnej postawy w procesie leczenia, zachęcanie pacjentów do interesowania się procesem leczniczym i zadawania pytań lekarzowi prowadzącemu;
 - prowadzenie w oddziałach tzw. „Treningu rozmowy z lekarzem”;
 - ustalenie terminu spotkania pacjenta z lekarzem celem omówienia wszelkich kwestii dotyczących leczenia;
 - organizowanie odrębnych zajęć dla lekarzy na temat m.in. prawa pacjenta do uzyskania informacji.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- polepszenie relacji między pacjentem a lekarzem, większe zaangażowanie pacjenta do aktywnego uczestnictwa w procesie leczniczym, obdarzenie większym zaufaniem lekarza prowadzącego;
- udział lekarzy na zebraniach społeczności pacjentów w celu lepszego kontaktu z pacjentami;
- udzielanie pacjentom wyczerpujących wyjaśnień w zakresie aktualnego stanu zdrowia, zaordynowanych środków farmakologicznych, szczególnie w dalszym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, rokowania na przyszłość.

6.2. Prawo pacjenta do informacji o przysługujących mu prawach

Przykłady naruszeń:

- nieinformowanie pacjenta o treści art. 36 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowiącego o warunkach złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala;
- nieodnotowanie w dokumentacji medycznej faktu złożenia wniosku o nakazanie wypisania, brak informacji o przyczynach odmowy oraz o sposobie złożenia wniosku do właściwego sądu opieki zdrowotnej;

- pacjenci przyjmowani po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego bez zgody nieznajomych im osób, w tym przyjeżdżających z zagranicy, dlatego odwiedza ich szpitalista, aby wyjaśnić im postępowanie szpitala w sprawie zasadnego przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego z postępowaniem o ubezwłasnowolnienie, co wzbudza w nich lęk i agresję. W tej sytuacji personel nie udziela wyczerpujących informacji oraz nie ułatwia pacjentom poruszania się w tej trudnej materii, np. podając ogólne stwierdzenia, np. „przyjdzie się do szpitala, żeby rozprawić się z tym, co pan się stało”, „nie widzimy potrzeby, by pan uczestniczył w rozprawie”, co powiększa i tak już istniejącą niepokój pacjenta. Zrozumiała reakcją staje się wycofanie się osób chorych, która pozwala „ciszą” przesiedzieć czas hospitalizacji oraz pozorne przyzwolenie na podejmowanie działań leczniczych (w kontekście tym Rzecznicy dostrzegają problem braku ustaleń pomiędzy władzami szpitala a szpitalistą w kwestii organizowania przewozu ww. grupy pacjentów na posiedzenia szpitalne);
- brak udzielania dokładnych informacji dotyczących okoliczności umieszczenia w szpitalu w tzw. trybie wnioskowym w oparciu o art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- brak wyjaśnienia specyfiki leczenia oraz przysługujących praw w związku z hospitalizacją pacjenta w oparciu o art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (10-dniowa obserwacja);
- niezrozumiałe i słabe umiejętności przekazywania informacji przez personel medyczny. Przedmiotowe informacje udzielane są w sposób skrótowy, niejasny lub dyrektywny. W związku z tym powstaje trudność oceny odbioru tych treści ze względu na problemy z ich percepcją (ze strony pacjenta), jak też niejasny przekaz (ze strony personelu).

Działania podjęte przez Rzeczników:

- ustne wystąpienia do dyrektorów placówek i ordynatorów oddziałów z wnioskiem o pouczenie personelu medycznego o niezbędnym zakresie informowania pacjentów w poszczególnych etapach hospitalizacji;
- spotkania informacyjno-edukacyjne oraz spotkania indywidualne dotyczące możliwości złożenia wniosku o nakazanie wypisania;

- przeprowadzanie z pacjentami spotkań dotyczących procedur związanych z przymusowym leczeniem.

Efekty podjętych działań :

- dokładne informowanie pacjentów przez ordynatora o możliwościach wypisania ze szpitala w trybie art. 36 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- prawidłowe informowanie pacjentów o przysługujących im prawach przez personel medyczny oraz zmiana postaw personelu wobec pacjenta;
- zwracanie się personelu medycznego o pomoc merytoryczną do Rzecznika (szczególnie na etapie izby przyjęć);
- zwracanie się do Rzecznika z prośbą o obecność podczas przyjmowania pacjenta do szpitala bez zgody wspomniana szczerze i uspokaja pacjenta;
- personel medyczny na bieżąco informuje Rzecznika o pacjentach, którzy wyrażają chęć spotkania z Rzecznikiem.

6.3. Zasadność i sposób stosowania przymusu bezpo redniego

Podstawa prawna: art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpo redniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514); art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; art. 4 ustawy o zawodzie lekarza.

Przykłady naruszeń :

- zastraszanie pacjentów zastosowaniem przymusu bezpo redniego w sytuacjach określonych jako zachowanie niewłaściwe w ocenie personelu medycznego lub za niezastosowanie się do regulaminów wewnętrznych;
- brak informacji o zamiarze zastosowania przymusu bezpo redniego i jego rodzaju, nie wpisywanie do dokumentacji medycznej informacji o uprzedzeniu pacjenta o zastosowaniu przedmiotowego przymusu, nadmierne używanie siły przez osoby uczestniczące w wykonywaniu przymusu bezpo redniego;

- brak odpowiedniej opieki nad pacjentami, wobec których zastosowano przymus bezpo redni przy pomocy pasów (otarcia naskórka, zasinienia, ropiej ce rany, niedowłody ko czyn górnych i dolnych i obrz ki ko czyn, nara enie pacjenta na ataki ze strony innych pacjentów);
- zarejestrowano również nierealizowanie unormowania § 14 pkt 2 ww. rozporz dzenia, zgodnie z którym: šPiel gniarka dy urna (í) w czasie kontroli (í) zapewnia krótkotrwa uwalnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych nie rzadziej, ni co 4 godzinyö. Powy sze stanowi również naruszenie art. 18 ustawy o zawodach piel gniarki i po e nej;
- zastosowanie przymusu bezpo redniego w formie unieruchomienia, przymusowe podanie leków brak prowadzenia dokumentacji;
- pozostawienie na korytarzu unieruchomionego pacjenta bez jakiegokolwiek ubrania (Szpital w Z.);
- niestosowanie podk edów pod pasy unieruchamiaj ce;
- zamykanie pacjenta samotnie w nieprzystosowanym pomieszczeniu forma izolacji.

Dzia enia podj te przez Rzeczników:

- monitorowanie okresowych statystyk z przeprowadzanych w poszczególnych oddzia ach zabezpiecze ;
- kontrola raportów grupy interwencyjnej;
- wizytowanie oddzia w w godzinach porannych, pó no po dniowych lub nocnych;
- warunkiem koniecznym dokonywania jakichkolwiek ocen zasadno ci i prawid wo ci formy zastosowania przymusu bezpo redniego jest obecno Rzecznika w izbie przyj w celu zaobserwowania, w jaki sposób i w jakich okoliczno ciach przedmiotowy przymus jest stosowany (personel medyczny przychyli si do wniosku Rzecznika w powy szej kwestii);
- wgl d w dokumentacj medyczn za zgod pacjenta (przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego);
- przeprowadzanie rozmów z personelem medycznym oraz pacjentami, którzy byli wiadkami stosowania przymusu bezpo redniego, w celu obiektywnej oceny sytuacji;

- pisemne interwencje do dyrektorów placówek, ordynatorów poszczególnych oddziałów i pielęgniarek oddziałowych, z wnioskiem o wyjaśnienia dotyczące niewłaściwego zachowania się osób uczestniczących w procesie stosowania przymusu bezpodległego;
- weryfikacja na bieżąco realizacji przez personel medyczny obowiązku prawnego polegającego na kontroli stanu fizycznego (pielęgnacji pacjenta), osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby, weryfikacja stanu pościeli, ubrania chorego, pasów unieruchamiających, podawania pacjentowi płynów;
- organizowanie szkoleń dla personelu medycznego na temat Praw pacjenta w psychiatrii, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów związanych z przymusem bezpodległym;
- interweniowanie u władz szpitala o polepszenie jakości używanej bielizny szpitalnej (pościeli, pijam);
- interweniowanie o zwiększenie ilości dostarczanych pieluch oraz o częstsze używanie parawanów osłaniających pacjenta;
- podjęcie interwencji – umieszczenie unieruchomionego pacjenta w pobliżu dyżurni pielęgniarskiej (zdarzały się sytuacje, w których to wobec unieruchomionego w oddległej części korytarza pacjenta używali przemocy inni chorzy).

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- przeprowadzanie indywidualnych rozmów dyrektorów lub ordynatorów z poszczególnymi osobami uczestniczącymi w procesie stosowania przymusu bezpodległego;
- poprawa w zakresie stosowania prawidłowych zabezpieczeń podczas unieruchomienia pacjentów tzn. zaczęto stosować, wykonane w tym celu pasy zabezpieczające, podkładki niwelujące powstanie otarć, większą uwagę przywiązuje się do dbania, aby pacjent był przykryty;
- prawidłowe wypełnianie dokumentacji medycznej w przedmiotowym zakresie;
- przeprowadzenie szkolenia pracowników biorących udział w stosowaniu przymusu bezpodległego (program szkolenia przekazany do wiadomości Rzecznika);
- czynny udział Rzecznika w szkoleniu szpitalnych grup interwencyjnych.

6.4. Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych

Podstawa prawna: art. 2 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; art. 20623 ustawy o prawach pacjenta; art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza; § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpodległego; pkt 6 Rozdział XII (szczegółowo określający tego wymagania oddziału psychiatrycznego) załącznika 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116, poz. 985, z późn. zm.); art. 12 Kodeksu etyki lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

Przykłady naruszeń :

- szarpanie i lekceważące zwracanie się przez personel medyczny do pacjentów;
- zabieranie pacjentom ubrań, po przyjęciu do szpitala, co wiąże się z koniecznością chodzenia w oddziale w pidamie;
- pikiowanie pacjentów w obecności innych osób;
- wchodzenie przez pielęgniarki bez uprzedzenia lub pukania do toalet oraz łazienek, bez wyraźnych wskazań zdrowotnych;
- przeprowadzania rewizji osobistych rzeczy pacjenta óbrak jednolitej procedury na terenie oddziałów;
- brak swobody przy prowadzeniu rozmów telefonicznych z automatów (obecny personel medyczny);
- nieodgradzanie parawanami pacjentów w salach wieloosobowych, wobec których stosowane są zabiegi medyczne, przymus bezpodległy w formie unieruchomienia oraz wykonywana jest toaleta (np.: Szpital Specjalistyczny w J., Wojewódzki Szpital w K., Szpital Specjalistyczny w K.);
- wówczas pomieszczenie przeznaczona do izolacji nie odpowiada pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego. Przebywający w tych pomieszczeniach pacjenci mają utrudniony lub niemożliwy dostęp m.in. do pomieszczenia sanitarno-higienicznego, co wywołuje

w nich dodatkowy stres i agresj (np.: Samodzielny Wojewódzki ZespóPublicznych Zakadów Opieki Zdrowotnej w W.);

- stosowanie nadmiernej siły fizycznej wobec pacjentów;
- nakazywanie pacjentom sprzątania sal, toalet i korytarzy;
- brak osłoniętych okien w pomieszczeniach sanitarnych;
- pacjenci (w odcinkach obserwacyjnych, poruszający się po oddziale lub unieruchomieni) nie ubrani lub niekompletnie ubrani (np.: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Z.);
- kąpiel pacjenta wykonywana przez personel medyczny przy otwartych drzwiach;
- stosowanie nocnych kontroli zachowania się pacjentów co 2 godziny w nocy personel niespodziewanie zapala światło sprawdzając czy pacjenci nie spożywają alkoholu (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w P.);
- brak zasłony w pokojach pacjentów;
- publiczne upominanie pacjentki w trakcie spaceru oddziałowej (pacjentka rzekomo nie dbała o higienę osobistą).

Działania podjęte przez Rzeczników:

- ustne i pisemne wystąpienia do dyrektorów placówek;
- informowanie pacjentów o przysługujących im prawach;
- przeprowadzenie szkolenia dla personelu pielęgniarskiego z kontaktu z pacjentem z udziałem Rzecznika;
- natychmiastowa interwencja w chwili dostrzeżenia naruszenia.

Efekty podjętych przez Rzeczników działań:

- w kwestii wchodzenia przez pielęgniarki bez uprzedzenia lub pukania do toalet, zaprzestano rzeczonych praktyk;
- zakup i wstawienie nowych szyb w oknach pomieszczeń sanitarnych, zakup zasłony;
- w kwestii dotyczącej niezapewnienia intymności podczas prowadzenia rozmów telefonicznych, Rzecznicy uzyskali informacje od Ordynatorów poszczególnych

- oddziały oraz od dyrektorów, i zwróć na ten problem szczególną uwagę oraz przeprowadz rozmowy edukacyjne z personelem medycznym;
- zakup nowych parawanów oraz przywiązywanie większej uwagi do miejsca i formy bezpośredniego kontaktu z pacjentem;
 - zaprzestanie udzielania informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta w obecności innych osób nieupoważnionych przez pacjenta;
 - powstaje kwestia, tj. prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem analiz i dyskusji na spotkaniach personelu medycznego z dyrektorem placówki;
 - zakazano stosowania praktyki wykorzystywania pacjentów do pracy na rzecz oddziału (sprawa wymagająca systematycznego monitorowania);
 - personel pilnuje, aby pacjenci byli całkowicie ubrani, a w trakcie unieruchomienia okryci;
 - zabezpieczenie okien w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych i zawieszenie zasłony w kabinach prysznicowych;
 - kłopot pacjentów jedynie przy zamkniętych drzwiach wejściowych do izolatki.

6.5. Nieetyczne zachowanie personelu medycznego wobec pacjentów

Podstawa prawna: art. 4 ustawy o zawodzie lekarza; art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; Kodeks etyki lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

Przykłady naruszeń :

- przeważająca ilość skarg dotyczy zachowania personelu pielęgniarskiego i sanitariuszy: niegrzeczny, poniżający, nieuprzejmy, brak troski oraz obojętność w szczególności na dyżurach nocnych i w dni ustawowo wolne od pracy;
- niepożądane formy zwracania się do pacjentów;
- nie reagowanie personelu pielęgniarskiego na potrzeby pacjentów szczególnie w podeszłym wieku, głównie w godzinach nocnych oraz w dni ustawowo wolne od pracy;

- zastraszanie pacjentów zastosowaniem wobec nich przymusu bezpodległego (np. Szpital Psychiatryczny w L.).

Działania podjęte przez Rzeczników:

- interwencje u dyrektorów ds. medycznych, ordynatorów oddziałów, pielęgniarek naczelnych oraz oddziałowych;
- poruszanie przedmiotowych kwestii na zebraniach społecznych.

Efekty podjętych przez Rzeczników działań:

- w opinii pacjentów zauważono poprawę w postawie etycznej personelu medycznego (kwestia ta wymaga jednak ciągłego monitorowania).

6.6. Złe warunki bytowe

Podstawa prawna: art. 9 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej.

Dokonując oceny w przedmiocie warunków bytowych (w szczególności w zakresie remontów i modernizacji) w zakładach opieki zdrowotnej, sprawujących całonocną opiekę psychiatryczną i odwykową pomimo, iż w poprzednich okresach sprawozdawczych na skutek m.in. interwencji Rzeczników zostały podjęte wiele działań nie tylko przez dyrektorów poszczególnych placówek, ale również przez personel medyczny, efekty tych działań z wielu względów (przede wszystkim finansowych) nie mogły osiągnąć w najbliższym czasie (kwestia wymagająca ciągłego monitorowania przez Rzeczników).

Przykłady naruszeń:

- hospitalizowanie pacjentów na materacach leżących bezpośrednio na podłodze;
- zły stan materacy łóżkowych (niestety problem ten jest nadal aktualny);

- zły warunki sanitarne wymagające natychmiastowej i całkowitej modernizacji. Sytuacja taka ma miejsce w większości szpitali np.: nieremontowane od kilkunastu lat sale chorych (odrapane ściany, grzyby, pleśń, insekty, ubytki w ścianach, niedogrzone pomieszczenia) oraz pomieszczenia sanitarne (brak terakoty, glazury, ciepłej wody);
- niehigieniczne i nieodpowiednie warunki spożywania posiłków;
- brak ciepłej wody;
- umieszczanie zbyt wielu pacjentów w pokojach lekarskich oraz w salach obserwacyjnych;
- niesystematyczne i niesumienne sprzątanie lub niedostateczne stosowanie płynów dezynfekcyjnych oraz środków czystości w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych (stan wymagający ciągłego monitorowania);
- umiejscowienie palarni w holach przejściowych, co uniemożliwia przejście do któregośkolwiek z oddziałów bez wdychania dymu tytoniowego (zmiana tego stanu wymaga zdaniem zakładów opieki zdrowotnej dodatkowych nakładów finansowych);
- ograniczony dostęp do pomieszczeń sanitarno-higienicznych w oddziałach.

Działania podjęte przez Rzeczników:

- wystąpienia ustne i pisemne do dyrektorów placówek i organów zarządczych zakładów opieki zdrowotnej w celu podjęcia działań skutkujących poprawą przedmiotowych warunków.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- zakup materacy, koców, bielizny pościelowej;
- systematyczne przeprowadzanie remontów i modernizacji w szpitalach;
- zakup dodatkowych naczyń stołowych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb wszystkich pacjentów szpitala, co umożliwiło jednocześnie spożywanie posiłków wszystkim pacjentom;
- wykazywanie się personelowi szpitali dbałością o zadowalający poziom sanitarny pomieszczeń;
- uszczelnienie okien w salach pacjentów;

- podjęcie działań mających na celu zapewnienie pacjentom ciągłego dostępu do ciepłej wody w łazienkach;
- przeprowadzenie kompleksowych remontów, m.in. Oddziału Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Z..

6.7. Prawo pacjenta do wystąpienia o wyrażenie zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu

Podstawa prawna: art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego .

W przedmiotowej kwestii zostało wydane Zalecenie z dnia 25 maja 2004 r. przez prof. Stanisława Pułyskiego Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii, w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż otrzymanie przepustki zawsze uzależnione jest od aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

Przykłady naruszeń :

- niezyskiwanie od ordynatora, lekarza prowadzącego wyczerpującego uzasadnienia odmowy wydania przepustki na okresowe przebywanie poza szpitalem;
- wystąpienie do bliskich z zapytaniem, czy wyrażą zgodę na wyjście pacjenta (nie orzeczone ubezwłasnowolnienia) na przepustkę .

Działania podjęte przez Rzeczników:

- wystąpienie do ordynatorów lub lekarzy prowadzących w celu wyjaśnienia pacjentowi przyczyn odmowy wydania przepustki;
- nawiązanie kontaktu z rodziną pacjenta, w przypadkach, gdy pacjent nie mógł opuścić szpitala, Rzecznik namawia bliskich pacjenta do odwiedzin w szpitalu.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- lekarze w sposób wyczerpujący i zrozumiały dla pacjenta wyjaśniali przyczyny odmowy wydania przepustki;
- w niektórych przypadkach lekarz wyznacza ewentualny późniejszy termin wydania przepustki.

6.8. Prawo pacjenta do opieki pielęgniarskiej udzielanej ze szczególną starannością

Podstawa prawna: art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Przykłady naruszeń:

- skargi na jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami (szczególnie dotyczy pacjentów w podeszłym wieku, leżących oraz wobec których został zastosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia – sytuacja wymagająca ciągłego monitorowania);
- brak reakcji personelu na bezradność pacjentów w niektórych sytuacjach np. w skorzystaniu z łazienki, toalety, w założeniu odzieży, w spożywaniu posiłków;
- nie reagowanie na prośby pacjentów (w szczególności leżących) w kwestii dotyczącej podawania posiłków i płynów;
- niereagowanie przez personel pielęgniarski na pacjentów nieubranych, ubranych niekompletnie, rozbierających się publicznie, nie kontrolujących potrzeb fizjologicznych;
- niereagowanie na wzajemne zaczepki pacjentów;
- niereagowanie personelu na prośby pomocy w opanowaniu odczuwanego niepokoju tego zachowania (wezwanie lekarza dyżurnego, podanie środków uspokajających);
- nieuprzejme zwracanie się do pacjenta przez personel sprzątający.

Działania podjęte przez Rzeczników:

- wystąpienia ustne do pielęgniarek naczelnych i oddziałowych;
- natychmiastowe interwencje u personelu pielęgniarskiego tego rodzaju;

- wystąpienia do dyrektorów placówek o dodatkowe przeszkolenie personelu pielęgniarskiego w zakresie należytej opieki i pielęgnacji pacjenta leżącego;
- przeprowadzenie okresowych kontroli wszystkich oddziałów w ww. zakresie;
- przeprowadzanie cyklicznych zajęć dla personelu pielęgniarskiego oraz sprzątającego;
- przeprowadzanie szkoleń dla pielęgniarek z zakresu zasad etyki zawodowej.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- podjęcie natychmiastowych działań przez personel pielęgniarski;
- podejmowane stosowne działania przez dyrektorów i ordynatorów oddziałów;
- reorganizacja pracy personelu pielęgniarskiego oraz zmiany personalne, polegające na przesunięciu pielęgniarek na inne oddziały.

ROZDZIAŁ VII.
POZOSTAŁE SPRAWY ZGŁOSZANE DO RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO WYMAGAJĄCE OMÓWIENIA

**7.1. Prawo pacjenta do najmniej uciążliwej metody leczenia
oraz organizacja czasu wolnego**

Podstawa prawna: art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego .

Kwestia organizacji czasu wolnego w większości placówek od początku funkcjonowania Rzeczników stanowi nadal otwarty problem. Przede wszystkim chodzi tu o godziny popołudniowe (od godz. 14.30) i weekendy. Pacjenci narzekają na nudę, beczynność i brak zainteresowania ze strony personelu (głównie pielęgniarskiego). Problem ten, pomimo podejmowanych działań przez Rzeczników oraz zaangażowania dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, nadal jest otwarty i wymaga systematycznego monitorowania. Głównym problemem obok wadliwej organizacji pracy w oddziałach jest kwestia finansowa (brak środków finansowych na opłacenie dodatkowych etatów terapeutów zajęciowych).

Przykłady naruszeń :

- okresowo brak opieki psychologicznej spowodowany m.in. złą organizacją pracy zatrudnionych w danej placówce psychologów, w tym czasie dążono do poprawy stanu zdrowia jedynie poprzez samą farmakologię, a nie poprzez (w sposób najmniej uciążliwy), terapie, wsparcie psychologiczne, rozmowy;
- brak możliwości lub niezapewnienie dostatecznej możliwości korzystania z codziennych spacerów na terenie szpitala o brak osób z personelu do pilnowania pacjentów;
- brak możliwości uzyskania tzw. śwolnych wyjść przez osoby, wobec których orzeczono środki zabezpieczające, a które przebywają w oddziałach ogólnopsychiatrycznych w warunkach podstawowego zabezpieczenia,

w konsekwencji czego osoby te całymi dniami (a niejednokrotnie przez wiele lat) przebywają na terenie jednego oddziału;

- nieinformowanie pacjentów o różnych formach zajęć terapeutycznych i o planie przedmiotowych zajęć o brak dostępu do rzeczonych planu przez pacjentów.

Działania podjęte przez Rzeczników:

- wystąpienia do dyrektorów placówek i ordynatorów poszczególnych oddziałów z wnioskiem o zwiększenie i przesunięcie godzin zajęć terapeutycznych (np.: praca w systemie zmianowym terapeutów i psychologów);
- wystąpienia do konsultantów wojewódzkich;
- wystąpienia ustne do osób koordynujących pracę zespołu terapeutycznego;
- wystąpienia do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej o dofinansowania terapii zajęciowej.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- przesunięcie psychologów z innych oddziałów;
- rzetelne informowanie pacjentów o dostępnych formach terapii oraz bardziej rzetelna realizacja planów zajęć przez terapeutów;
- umieszczenie w oddziałach informacji dla pacjentów o zakresie zajęć;
- znaczna poprawa w zakresie dotyczącym codziennych spacerów oraz umożliwienie dokonywania codziennych zakupów pod opieką instruktorów terapii zajęciowej, co wiąże się z rzeczywistym nauką i wyczeniem czynności dnia codziennego.

Pacjenci, u których nie ma przeciwwskazań medycznych, otrzymują zgodę na spacerowanie w następujących formach:

- samodzielne wolne wyjścia,
- wolne wyjścia pod opieką (terapeutów, bądź rodziny),
- wyjścia grupowe pacjentów (m.in. Szpital Specjalistyczny w K.).

7.2. Brak wiadomości bezpiecznego pobytu w szpitalu

Przykłady naruszeń:

- zagubienie w pralni szpitalnej rzeczy osobistych pacjenta;
- niezapewnienie wystarczającej obsady lekarzy na dyżurach popołudniowych i nocnych;
- zaniedbywanie swoich obowiązków zawodowych przez kadry personelu medycznego w godzinach wieczornych i nocnych;
- niezapewnienie pacjentom, w sytuacjach stwarzających zagrożenie (np.: agresywne zachowania między pacjentami, jak również osób z zewnątrz m.in. gości, rodzin pacjentów) pomocy ze strony sanitariuszy lub firmy ochroniarskiej;
- brak szczelnego ogrodzenia szpitala, przez które w sposób niekontrolowany dostają się nieupoważnione osoby dostarczające pacjentom alkohol (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w P.);
- brak troski o bezpieczeństwo pacjentów w trakcie remontu oddziału, spadający z sufitu gruz stanowi zagrożenie dla pacjentów z oddziałów znajdujących się poniżej miejsca remontowanego.

Działania podjęte przez Rzeczników:

- pisemne wystąpienie do dyrektorów placówek oraz organów zarządczych, m.in. pismo do Dyrekcji Szpitala w Krakowie (do wiadomości Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii i do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa) z dn. 09.07.2009 r. znak: RPP-ZZP-RzSP 24/09 w sprawie wypadków w oddziale 7d: dot. powstania w Oddziale i okoliczności wypadku, w wyniku którego pacjent w przebiegu leczenia doznał skomplikowanego złamania otwartego kości czynnicy dolnych + zmianę kręgosłupa (dot. pacjentki, która w przebiegu leczenia uległa kilku wypadkom: pierwsze zdarzenie dotyczyło sytuacji, w której chora upadła z łóżka. W kilka dni później, dnia 08.06.2009 r. pacjentka przewracając się w łóżku doznała urazu w postaci złamania nosa wraz z licznymi komplikacjami zdrowotnymi (m.in. wycieki z nosa, zakrzepienia krwi w wydzielinie z nosa, zapalenie płuca). Po konsultacji laryngologicznej, w przebiegu dalszego leczenia

w Oddziale 7d, dnia 22.06.2009 r. doszło do kolejnego zdarzenia. Pacjentka doznała ataku padaczki (był to pierwszy atak padaczki u chorej, w przeszłości podobne nie występowały), w wyniku którego trzy dni później została przewieziona do Oddziału Kliniki Otolaryngologii w K.. Stan zdrowia pacjentki oceniony został przez lekarzy jako ciężki, z zagrożeniem życia chorej;

kontrola dostępu do gniazdek oraz hydrantów w obrębie korytarza z oddziałów;

złożenie wniosku do władz szpitala o naprawienie ogrodzenia, zatrudnienie portierów, oraz poprawę bezpieczeństwa pacjentów w trakcie remontu.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników:

- w sprawie Oddziału 7d ów podjęto decyzję o rozwiązaniu przedmiotowego oddziału;
- zaprzestano wywieszania harmonogramu obowiązków dyżurnych wraz z nazwiskami pacjentów do wykonania poszczególnych czynności porządkowych w oddziałach (sprawa jest nadal przedmiotem monitorowania przez Rzecznika);
 - przeprowadzenie rozmów ordynatorów oddziałów i pielęgniarek naczelnych z personelem;
 - zatrudnienie portierów (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w P.);
 - zwrócenie większej uwagi na sytuację pacjentów podczas remontu, dostosowanie prac remontowych do potrzeb pacjentów.

7.3. Wyświetlenie

Podstawa prawna: art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Kwestia ta niestety wymaga ciągłego monitorowania

Przykłady naruszeń:

- w ocenie pacjentów: brak różnorodności, zbyt małe porcje, nieodpowiednia temperatura, nieodpowiednie pory podawania posiłków, spóźnianie się posiłków (problem ten dotyczy większości zakładów opieki zdrowotnej);
- zbyt mało napojów pomiędzy posiłkami (należy uwzględnić, iż wiele leków stosowanych w psychiatrii powoduje wysuszenie błon śluzowych i ma znaczący wpływ na wzmożone pragnienie).

Działania podjęte przez Rzeczników:

- przeprowadzenie kontroli przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną oraz powołanie komisji do spraw kontroli jakości żywienia, która codziennie sprawdza gramatur posiłków oraz ilość pozostałych resztek;
- wystąpienia ustne i pisemne do dyrektorów placówek, w celu podjęcia działań skutkujących poprawą powyższej sytuacji;
- nawiązanie stałej współpracy z dietetykiem szpitala oraz interwencje u dietetyków lub osób odpowiedzialnych za żywienie na terenie placówki;
- wizyty Rzecznika w czasie spożywania przez pacjentów posiłków (kontrole w zakresie: sposobu ich podawania, zabezpieczenia w dostatecznej ilości i stan naczyń stołowych, warunków spożywania posiłków, tj. czystości obrusów i stołów) z obserwacjami ukierunkowanymi na sprawowanie opieki pielęgniarskiej, w szczególności udzielania pomocy w spożywaniu posiłków przez pacjentów niezdolnych do samodzielnego wykonywania tych czynności. W gestii zainteresowania Rzecznika byłoby również sprawdzenie, czy w oddziale są odpowiednie warunki do przechowywania żywności (działania w tym zakresie Rzecznicy zmuszeni są podejmować systematycznie).

Efekt działań podjętych przez Rzeczników:

- w wyniku przeprowadzonej kontroli okazało się, że pacjenci nie otrzymują całej porcji przeznaczonego dla nich żywienia (personel wnosi jedzenie przeznaczone dla pacjentów). W wyniku powyższego wyciągnięte zostały konsekwencje wobec pracowników;
- zmiany firm cateringowych;
- nadzór i kontrola nad pracownikami zajmującymi się przygotowywaniem posiłków (m.in. przez dietetyka);
- urozmaicenie podawanych posiłków;
- zwiększenie ilości porcji pomiędzy posiłkami.

ROZDZIAŁ VIII.
DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z WŁASNEJ INICJATYWY

Istotnym z punktu widzenia skutecznej ochrony praw pacjenta aspektem pracy Rzecznika jest jego własna inicjatywa⁹⁰. Rzecznik dokonuje oceny przestrzegania praw osób hospitalizowanych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów:

- przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody;
- wobec których zastosowano przymus bezpodstawnie;
- niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia;
- przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądownego o zastosowaniu środka zabezpieczającego;

pozostałe:

- analiza sytuacji pacjentów, wobec których stosowane są zabiegi elektrowstrząsów (EW) oraz weryfikacja, czy każdy pacjent jest informowany przed zabiegiem o ewentualnych negatywnych skutkach zabiegu, czy informacje te są następnie umieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, czy pacjent wyraża pisemną zgodę przed każdym cyklem zabiegów;
- udział w odprawie lekarzy i pielęgniarek oddziałowych;
- obecność Rzecznika w izbie przyjęć podczas przyjmowania pacjenta bez zgody czy stosowaniem przymusu bezpodstawnego (m.in. sprawdzanie szerokości i jakości pasów stosowanych do unieruchomienia pacjenta, weryfikacja na bieżąco realizacji przez personel medyczny obowiązku prawnego polegającego na kontroli stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej, niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby);
- monitorowanie, czy wszyscy zainteresowani pacjenci biorą udział w rozprawach sądownych, które odbywają się na terenie szpitala;

⁹⁰ § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

- kontrola dokumentacji medycznej pacjenta (za jego pisemnie wyrażoną zgodą) w szczególności dotycząca prawidłowości stosowania środków przymusu bezpodległego, uzasadnienie i podstawa prawna jego stosowania oraz czy pacjent został poinformowany o przyczynach jego zastosowania;
- udział w zebraniach naukowych prowadzonych przez Katedrę Psychiatrii;
- udział w działaniach szpitala, mających na celu ograniczenie występowania zjawiska przemocy pomiędzy pacjentami.

Nawiązując do powyższego, podstawą działania wykonywanej przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z własnej inicjatywy normuje § 3 rozporządzenia w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W świetle powyższego zapisu Rzecznik z własnej inicjatywy zobowiązany jest dokonywać oceny przestrzegania praw pacjentów, m.in. w odniesieniu do pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, wobec których zastosowano przymus bezpodległy, niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia, jak również wobec pacjentów przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego. Stwierdził jednak należy, że w wielu przypadkach możliwości efektywnego i skutecznego przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w ramach działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ograniczają lub uniemożliwiają brak możliwości uzyskania pisemnej zgody opiekuna prawnego na wzgląd Rzecznika w dokumentacji medycznej (wobec nieletnich, wobec osób ubezwłasnowolnionych lub, w innych sytuacjach, gdy pacjent pod wpływem działania leków, w stanie zaburzonej świadomości nie mógł wyrazić zgody na wzgląd Rzecznika w dokumentacji medycznej, o której stanowi art. 10b ust. 4 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Niezależnie jednak od wspomnianych trudności, podczas krótkich dorazowych odwiedzin w poszczególnych oddziałach Rzecznicy przeprowadzali szereg rozmów z pacjentami, gdy umożliwiała to okoliczność oraz z personelem oddziałów obejmujących swym zakresem informacji dotyczących przebiegu hospitalizacji osób, które przebywają w szpitalu bez zgody. W szczególności Rzecznik przeprowadził szereg rozmów ukierunkowanych na uzyskanie informacji: w jakim trybie osoby te zostały przyjęte, czy zostały podjęte czynności związane z procedurą przyjęcia bez zgody zgodnie z normami art. 23 ust. 2 5, 25, 27, 45, 46 ustawy

o ochronie zdrowia psychicznego (wyszczególnione w punkcie 1.4 podczas omawiania działalności kontrolnej). W przypadkach zastosowania wobec pacjenta środków przymusu bezpo redniego, Rzecznik starał się uzyskać informacje od personelu medycznego (lekarzy, piel gniarek) o przyczynach zastosowania przymusu bezpo redniego, analizował zasadno jego zastosowania (tj. przesłanki, b d ce w danym przypadku podstaw do zastosowania form przymusu), ustalał czas trwania stosowania przymusu, oraz czy pacjent był uwalniany na zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i higienicznych zgodnie z przepisami § 14 ust. 1 pkt 2 rozporz dzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpo redniego. W przypadkach zastosowania przymusu w formie unieruchomienia, Rzecznik dokonywał również oceny, czy w sposób prawidłowy zastosowano unieruchomienie ó oceniał czy pasy nie s zał one zbyt ciasno lub zbyt lu no. W analizowanym okresie sprawozdawczym, w toku wykonywania działalności z własnej inicjatywy, Rzecznicy kilkakrotnie stwierdzili brak wpisów potwierdzaj cych dokonywanie oceny co 15 min stanu somatycznego oraz psychicznego przez piel gniarki, co stanowił naruszenie unormowania § 13 rozporz dzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpo redniego. Dokonuj c przedmiotowych czynno ci Rzecznicy wielokrotnie stwierdzili również sytuacje, e nie stosowano zabezpiecze prywatno ci przestrzennej ó najcz ciej wymienione zabezpieczenia stosowano podczas odwiedzin Rzecznika w oddziałach.

W ramach działalności podejmowanej z własnej z inicjatywy obejmuj cej swym zakresem kontrol przestrzegania praw pacjentów przebywaj cych na mocy orzeczenia S du o zastosowaniu rodka leczniczego w oddziałach odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mł dzie y ó tym przypadku Rzecznik monitorował czy personel nadal dyscyplinuje nieletnich poprzez umieszczanie ich w salach obserwacyjnych, pojedynczo w zamkni tych pomieszczeniach co stanowi, stosowanie przymusu bezpo redniego w formie izolacji (Szpital Psychiatryczny w L.).

Ponadto w ramach działalności podejmowanej z własnej inicjatywy, w przypadku osób niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia, Rzecznicy wykonuj c powy ej wymienione działania, w szczególno ci uwzgl dniali i zwracali uwag na kwestie zwi zane z realizacj procesu piel gnowania wi cego si z identyfikowaniem oraz zaspokajaniem indywidualnych potrzeb, wywi zywania si z zada opieku czych w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb yciowych pacjentów, w szczególno ci zach cania pacjentów do spo ywania posiłków, dbał ci, aby pacjenci spo ywali posiłki

o odpowiedniej temperaturze, czy podczas spoczynku udzielano pomocy osobom niezdolnym do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, czy czynności związane z sprawowaniem opieki wykonywane były z poszanowaniem intymności i godności pacjenta, itp.

Należy również zwrócić uwagę, iż znacznej poprawie uległa sytuacja wykonywania postanowień sądów w zakresie umieszczania w zakładach psychiatrycznych. Pacjenci umieszczani są zgodnie z postanowieniami we wskazanych przez sąd zakładach psychiatrycznych, spełniających wymogi w zakresie warunków zabezpieczenia, zgodnie z dyspozycją art. 201 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego przy uwzględnieniu przepisów § 8a rozporządzenia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania rodków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw rodków zabezpieczających, w świetle którego w przypadku braku wolnych miejsc w zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego właściwym ze względu na obszar działania według miejsca zamieszkania sprawcy, Komisja może wskazać jako miejsce wykonywania rodka zabezpieczającego inny zakład psychiatryczny lub zakład leczenia odwykowego dysponujący odpowiednimi warunkami zabezpieczenia. Niemniej jednak sytuacje umieszczenia pacjentów w zakładach w znacznej odległości od ich miejsca zamieszkania (m.in. 500 km) skutkują ograniczeniem i znacznie utrudniają możliwość kontaktu z rodziną, co zdecydowanie negatywnie wpływa na utrzymywanie więzi rodzinnych oraz rzeczywistą realizację uprawnień, wynikających z przepisu § 2 ust. 1 pkt 4 Regulaminu Organizacyjno-Przedstawicielskiego Wykonywania Rodków Zabezpieczających, stanowiącego załącznik nr 6 do przytoczonego powyżej rozporządzenia, na podstawie którego osoba, wobec której realizowany jest rodek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia ma prawo do ochrony więzi rodzinnych. Rzecznicy niejednokrotnie w omawianych przypadkach podejmowali działania zmierzające do zmiany zaistniałych sytuacji. Udzielali pomocy pacjentom w sporządzaniu pism do właściwych sądów oraz do Komisji Psychiatrycznej ds. rodków zabezpieczających o umożliwienie przeniesienia i wykonywania orzeczenia Sądu o zastosowaniu rodka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych spełniających wymogi zabezpieczenia wskazanego w postanowieniach, położonych jednak bliżej miejsca zamieszkania. Kierowane przez pacjentów prośby nie były uwzględniane. Sąd przedstawia, że umieszczenie we wskazanych zakładach nastąpiło

na podstawie opinii Komisji Psychiatrycznej ds. rodków zabezpieczaj cych, o której stanowi art. 201 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego, natomiast Komisja wskazywa (m.in. w odpowiedzi na skierowan przez pacjenta pro b), i św celu rozwi zania przedmiotowego problemu, pacjent winien zwróci si do waciwego S du, który wyda stosowne postanowienia dotycz ce osoby pacjenta. Pacjentom oraz ich rodzinom trudno by zaakceptowa fakt, i na skutek decyzji o umieszczeniu w ww. zakadzie psychiatrycznym de facto pozbawieni zostali kontaktu z osobami najbli szymi oraz utrzymywania wi zi rodzinnych. Rozpatruj c powy sze sprawy ustalono, e przyczyn zaistniaej sytuacji jest nierównomierne rozmieszczenie zakadów w poszczególnych województwach oraz bezpo rednio zwi zana z tym liczba miejsc na danym obszarze województwa. Podnoszony problem dotyczy rozmieszczenia zarówno zakadów przeznaczonych do wykonywania rodka zabezpieczaj cego w warunkach zabezpieczenia podstawowego, jak i w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

ROZDZIAŁ IX.
DZIAŁALNOŚĆ INFORMACYJNO-EDUKACYJNA
RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Prowadzenie przez Rzecznika działalności informacyjno-edukacyjnej jest bardzo istotnym elementem z punktu widzenia korzyści, jakie ta działalność przynosi dla wszystkich stron: pacjenta, personelu medycznego oraz Rzecznika. Działalność informacyjno-edukacyjna poprzez wzrost świadomości prawnej prowadzi do zmniejszenia u pacjentów poziomu i skutków spowodowanego przebywaniem w szpitalu psychiatrycznym, zwłaszcza u osób leczonych bez ich zgody, wytworzenia u pacjentów motywacji do współpracy z personelem medycznym, Rzecznikiem, eliminowania u personelu medycznego przez samych pacjentów niewłaściwych zachowań w stosunku do nich.

W ramach prowadzenia tego typu działalności systematycznie organizowane są tzw. spotkania.

Tematyka spotkań będzie odpowiednio modyfikowana, w wyniku czego powstały 3 wersje dobrane ze względu na specyfikę poszczególnych oddziałów:

- oddział ogólnopsychiatryczny (np.: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wraz z aktami wykonawczymi, Kodeks cywilny⁹¹, Kodeks postępowania cywilnego⁹²);
- oddział leczenia uzależnień i oddział detoksykacji (np.: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wraz z aktami wykonawczymi, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁹³, Kodeks karny⁹⁴);
- oddział środy (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z wyłączeniem unormowań dot. przyjęcia do szpitala, wypisu oraz przepustek, Kodeks karny i Kodeks karny wykonawczy⁹⁵);
- analiza z pacjentami regulaminów/kontraktów poszczególnych oddziałów.

⁹¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.).

⁹² Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego* (Dz. U. Nr 43 poz. 296, z późn. zm.).

⁹³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. z 2007 r., Nr 70, poz. 473, z późn. zm.).

⁹⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.).

⁹⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny wykonawczy* (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.).

Cz istotnie organizowanych przez Rzeczników spotkanie uzależniona jest od rotacji pacjentów w poszczególnych oddziałach, jak również zgłaszania przez pacjentów tematów wymagających omówienia w większej grupie pacjentów.

W większości placówek uczestnicy na zakończenie spotkania otrzymywali ulotki informacyjne na temat praw pacjenta.

Zainteresowanie spotkaniami było zróżnicowane w zależności od oddziału oraz od długości pobytu pacjenta w szpitalu. Bardzo rzadko (wbrew oczekiwaniom Rzeczników) w spotkaniach brał udział rodzina pacjentów.

Spotkania edukacyjno-informacyjne są bardzo ważnym elementem pracy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Podczas tych spotkań pacjenci zgłaszają potrzeby spotkania indywidualnego, umawiają się na spotkania, sygnalizują trudności napotkane podczas pobytu w szpitalu.

Pacjenci w trakcie zajęć są bardzo aktywni, zadają liczne pytania. Po zajęciach często zgłaszają bardzo ważne dla siebie sprawy.

Rzecznicy zauważają efekty powyższych spotkań. Personel medyczny reaguje na wiadomości pacjentów, których zaczyna traktować inaczej (podmiotowo, z szacunkiem). Zaobserwować można, że poinformowany o swoich prawach pacjent znacznie lepiej rozumie i akceptuje sytuację, w której się znalazł np. łatwiej akceptuje decyzje lekarzy o przedłużeniu hospitalizacji, podejmuje dialog z lekarzem, chętniej dostosowuje się do lekarskich oraz pielęgniarskich propozycji terapeutycznych, co niewątpliwie ma istotne znaczenie dla procesu leczenia.

W oddziałach psychiatryczno-sądowych o wzmocnionym zabezpieczeniu w ramach działalności informacyjno-edukacyjnej, Rzecznik przekazywał na bieżąco wiedzę w przedmiocie praw osób, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający, przede wszystkim w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.) oraz integralną jego część, tj. załącznik Nr 6. Bieżącym i wciąż aktualnym problemem edukacyjnym dla tych osób jest zrozumienie samego pojęcia środka zabezpieczającego, jak i podstaw i przyczyn jego orzeczenia.

Nierozdzielnie zaciągając na siebie funkcje edukacyjno-informacyjne Rzecznika by również informowanie pacjentów w zakresie ich uprawnień do uzyskania informacji o stanie zdrowia, a także podstawach do wyrażenia wiadomej zgody na proponowane leczenie oraz wyrazem podmiotowego traktowania.

Prowadzone są nadal cotygodniowe tzw. spotkania wspierające (także alternatywne dla spotkań informacyjno-edukacyjnych) dla pacjentów przebywających w oddziałach dla przewlekle chorych.

Przykładowy zakres tematyczny spotkań edukacyjno-informacyjnych:

1. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej;
2. Badanie psychiatryczne i skierowanie do szpitala psychiatrycznego;
3. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego;
4. Leczenie bez zgody;
5. Prawa pacjenta związane z postępowaniem przed szpitalną opieką;
6. Ograniczenia praw pacjenta (m.in.: świąteczne wyłączenia, przepustki, wypisywanie);
7. Dokumentacja medyczna;
8. Przymus bezpodległy;
9. Instrumenty ochrony praw pacjenta;
10. Detencja i przymusowe leczenie na zasadzie wykonywania obowiązku zabezpieczającego;
11. Obowiązki zawodowe personelu medycznego;
12. Ubezpieczenie;
13. Prawa małoletniego pacjenta.

ROZDZIAŁ X.

WNIOSKI

1)

Nadal dostrzegalny jest problem związany z brakiem uprawnienia do dokonywania przez Rzecznika wglądu w dokumentację medyczną pacjenta, niezależnie od jego zgody (art. 10 b ust. 4 pkt 3). Niemoc Rzecznika widoczna jest zwłaszcza wtedy, gdy pacjent znajduje się w stanie wyłączonej świadomości (np. z uwagi na upośledzenie umysłowe), w przypadku pacjenta małoletniego, bądź unieruchomionego. Wymóg konieczności dorazowego uzyskiwania zgody opiekuna prawnego, bądź faktycznego pacjenta w dużej mierze utrudnia dokonywanie na bieżąco czynności związanych z oceną przestrzegania praw pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpodległy oraz niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia. Listownie prosi o odesłanie podpisanego upoważnienia do wglądu Rzecznika w dokumentację medyczną nie zawsze odnoszą skutki oraz znacząco wydłużają czas trwania postępowania wyjaśniającego. W miejscu tym należy zaznaczyć, iż Rzecznik jest, poza personelem szpitala, jedyną osobą, która nie posiada prawa wglądu do dokumentacji medycznej bez zgody pacjenta, co w sposób negatywny wpływa na pozycję wspomnianej osoby, pozycję, która odgrywa istotną rolę w codziennej pracy.

Instrumentem przydatnym w pracy Rzecznika byłoby także wyrażenie przyznane uprawnienie do udania przedłożenia przez szpital psychiatryczny danych osobowych i teled adresowych określonych grup pacjentów, statystyk dotyczących liczby przyjęć w oparciu o poszczególne przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uprawnienie powyższe jest niezbędne dla sprawnego wywiązywania się z obowiązków Rzecznika nałożonych przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

2)

Należy zastanowić się nad zasadnością tzw. profilowania obserwacji, a wręcz całych oddziałów w zakładach opieki zdrowotnej sprawujących całonocną opiekę psychiatryczną

lub odwyków. Każda jednostka chorobowa objawia się inaczej i powoduje inne zachowania pacjenta. Przykładowo przyjcie na jeden odcinek obserwacyjny osoby z zaburzeniami zachowania w postaci depresji i osoby z rozpoznaniem schizofrenia paranoidalna, zdecydowanie wpływa na stan zdrowia tego pierwszego. Podobnie wygląda sytuacja z osobami trafiającymi do szpitala z zespołem uzależnienia od alkoholu.

Przebywanie w jednym oddziale osób z rozpoznaniem uzależnieniem oraz osób dotkniętych silnymi zaburzeniami i innymi powodowało pojawienie się tworzenia kategoryzacji wśród samych pacjentów. Spotkać się można z sytuacjami, w których to pacjenci uzależnieni uznają, iż osoby z innymi jednostkami chorobowymi traktowane są, jak świnie. Pojawia się tutaj swoista wewnętrzna szpitalna stygmatyzacja i wobec zaburzonych pacjentów. Podobne zjawiska zaobserwować można na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży. W oddziałach tych także należy rozważyć możliwość systemowego podziału na specjalistyczne pododdziały dla pacjentów prezentujących: zaburzenia zachowania/adaptacyjne, zaburzenia rozwojowe (autyzm), upośledzenie umysłowe, choroby psychiczne oraz depresje.

3)

Nadal pozostaje aktualna konieczność poprawy warunków pobytu i leczenia pacjentów w szpitalu. Chodzi o remonty, adaptacje, wyposażenie pomieszczeń adekwatne do ich przeznaczenia: mniej liczne oddziały. Przyczyniłoby się to do większej bliskości w relacji między pacjentami, a tym samym większego zapewnienia im bezpieczeństwa. Pacjenci, ze względu na stan psychiczny, mają mniejszą kontrolę swoich reakcji. Bywa, że wobec siebie agresywni czynnie, biją się nawzajem. Ich relacje są trudne, mogą być niezrozumiałe, a na pewno bardzo obciążające dla nich i personelu. W wieloosobowych (6-8 i powyżej) salach chorych trudno mówić o prawie pacjenta do godności i intymności.

4)

Ograniczony dostęp do szeroko rozumianej terapii pozafarmakologicznej i psychoterapii, terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych, treningów umiejętności

społecznych w wi kszo ci zakłódów opieki zdrowotnej sprawuj cych całodobow opiek psychiatryczn lub odwykow . Bardzo istotn kwesti jest dostosowanie programu rehabilitacyjnych do indywidualnego pacjenta i jego potrzeb. Zasadne wydaje si zwi kszenie rodków finansowych na pracownie terapeutyczne, co mo e pozytywnie wpén na wzmo on aktywizacj pacjentów.

5)

Nadal koniecznym wydaje si zwi kszenie ilo ci i jako ci szkole dla personelu medycznego sprawuj cego opiek nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w szczególno ci bior cego udzia€ w stosowaniu przymusu bezpo redniego. Powy sze szkolenia mia€by na celu cis€ przestrzeganie przez personel medyczny unormowa prawnych w zakresie zasad stosowania m.in. przymusu bezpo redniego oraz wyksztacenie postaw, które charakteryzowa€by si traktowaniem pacjenta jako podmiot, a nie przedmiot udzielenia wiadczenia zdrowotnego oraz szkolenie z zakresu wypełniania dokumentacji medycznej pacjenta, m.in. karty zastosowania przymusu bezpo redniego. Warto rozwa y mo liwo przeprowadzania szkole dla personelu z zakresu bezpiecznego obezwładniania pacjenta agresywnego. Powy sze dzia€nia podejmowane m.in. przez wyszkolonych w tym wzgl dzie nauczycieli w szkołach specjalnych ucz ych dzieci z zaburzeniami rozwojowymi spowodowa€by, i zniwelowane zosta€by niebezpiecze stwo mimowolnego spowodowania krzywdy pacjentowi w trakcie unieruchamiania.

6)

Naley si zastanowi nad zasadno ci wprowadzenia szkole dla pracowników szpitala, w zakresie podnoszenia umiej tno ci komunikowania si z osobami z zaburzeniami psychicznymi, sposobu unikania rutyny i pozbycia si l ku.

7)

W kwestii stosowania w dalszym ci gu praktyk anga owania pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz oddziałw psychiatrycznych szpitali ogólnych do prac porz dkowych

należy zaznaczyć, że osoby te są często bardzo podatne na wpływ czynników zewnętrznych, z uwagi na aktualny stan psychiczny mają problemy z wyrażaniem sprzeciwu z uwagi na lęk, i mogą mieć w przyszłości problemy z przyjęciem do szpitala lub przedaniem hospitalizacji. Należy tutaj uwzględnić, iż zgoda wyrażana często pod presją otoczenia, zwłaszcza w sytuacji zrozumienia, że zalecenia od personelu medycznego nie jest zawsze w pełni niezależną decyzją pacjenta. Stanowisko to prezentowane jest przez prof. S. D. Browskiego i prof. J. Pietrzykowskiego w komentarzu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. o zachowanie do samoobsługi pacjentów hospitalizowanych w oddziałach innych, niż oddziały psychiatryczne, zalecy od ich zdolności do wykonywania tych czynności, i winno wiązać się z utrzymaniem higieny ciała, porządku w szafce osobistej, czy śmieciem. Wykonywanie natomiast przez pacjentów, hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych czynności, np. sprzątania pokoi łazienkowych, wynoszenia odpadów, itp. (tj. czynności należących do obowiązków personelu oddziału) traktować należy jako wyraz negatywnego wyróżnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. dyskryminacji w stosunku do pacjentów innych szpitali⁹⁶.

Pomimo systematycznej pracy Rzeczników w celu wyeliminowania rzeczonych zjawiska niestety nadal w wielu szpitalach angażowanie pacjentów w sprzątanie oddziałów jest aktualne.

⁹⁶ S. D. Browski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz*, IPiN, Warszawa 1997r., str. 101-105.

PODSUMOWANIE

W dokonanej przez Biuro ogólnej ocenie oraz analizie działań i zakłód opieki zdrowotnej, w których pełni funkcję Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wikszość problemów sygnalizowanych w poprzednich okresach sprawozdawczych, niestety nadal jest aktualna. Nadal zbyt często udzielana pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu, nie jest dostatecznej jakości, a warunki, w jakich jest udzielana, zbyt często bywają niegodne i poniżej cel. Aktualne są kluczowe aspekty, w szczególności przede wszystkim z warunkami, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne, których rozwiązanie w przyszłości skutkowało by duże znaczną poprawę sytuacji pacjenta hospitalizowanego. Podstawową kwestią, generującą problemy pacjentów, których odzwierciedleniem są skargi dotyczące warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w starych, zdekapitalizowanych budynkach. Zauważamy jednak należy, iż świadczeniodawcy czyni starania oraz podejmują działania mające na celu zapewnienie pacjentom godnych warunków pobytu. Zostały podjęte szereg prac modernizacyjno-remontowych, wykonane zostały lub są w trakcie remonty pomieszczeń sanitarno-higienicznych, nastąpiła również poprawa w kwestii ogrzewania obiektów, zmniejszono liczbę łóżek w pokojach pacjentów w niektórych szpitalach: w Szpitalu Psychiatrycznym w L. zaniechano hospitalizacji pacjentów na tzw. werandach, w salach pacjentów, które nie mają bezpośredniego dostępu do światła dziennego zainstalowano dodatkowe oświetlenie, odmalowano pomieszczenia Oddziału VI A Psychiatrycznego Ogólnego.

W zdecydowanej większości placówek uległa zauważalnej poprawie stan czystości pomieszczeń. Wymienione zmiany zdecydowanie poprawiły warunki pobytu hospitalizowanych pacjentów. Niemniej jednak, w budynkach o starej infrastrukturze, zły stan techniczny sprawia, że pomieszczenia w porze zimowej bywają niedogrzone, często awarie systemu grzewczego skutkują niedostatecznym dostarczaniem ciepłej wody do zaspokojenia potrzeb higienicznych pacjentów. Pomieszczenia, w których przebywają pacjenci często są zawilgocone, nie zapewniona jest bowiem ich prawidłowa wentylacja, przy czym brak odpowiedniej dbałości o wietrzenie pomieszczeń sprawia, że w pomieszczeniach utrzymuje się nieprzyjemna (zapach) woja. Ponadto zużyta armatura sanitarna, wymagająca wymiany stolarka okienna, jak również zużyte wyposażenie pomieszczeń pacjentów (szafy, szafki przyłóżkowe).

W świetle powyższego niezbędnym jest przede wszystkim dostosowywanie pomieszczeń szpitalnych do wymogów, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. W szczególności dostosowywania w pierwszej kolejności pomieszczeń stanowiących sale obserwacyjno-diagnostyczne (warunki w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom umieszczonym w nadmiernie zagłuszonych, np. szesnastu osobowych salach obserwacyjno-diagnostycznych).

W celu dostatecznej realizacji przepisu art. 20 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej konieczne są również systematyczne kontrole w zakresie jakości żywienia, powyższe argumentowane jest faktem powtarzających się skarg pacjentów dotyczących wielkości porcji posiłków, kaloryczności, wartości odżywczych oraz sposobu podawania posiłków.

Nadal szczególnej uwagi wymaga realizacja zadań psychoterapeutów, pracowników socjalnych, instruktorów terapii zajęciowej wobec podopiecznych szpitali psychiatrycznych w związku z należytym respektowaniem przepisów dotyczących rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności wytyczonych w rozporządzeniu w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć. Z zaobserwowanych sytuacji wynika jednoznacznie, iż realne potrzeby pacjentów w tym zakresie nie są zaspakajane, co skutkowało niewystarczającymi efektami terapeutycznymi w całym procesie leczenia. Niedostateczna, ograniczona oferta w zakresie psychoterapii, terapii zajęciowej, brak oddziaływań w zakresie resocjalizacji z uwagi na brak specjalistów w dziedzinie resocjalizacji, pedagogiki specjalnej, a także niewykorzystanie wszystkich potencjalnych możliwości ww. personelu w całym programie leczenia, wiąże się z naruszaniem praw pacjentów do udzielania im świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Uzasadniony niepokój oraz w tym względzie Biura budzi również kwestia merytorycznego przygotowania oraz koniecznych kompetencji personelu pracującego z tymi specyficznymi grupami pacjentów (w szczególności z pacjentami młodoletnimi). Natomiast w przypadku pacjentów internowanych nie wywiązywanie się z unormowanymi wskazanymi w treści art. 202 Kodeksu karnego wykonawczego oraz rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o postępowaniu w sprawach

nieletnich wpływa na nieefektywność leczenia, skutkiem czego w konsekwencji przetrzymywaniem tych osób w zakładach leczniczych dla niej to konieczne, oraz stwarza to również u tych osób potencjalne ryzyko powstawania i utrwalania się deficytów funkcjonowania. Kluczowe znaczenie w przedmiocie analizowanego problemu odgrywa spełnienie wymagań oraz warunków, jakie powinien spełniać świadczeniodawca udzielający świadczeń zdrowotnych (w rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁹⁷, a także pełne i rzetelne wywiady z świadczeniodawców z wymagań wskazanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Obok konsekwencji wynikających z niedostatecznej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, niewątpliwymi będącymi kwestiami wiążącymi się z zapewnieniem bezpieczeństwa pobytu podczas hospitalizacji, ochrony pacjentów przed niebezpiecznymi zachowaniami oraz agresją innych pacjentów. Istotnym jest, że poczucie bezpieczeństwa, pacjentom z zaburzeniami psychicznymi, zapewnia się poprzez uwzględnienie licznych aspektów organizacji i porządku procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez zatrudnienie wykwalifikowanego i do świadczonego personelu medycznego oraz przeszkolonego personelu pomocniczego w liczbie odpowiedniej, stosownie do stanu zdrowia pacjentów oraz ich potrzeb pielęgnacyjnych. Zaniepokojenie oraz zastrzeżenia budzą rzeczywiste możliwości wywiady z świadczeniodawcy zarówno z wymienionych wymagań, przede wszystkim zapewnienia bezpieczeństwa i właściwych warunków pobytu świadczeniobiorcom, wobec których wykonywane są orzeczenia sądu o zastosowaniu środków zabezpieczających, jak również prawidłowa realizacja celu oraz założeń przedmiotowych środków, jakim jest poprawa stanu zdrowia i zachowania tych osób w stopniu umożliwiający powrót do życia w społeczeństwie i dalszego leczenia poza zakładem. Wątpliwym jest także, czy realizowane są uprawnienia osób internowanych wskazane w przepisie § 2 ust. 1 załącznika nr 6 do rozporządzenia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej

⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146) ózwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

do spraw rodków zabezpieczaj cych, zgodnie z którym osoba, wobec której realizowany jest rodek zabezpieczaj cy w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma prawo do przebywania w warunkach zapewniaj cych higien , bezpiecze stwo, ochron przed wszelkimi formami przemocy fizycznej b d psychicznej oraz ochron i poszanowanie jej godno ci osobistej podczas pobytu w placówce ochrony zdrowia.

W ocenie Biura, personel szpitala winien przede wszystkim wykazywa wi ksz dba w zakresie kształtowania waciwych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Personel winien dba o rzetelne informowanie pacjentów zarówno o stanie zdrowia, jak i o nale nych im prawach, jako wyraz podmiotowego traktowania pacjentów oraz ich aktywnego udziału w procesie leczenia. Za cel nadrz dny nale y przyj d enie do zapewnienia odpowiedniej jako ci opieki realizowanej zarówno przez popraw warunków pobytu, jak i poprzez tworzenie atmosfery tolerancji, oraz radykalne zmiany stosunków pomi dzy pacjentem a osobami sprawuj cymi opiek . Zaobserwowana i utrzymuj ca si niedostatecznie waciwa komunikacja z pacjentem, niedostateczne poszanowanie autonomii pacjenta, z okazywaniem braku nale nego szacunku, stosowanie kar dyscyplinarnych wobec osób wykazuj cych zaburzenia psychiczne, niedostrzeganie i nieumo liwienie realizacji naturalnych potrzeb rozwojowych m dzie y, w szczególno ci potrzeby aktywno ci fizycznej, niedostateczne (lub niewaciwe) oddzia ywania psychoterapeutyczne mog ce stanowi negatywny wp yw na kształtowanie si poczucia waciwej warto ci, godno ci i poczucia bezpiecze stwa pacjentów m docianych, wp ywaj zdecydowanie negatywnie na ogóln ocen szpitali udzielaj cych wiadcze zdrowotnych w zakresie: psychiatria.

Kontynuuj c i odnosz c si jednocze nie do identyfikacji powy szych narusze oraz nieprawid owo ci w ca ciowym funkcjonowaniu rzeczonych placówek, stwierdzi nale y, i wymagaj one dalszego monitorowania przestrzegania praw pacjenta, systematycznego ich upowszechniania, jak równie tworzenia odpowiednich procedur oraz budowania standardów post powania. Niemniej jednak obserwowane przemiany wychodz naprzeciw zaistnia ej rzeczywisto ci i powinny pozytywnie wp y n na sytuacj omawianej grupy pacjentów.