



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

SPRAWOZDANIE
dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej

Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.

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

WPROWADZENIE	5
Część pierwsza DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ	9
I. INFORMACJE OGÓLNE	9
II. SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKÓW SKIEROWANYCH DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA, W TYM W TRYBIE ART. 51 USTAWY	17
III. POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCE	23
1. Informacje ogólne	23
2. Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy	26
3. Opis przykładowych stwierdzeń naruszeń praw pacjenta	27
4. Postępowania wyjaśniające, w których sprawa była badana na miejscu (uszczegółowienie w Załączniku nr 1).	34
IV. POSTĘPOWANIA W SPRAWACH PRAKTYK NARUSZAJĄCYCH ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW	53
V. WSPÓŁPRACA W ZAKRESIE UCZESTNICTWA W SPRAWACH CYWILNYCH ZWIĄZANYCH Z NARUSZENIEM PRAW PACJENTA ORAZ Z PROKURATURĄ I SĄDAMI	59
VI. OPRACOWYWANIE I PRZEDKŁADANIE RADZIE MINISTRÓW POROJEKTÓW AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH OCHRONY PRAW PACJENTA	73
VII. WYSTĘPOWANIE DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW Z WNIOSKAMI O PODJĘCIE INICJATYWY USTAWODAWCZEJ	79
VIII. OPRACOWYWANIE I WYDAWANIE PUBLIKACJI ORAZ PROGRAMÓW EDUKACYJNYCH POPULARYZUJĄCYCH WIEDZĘ O OCHRONIE PRAW PACJENTA	87
1. Działania edukacyjne i popularyzujące wiedzę o ochronie praw pacjenta	87
IX. WSPÓŁPRACA Z ORGANAMI WŁADZY PUBLICZNEJ W CELU ZAPEWNIENIA PACJENTOM PRZESTRZEGANIA ICH PRAW, W SZCZEGÓLNOŚCI Z MINISTREM WŁAŚCIWYM DO SPRAW ZDROWIA	91
1. Przykłady współpracy z Ministrem właściwym do spraw Zdrowia	91
2. Przykłady wystąpień do Ministra właściwego do spraw Zdrowia	94
3. Przykłady współpracy z Ministrem Sprawiedliwości	100
4. Przykłady współpracy z pozostałymi ministrami	103
5. Przykłady współpracy z samorządowymi jednostkami terytorialnymi	104
6. Przykłady współpracy z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych	105
7. Przykładowe wystąpienia do Narodowego Funduszu Zdrowia	105
8. Przykładowe wystąpienia do konsultantów wojewódzkich	108
9. Przykładowe wystąpienia do konsultantów krajowych	110
10. Przykłady współpracy z konsultantami krajowymi	112
11. Przykładowe wystąpienia do Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii	112
X. PRZEDSTAWIANIE WŁAŚCIWYM ORGANOM WŁADZY PUBLICZNEJ, ORGANIZACJOM I INSTYTUCJOM ORAZ SAMORZĄDOM ZAWODÓW MEDYCZNYCH OCEN I WNIOSKÓW ZMIERZAJĄCYCH DO ZAPEWNIENIA SKUTECZNEJ OCHRONY PRAW PACJENTA	113
1. Przykładowe wystąpienie do Ministra Pracy i Polityki Społecznej	113
2. Przykładowe wystąpienia do wojewodów	114
3. Przykładowe wystąpienia do Narodowego Funduszu Zdrowia	115
4. Przykłady współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia w Polsce (WHO)	115
5. Przykłady współpracy z Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego	115
6. Przykłady współpracy z Krajowym Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy	115

XI. WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, SPOŁECZNYMI I ZAWODOWYMI, DO KTÓRYCH CELÓW STATUTOWYCH NALEŻY OCHRONA PRAW PACJENTÓW	117
1. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”	120
2. Naczelna Izba Lekarska	121
3. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków w Bydgoszczy	121
4. Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Koninie	121
5. Fundacja SYNAPIS	122
XII. ANALIZA SKARG PACJENTÓW W CELU OKREŚLENIA ZAGROŻEŃ I OBSZARÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA WYMAGAJĄCYCH NAPRAWY	123
1. Szczegółowe dane z zakresu analizy informacji przekazywanych za pośrednictwem infolinii	123
2. Przykładowe działania Rzecznika w trybie art. 47 ust. 1 pkt 10 ustawy	124
3. Ochrona praw reprodukcyjnych kobiet	127
XIII. DZIAŁALNOŚĆ WOJEWÓDZKICH KOMISJI DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH	129
Część druga SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10a–10d USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO	135
I. INFORMACJE OGÓLNE	135
II. USTAWOWE ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	141
1. Charakterystyka poszczególnych form działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2012 r.	142
2. Relacje Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pacjentami	147
3. Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodziną pacjenta, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym	148
4. Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z kadrą zarządzającą oraz pracownikami podmiotu leczniczego	150
III. NARUSZENIA PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA	151
IV. NARUSZENIE PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE Z USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 R. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ AKTÓW WYKONAWCZYCH	159
1. Prawa przysługujące pacjentowi w trakcie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	159
2. Prawa przysługujące pacjentowi w trakcie hospitalizacji	160
V. DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z WŁASNEJ INICJATYWY	165
WNIOSKI	169
SPIS WYKRESÓW	172
SPIS TABEL	173
SPIS MAP	174
SPIS RYSUNKÓW	174

WPROWADZENIE

Sprawozdanie stanowi realizację dyspozycji art. 58 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym Rzecznik Praw Pacjenta, zwany dalej „Rzecznikiem”, przedstawia corocznie Radzie Ministrów sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W części pierwszej sprawozdania przedstawiono działania Rzecznika, podejmowane w celu realizacji zadań określonych w art. 47 ust. 1 *ustawy* wraz z analizą przestrzegania praw pacjenta.

W rozdziale pierwszym przedstawiono informacje ogólne wraz z danymi statystycznymi. W 2012 r. w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, zwanym dalej „Biurem”, odnotowano 63 913 zgłoszeń, w tym wpłynęło 16 532 pism, zarejestrowano 35 887 rozmów telefonicznych za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii oraz 11 494 wizyt zainteresowanych (tj. 731 w Biurze i 10 763 u Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego).

W kolejnych dwóch rozdziałach przedstawiono sposób rozpatrzenia pism skierowanych do Rzecznika oraz szczegółowe dane dotyczące prowadzonych postępowań wyjaśniających, w tym analizę ze spraw zbadanych na miejscu. W 2012 r. Rzecznik prowadził 1168 postępowań wyjaśniających, wszczętych zarówno na wniosek, jak i z własnej inicjatywy. Najczęściej stwierdzanym naruszeniem praw pacjenta było prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do dokumentacji medycznej oraz prawo do informacji. Zbadano sprawę na miejscu w 63 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, z czego w 49 podmiotach stwierdzono naruszenie praw pacjenta. Ponadto, w rozdziale trzecim zostało omówione prawo pacjenta do złożenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku, które jest nowym prawem, zatem koniecznym było podjęcie działań informacyjnych mających na celu popularyzację korzystania przez pacjentów z instytucji sprzeciwu.

Rozdział czwarty przedstawia ocenę przestrzegania praw pacjenta w zakresie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. W roku sprawozdawczym przeprowadzono 34 postępowania we wskazanym powyższej zakresie.

W rozdziale piątym przedstawiono współpracę Rzecznika w zakresie uczestnictwa w sprawach cywilnych związanych z naruszeniem praw pacjenta oraz z prokuraturą i sądami. Uzyskując informacje świadczące o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu Rzecznik, działając na podstawie art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeksu postępowania karnego* (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.), zawiadamiał właściwe organy prokuratury. Współpraca polegała również na rozpatrywaniu spraw pacjentów skierowanych do

organów prokuratury, a przesłanych przez te organy do Rzecznika zgodnie z właściwością. W tym zakresie Rzecznik informował organy prokuratury o treści wydawanych rozstrzygnięć oraz na ich wniosek przekazywał informacje i materiały zebrane w toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego.

W kolejnym rozdziale przedstawiono działania Rzecznika w zakresie opracowywania i przekładania Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta. W 2012 r. Rzecznik przedłożył Radzie Ministrów proponowane zmiany do *Ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz o zmianie innych ustaw*.

W rozdziale siódmym przedstawiono wystąpienia skierowane do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej. W 2012 r. Rzecznik skierował takie wystąpienia do Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie uregulowania wykonywania zawodu psychologa i powołania samorządu zawodowego psychologów oraz do Ministra Zdrowia w sprawie uregulowania wykonywania zawodu psychoterapeuty i terapeuty zajęciowego. Jednocześnie, Rzecznik brał czynny udział w pracach legislacyjnych w zakresie związanym z prawami pacjentów.

Rozdział ósmy przedstawia działania Rzecznika związane z opracowywaniem i wydawaniem publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta. Decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Europy rok 2012 został ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Tym samym, Rzecznik podejmował inicjatywy mające na celu edukację osób starszych, które często nie mają wystarczającej wiedzy na temat przysługujących im, jako pacjentom praw. W Ogólnopolski Dzień Seniora 14 listopada 2012 r. Rzecznik zorganizował konferencję pt. „Seniorzy w systemie ochrony zdrowia”.

W kolejnych dwóch rozdziałach przedstawiono współpracę Rzecznika z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw oraz przedstawione przez Rzecznika właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych oceny i wnioski zmierzające do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta. Wiodącym adresatem wystąpień był Minister Zdrowia. Rzecznik kierował również wystąpienia do innych ministrów właściwych w danej sprawie, do Narodowego Funduszu Zdrowia jak również do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, do Prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej oraz do samorządów jednostek terytorialnych. Jednocześnie, Rzecznik współpracował zarówno z konsultantami krajowymi jak i z konsultantami wojewódzkimi w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

W rozdziale jedenastym zaprezentowano przykładowe formy współpracy Rzecznika z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów.

Rozdział dwunasty przedstawia wyniki analizy skarg pacjentów, zgodnie z art. 47 ust. 1 pkt 10 *ustawy*, której Rzecznik dokonuje w celu określenia zagrożeń w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy. Na tej podstawie Rzecznik podejmował działania systemowe, zwracając się do organów, instytucji o podjęcie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta. W rozdziale tym została również przedstawiona aktualna sytuacja związana z ochroną praw reprodukcyjnych kobiet, w tym prawo do żądania, aby lekarz udzielający pacjentce świadczeń zdrowotnych zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.

Ostatni rozdział części pierwszej opisuje działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisje te są nową instytucją, działającą od dnia 1 stycznia 2012 r. Ich działalność jest związana z możliwością uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku ustalenia zdarzenia medycznego, w sposób alternatywny do zasad ogólnych dochodzenia tych roszczeń na drodze postępowania cywilnego.

Część druga sprawozdania odnosi się do działalności Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, a więc wykonywania art. 10a-10d *ustawy* z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375). Ponadto, przedstawiono ocenę stopnia przestrzegania praw pacjenta w 71 podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w których Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełnią swoją funkcję.

Część pierwsza

DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ

I. INFORMACJE OGÓLNE

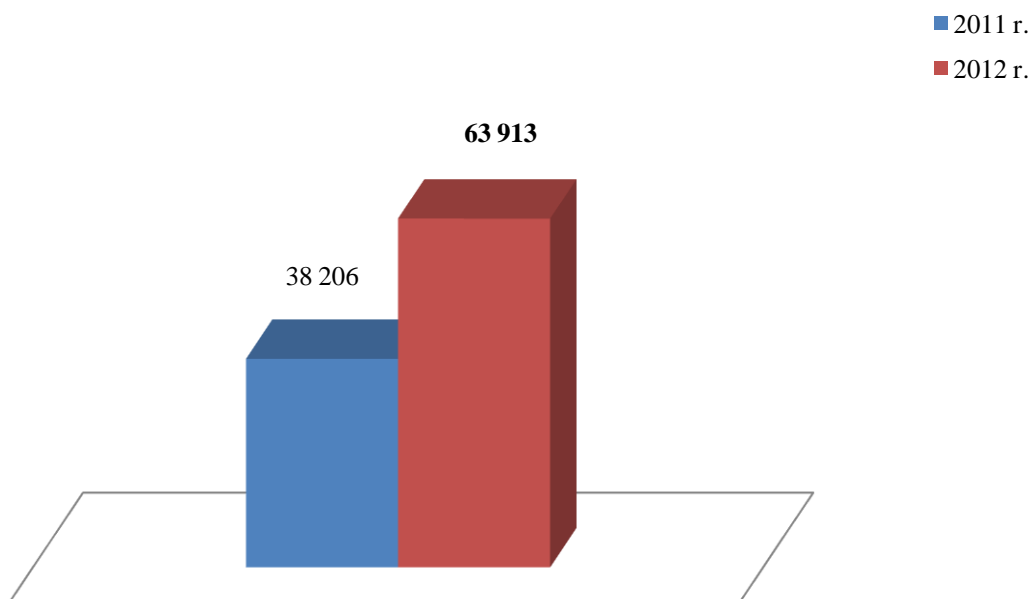
Zgodnie z art. 47 ust. 1 *ustawy* do zakresu działania Rzecznika należy:

- 1) prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 2) prowadzenie postępowań w trybie art. 50–53 *ustawy*;
- 3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55 *ustawy*;
- 4) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- 5) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
- 6) opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- 7) współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 8) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
- 9) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- 10) analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- 11) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

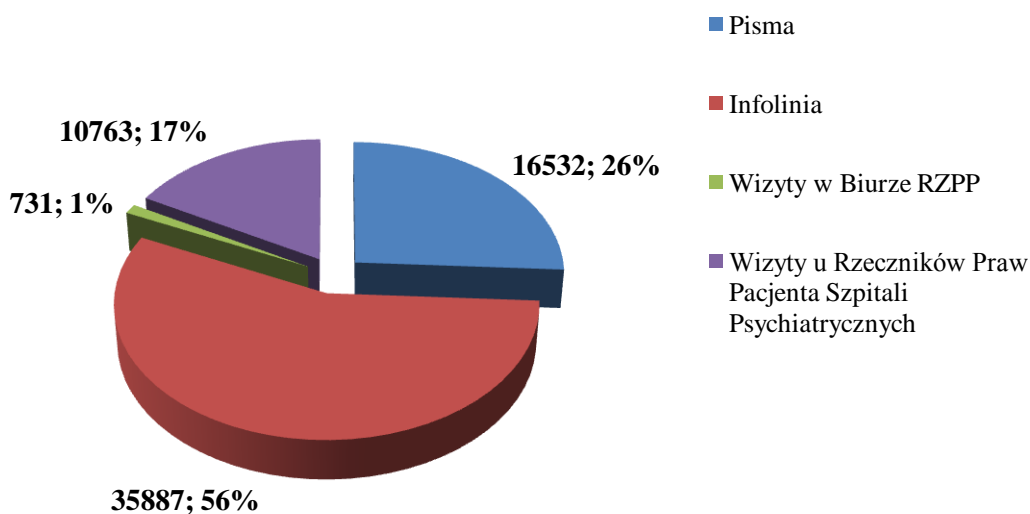
Mając na uwadze powyższy katalog zadań Rzecznika, niniejsze sprawozdanie przedstawia sposób ich realizacji wraz ze wskazaniem przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W 2012 r. wpłynęło do Biura Rzecznika Praw Pacjenta **63 913 zgłoszeń**, które były podstawą do realizacji ww. zadań określonych w *ustawie*.

Wykres 1. Liczba zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2011 oraz 2012



Wykres 2. Zgłoszenia skierowane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w 2012 r.



Do zadań Rzecznika należy zapoznanie się ze skierowanym do niego wnioskiem. Zgodnie z art. 51 *ustawy*, Rzecznik może:

- 1) podjąć sprawę;
- 2) poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych;
- 3) przekazać sprawę zgodnie z właściwością;
- 4) nie podjąć sprawy;

zawiadamiając o tym wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy.

Ponadto, Rzecznik może wszcząć postępowanie wyjaśniające także z własnej inicjatywy, zgodnie z art. 50 ust. 3 *ustawy*, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie prawa pacjenta.

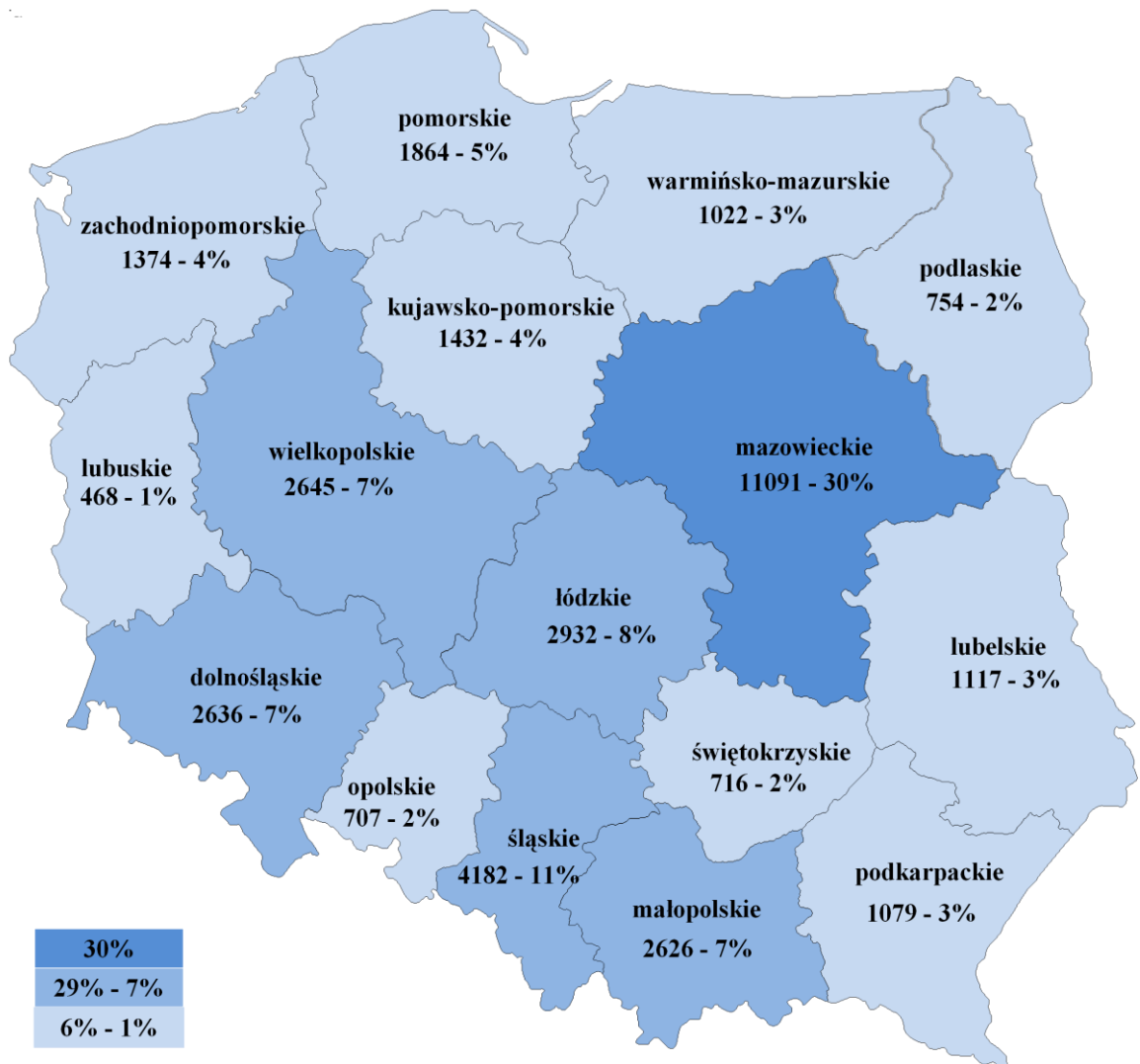
W celu ułatwienia kontaktu z zainteresowanymi pracownicy Biura pełnią dyżury telefoniczne za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii o numerze: **800 190 590**, od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–21.00. Infolinia stanowi narzędzie działań informacyjno–edukacyjnych Rzecznika. Dzięki niniejszej formie działalności, pracownicy Biura mają możliwość udzielania znacznie szybciej i skuteczniej pomocy, w szczególności przekazania niezbędnych informacji w zakresie praw pacjenta oraz podjęcia właściwych działań w celu rozwiązania zgłaszanego problemu.

Mając na uwadze powyższe należy wyodrębnić dwa główne zadania infolinii, tj.:

- 1) udzielanie informacji w zakresie praw pacjentów, zwiększając tym samym świadomość obywateli w zakresie przysługujących im praw, jako pacjentom;
- 2) podejmowanie działań w wyniku sygnałów uzyskanych za pośrednictwem bezpłatnej infolinii.

W 2012 r. zarejestrowano 35 887 przeprowadzonych rozmów telefonicznych, co przedstawia poniższa mapa.

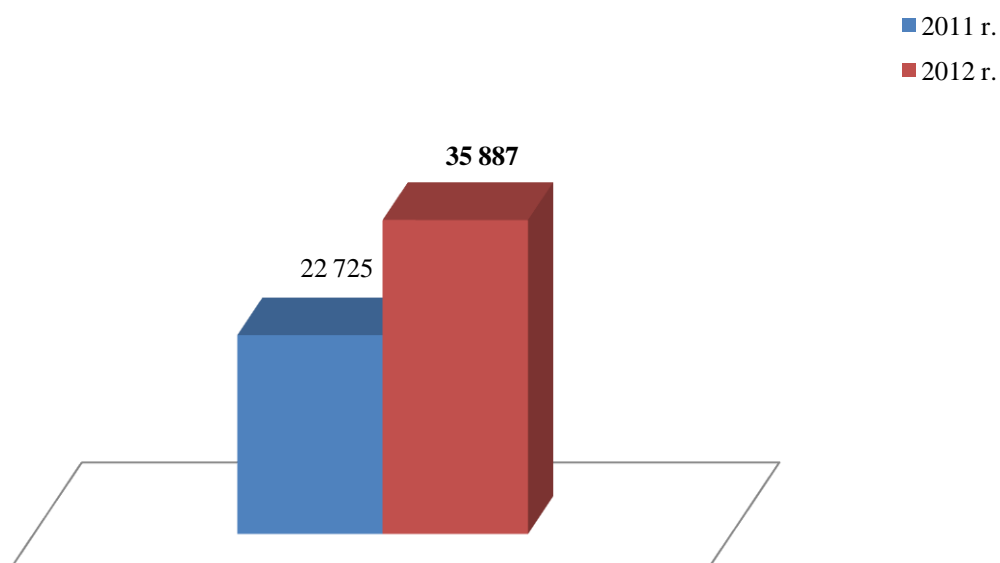
Mapa 1. Wpływ sygnałów telefonicznych za pośrednictwem infolinii z podziałem na województwa w 2012 r.



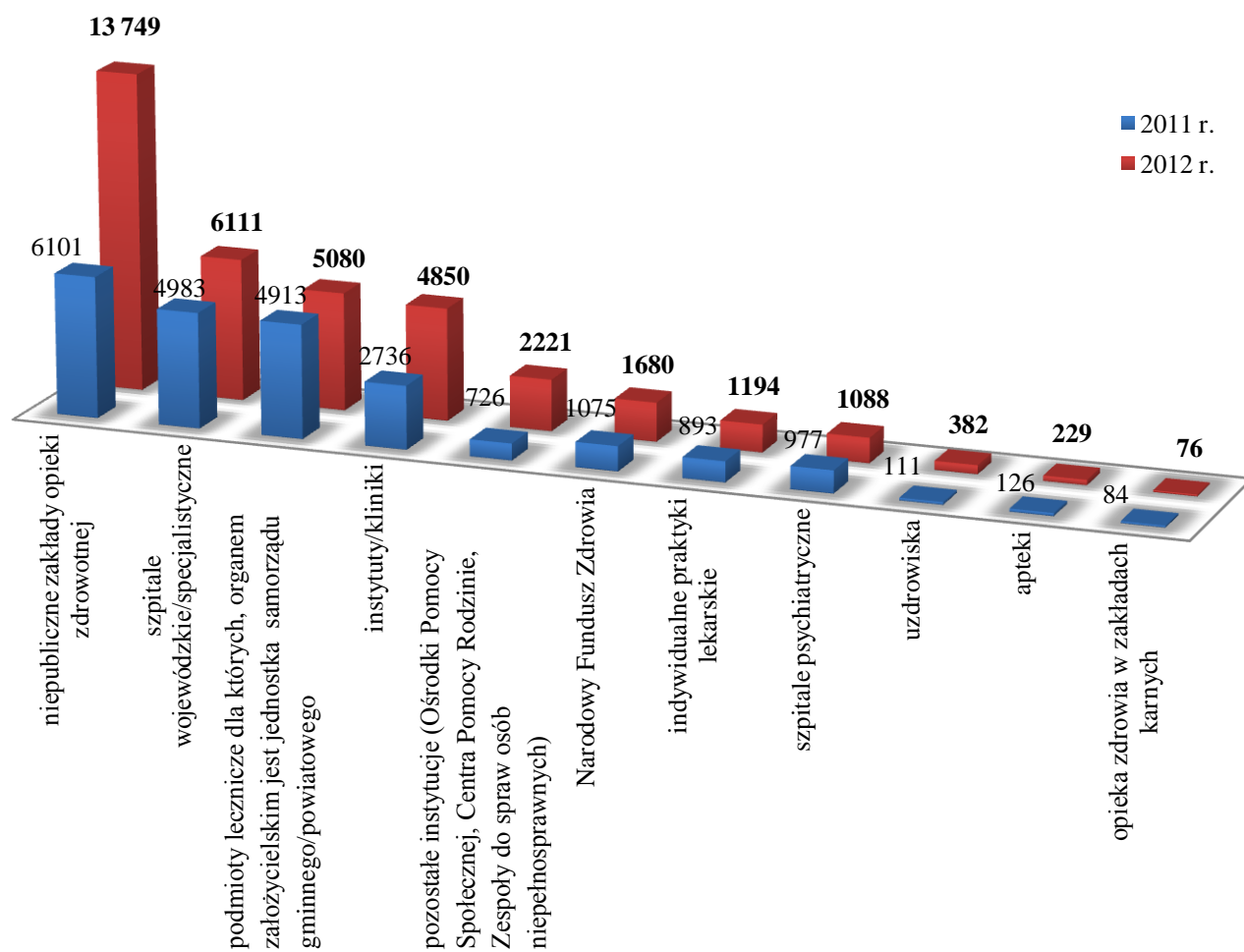
Warto również wskazać na zwiększone zapotrzebowanie na tę formę działalności i wzrost liczby rozmów prowadzonych w ramach obsługi bezpłatnej infolinii.

Poniższe wykresy przedstawiają dane dotyczące przekazywanych sygnałów w ujęciu statystycznym.

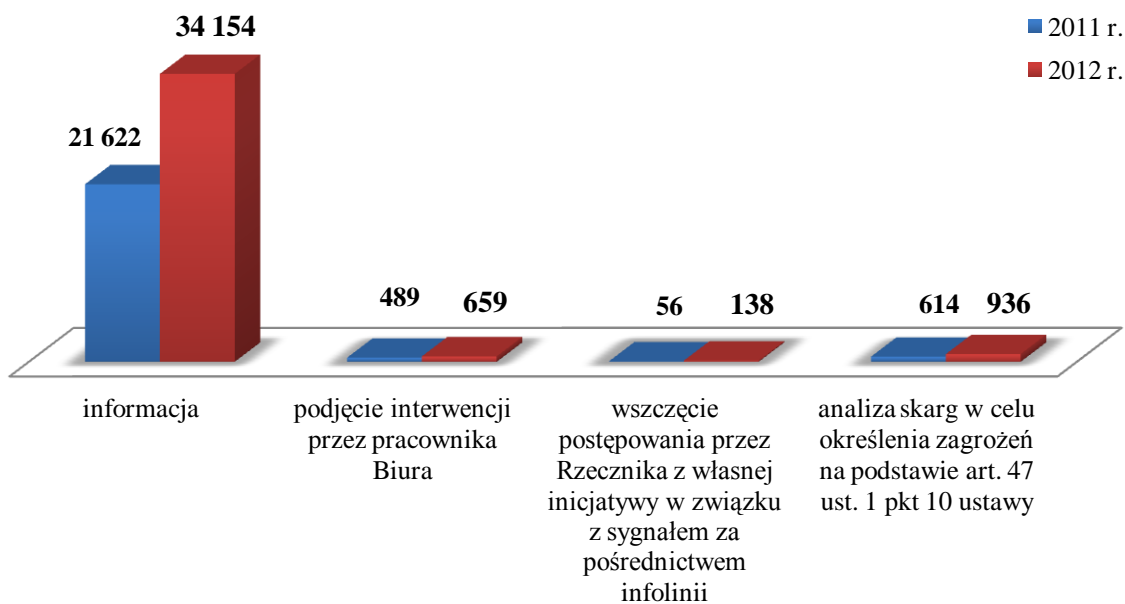
Wykres 3. Liczba zgłoszeń za pośrednictwem infolinii w 2011 r. oraz 2012 r.



Wykres 4. Podział podmiotów, których dotyczyły zgłoszenia na infolinii w 2011 r. i 2012 r.

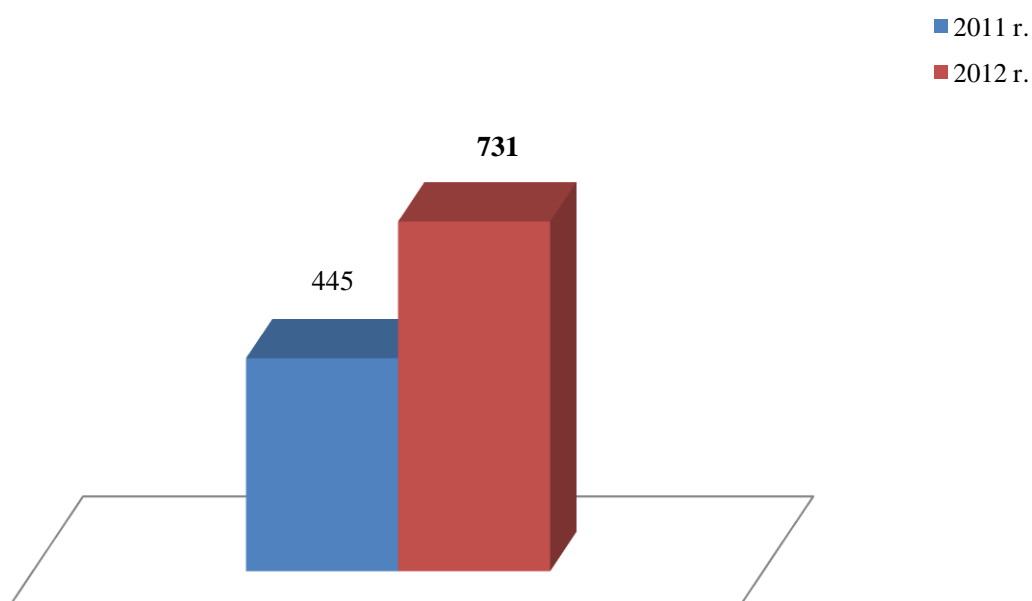


Wykres 5. Rodzaj podejmowanych działań na podstawie zgłoszeń za pośrednictwem infolinii w 2011r. oraz w 2012 r.

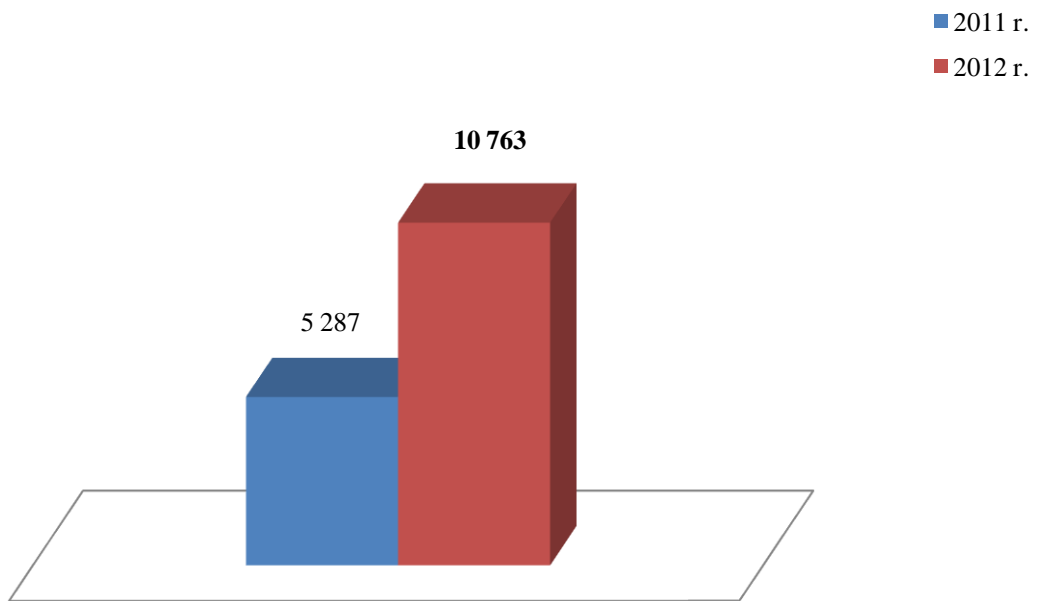


Do Biura Rzecznika każdy obywatel może zgłosić się od poniedziałku do piątku w godzinach od 9.00–15.00. W każdy poniedziałek od godz. 15.00–17.00 interesanci (po wcześniejszym ustaleniu) mogą spotkać się bezpośrednio z Rzecznikiem lub jego Zastępcą. W 2012 r. przyjęto w Biura 731 osób. Natomiast Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przyjęli 10 763 interesantów.

Wykres 6. Liczba wizyt w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w roku 2011 oraz 2012



Wykres 7. Liczba wizyt u Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w latach 2011 oraz 2012



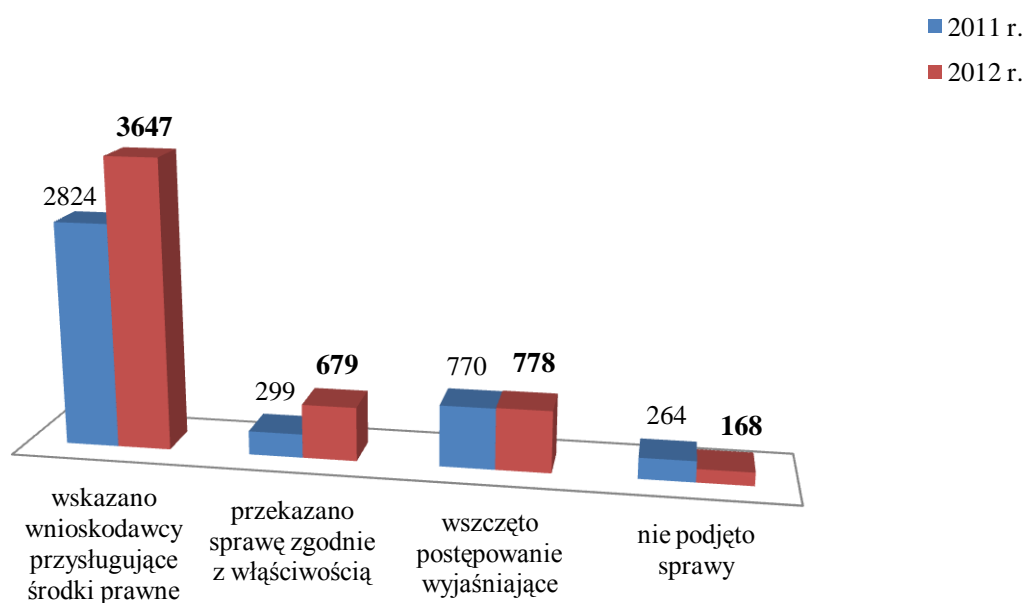
II. SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKÓW SKIEROWANYCH DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA, W TYM W TRYBIE ART. 51 USTAWY

W okresie objętym sprawozdaniem wpłynęło 16 532 pism, z czego 32% stanowiły wnioski w indywidualnych sprawach pacjentów, rozpatrzonych w trybie art. 51 *ustawy* (patrz tabela poniżej).

Tabela 1. Liczba spraw rozpatrzonych w 2012 r. przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy

Sposób rozpatrzenia wniosku	Liczba spraw %
art. 51 pkt 1 <i>ustawy</i> (podjęcie sprawy na wniosek)	778 (15%)
art. 51 pkt 2 <i>ustawy</i> (wskazanie przysługujących środków prawnych)	3647 (69%)
art. 51 pkt 3 <i>ustawy</i> (przekazanie według właściwości)	679 (13%)
art. 51 pkt 4 <i>ustawy</i> (niepodjęcie sprawy)	168 (3%)
Razem	5272 (100%)

Wykres 8. Liczba spraw rozpatrzonych przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy w 2011 roku oraz w 2012 roku

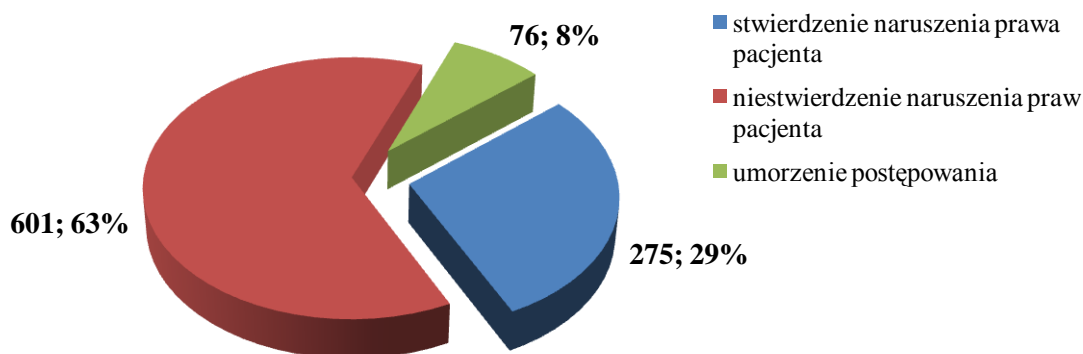


Szczegółowe dane dotyczące postępowań wyjaśniających prowadzonych w 2012 r.

W 2012 r. prowadzonych było 1168 postępowań wyjaśniających, zarówno z własnej inicjatywy Rzecznika, jak i na wniosek, w tym:

- 1) 827 (71%) prowadzonych na podstawie pisemnych i osobiście złożonych wniosków pacjentów lub osób działających w ich imieniu, w tym 182 (22%) kontynuowano w 2013 r.;
- 2) 341 (29%) prowadzonych z własnej inicjatywy Rzecznika, m.in. w związku informacjami pochodzącymi ze środków masowego przekazu, od osób zainteresowanych wyjaśnieniem konkretnej sprawy, w tym 34 (10%) kontynuowano w 2013 r.

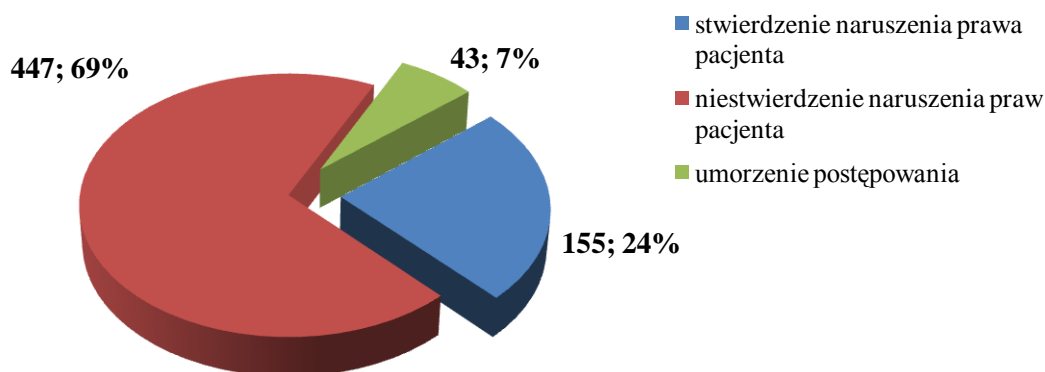
Wykres 9. Wskazanie sposobu zakończenia postępowań prowadzonych na wniosek i z własnej inicjatywy Rzecznika w 2012 r.



Szczegółowe dane dotyczące postępowań wyjaśniających:

- 1) 827 prowadzonych na podstawie wniosków, z tego,
 - a) 645 (78%) postępowania zakończone, w tym,
 - w 155 (24%) postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta,
 - w 447 (69%) postępowaniach nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta,
 - 43 (7%) postępowania umorzono – brak podstaw do wydania merytorycznego rozstrzygnięcia,
 - b) 182 (22%) postępowania kontynuowano w 2013 r.

Wykres 10. Wskazanie sposobu zakończenia postępowań prowadzonych na wniosek w 2012 r.



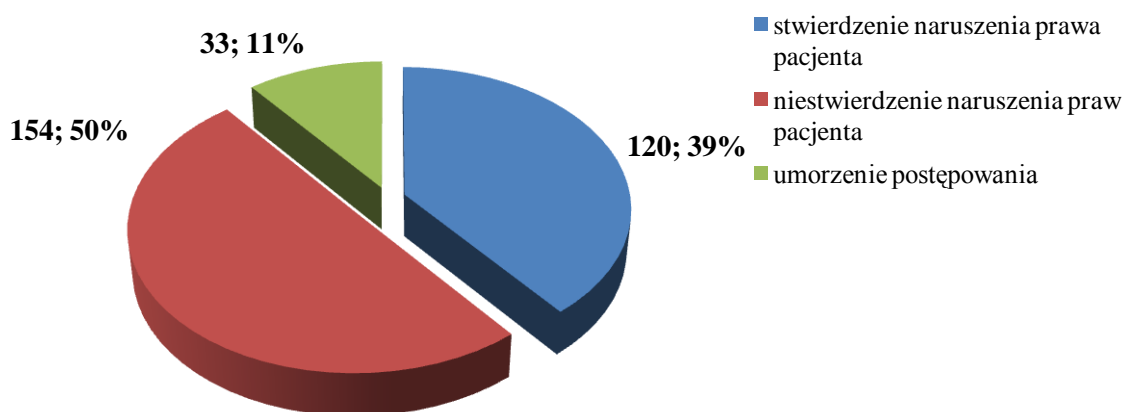
2) 341 prowadzonych z własnej inicjatywy Rzecznika, z czego:

a) 307 (90%) postępowań zakończono:

- w 120 (39%) postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta,
- w 154 (50%) sprawach nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta,
- 33 (11%) umorzono – z uwagi na brak podstaw do wydania merytorycznego rozstrzygnięcia.

b) 34 (10%) postępowań kontynuowano w 2013 r.

Wykres 11. Wskazanie sposobu zakończenia postępowań prowadzonych z własnej inicjatywy Rzecznika w 2012 r.



W zakresie nieprawidłowego wystawiania recept, niezgodnego z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2011 r., Nr 294, poz. 1739) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2012 r., poz. 260), w 2012 r. Rzecznik prowadził 109 postępowań wyjaśniających (co stanowi 9% wszystkich prowadzonych postępowań wyjaśniających – 1168), w tym:

- 1) 13 (12%) – prowadzonych na podstawie wniosków, z czego:
 - a) w 3 (23%) postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta,
 - b) w 10 (77%) postępowaniach nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta,
- 2) 96 (88%) – prowadzonych z własnej inicjatywy Rzecznika, z czego:
 - a) w 40 (42%) postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta,
 - b) w 46 (48%) postępowaniach nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta,
 - c) 10 (10%) umorzono – z uwagi na brak podstaw do wydania merytorycznego rozstrzygnięcia.

Szczegółowe informacje w zakresie działań podejmowanych przez Rzecznika w związku z napływającymi sygnałami dotyczącymi ograniczania praw świadczeniobiorców do refundacji leków w *Załączniku nr 2*.

Szczegółowe zestawienie spraw przekazywanych zgodnie z właściwością:

- 1) 316 (47%) – okręgowe inspektoraty Służby Więziennej;
- 2) 171 (25%) – jednostki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) 63 (9%) – samorządy zawodów medycznych;
- 4) 57 (8%) – Ministerstwo Zdrowia;
- 5) 15 (2%) – Zakład Ubezpieczeń Społecznych/Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 6) 57 (8%) – pozostałe (w tym: do Głównego Inspektora Sanitarnego, do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, do Urzędów Wojewódzkich, do pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych; do Ośrodków Pomocy Społecznej).

W tym miejscu należy wyjaśnić, że obowiązkiem organów administracji publicznej, w tym Rzecznika, jest przestrzeganie ustawowego zakresu swoich kompetencji (właściwości rzeczowej). Sprawy nienależące do właściwości Rzecznika były przekazywane właściwym organom. Głównymi przyczynami przekazania spraw zgodnie z właściwością były: skargi na

warunki odbywania kary pozbawienia wolności; skargi formułowane wobec konkretnych lekarzy z wnioskami o pociągnięcie ich do odpowiedzialności zawodowej w związku z niewłaściwym postępowaniem diagnostyczno – leczniczym i zarzutami nieprzestrzegania etyki zawodowej, sprawy związane z refundacją sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych.

Z uwagi na brak możliwości podjęcia działań w związku ze skierowanymi wnioskami, pozostającymi poza kompetencjami Rzecznika oraz braku możliwości przekazania do organu właściwego, Rzecznik nie podjął 3% (68) spraw.

III. POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCE

1. Informacje ogólne

Postępowanie wyjaśniające w przedmiocie ustalenia naruszenia praw pacjenta zostało uregulowane w art. 50–53 *ustawy*. Natomiast w zakresie nieuregulowanym zgodnie z art. 54 *ustawy* zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *-Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2013 r., poz. 267.). Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające na wniosek uprawdopodobniający naruszenie praw pacjenta, poza tym może wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy na podstawie art. 50 ust. 3 *ustawy*.

Przepisy nie przewidują dla wniosku żadnej szczególnej formy, są jednak pewne elementy, wskazane w art. 50 *ustawy*, stanowiące wymagania formalne wniosku, które powinien zawierać, tj. wskazanie wnioskodawcy, oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy oraz opis stanu faktycznego uprawdopodobniający naruszenie praw pacjenta.

Rzecznik po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem, może podjąć sprawę i wszcząć postępowanie wyjaśniające w sprawie ustalenia naruszenia praw pacjenta.

Do etapów postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Rzecznika zaliczamy:

- 1) wszczęcie postępowania;
- 2) postępowanie dowodowe, w tym poinformowanie strony, na podstawie art. 10 *Kodeksu postępowania administracyjnego*, o możliwości odniesienia się co do zebranego materiału dowodowego przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawie;
- 3) stwierdzenie przez Rzecznika naruszenia praw pacjenta:
 - a) nienaruszenia prawa pacjenta i wyjaśnienie wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, że nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta oraz poinformowanie o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego zarzut naruszenia tych praw dotyczył. Od powyższego, zgodnie z art. 127 § 3 *Kodeksu postępowania administracyjnego* wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, a następnie możliwość złożenia skargi na czynności Rzecznika do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (por. wyrok WSA w Warszawie z dnia 8 stycznia 2013 r. o sygn. VII SA/Wa 1525/12),
 - b) naruszenie praw pacjenta i skierowanie wystąpienia do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta. W niniejszym wystąpieniu Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do

sposobu załatwienia sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych. Od niniejszego pisma nie przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie oraz skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego (por. postanowienie WSA w Warszawie z dnia 1 marca 2013 r. o sygn. VII SA/Wa 2759/12). Organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajęтым 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,

- c) zwrócić się do organu nadrzędnego nad jednostką, w której działalności Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta.

Przedmiot prowadzonych postępowań:

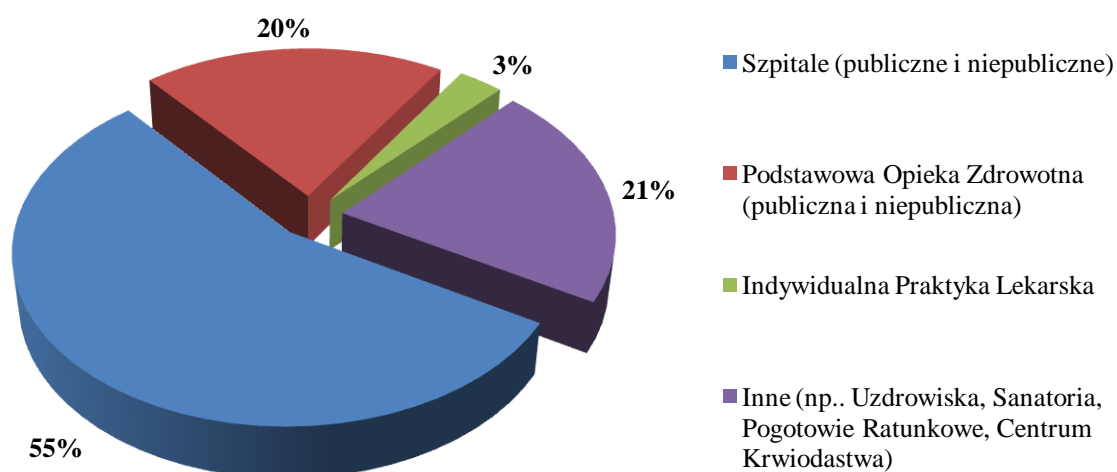
- a) prawo do świadczeń zdrowotnych – 867 przypadków,
- b) prawo do dokumentacji medycznej – 163 przypadki,
- c) prawo do informacji – 105 przypadków,
- d) prawo do poszanowania intymności i godności – 81 przypadków,
- e) prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych – 26 przypadków,
- f) prawo do tajemnicy lekarskiej – 13 przypadków,
- g) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego – 12 przypadków,
- h) prawo do przechowywania wartościowych w depozycie – 1 przypadek.

Warto jednak zaznaczyć, iż w ramach jednego postępowania wyjaśniającego mogło być badane więcej niż jedno prawo.

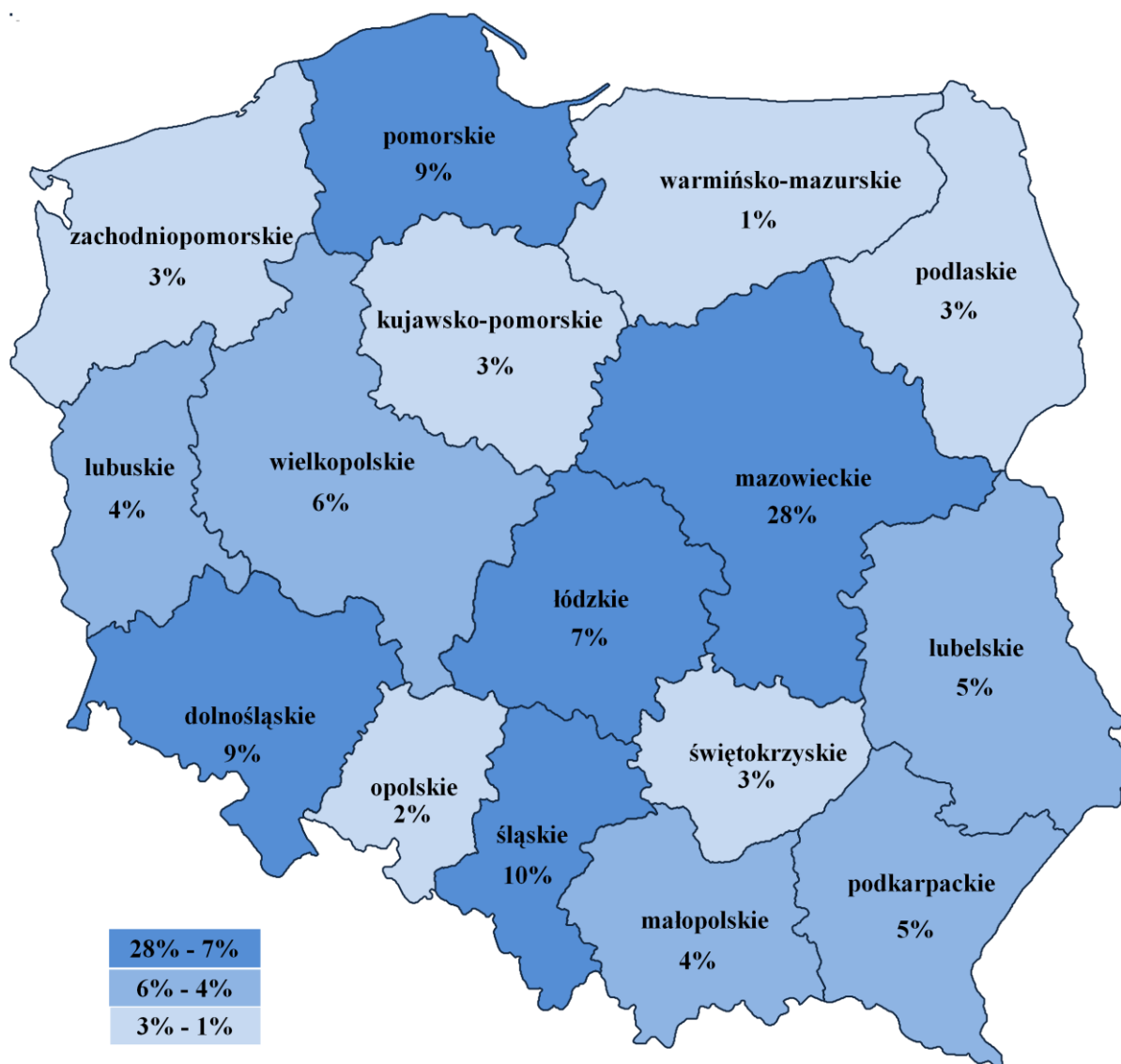
Tabela 2. Liczba postępowań wyjaśniających prowadzonych w 2012 r. wraz z podziałem na poszczególne prawa

Prawo pacjenta	Liczba postępowań wyjaśniających z podziałem na poszczególne prawa	%
prawo do świadczeń zdrowotnych	867	68,4%
prawo do dokumentacji medycznej	163	12,9%
prawo do informacji	105	8,3%
prawo do poszanowania intymności i godności	81	6,4%
prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	26	2,1%
prawo do tajemnicy informacji	13	1,0%
prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	12	0,9%
prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	1	0,1%

Wykres 12. Procentowy udział podmiotów, w działalności których stwierdzono naruszenia praw pacjenta



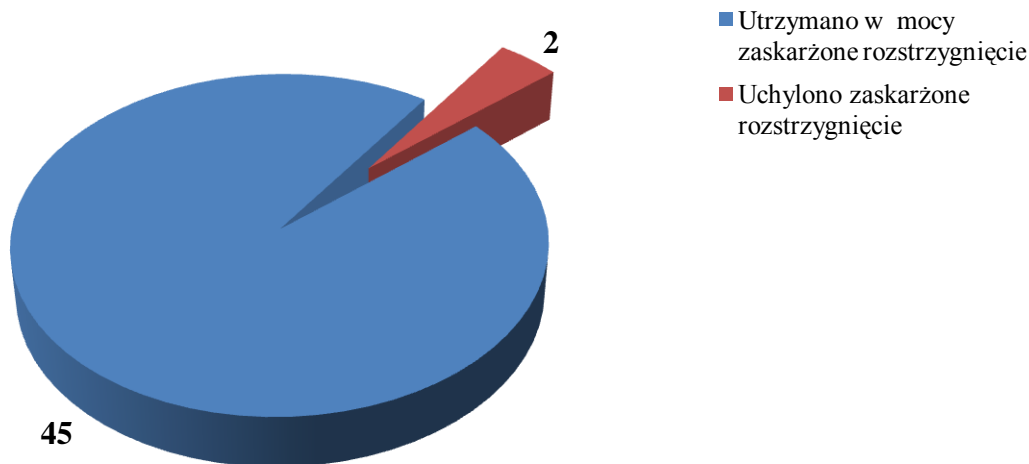
Mapa 2. Procentowe ujęcie postępowań, w których stwierdzono naruszenie praw pacjenta w podziale na województwa



2. Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy

W 2012 r. do Rzecznika wpłynęły 52 wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy, co stanowi 5% w stosunku do zakończonych postępowań. Spośród nich 47 (90%) uznano za spełniające wymogi formalne, w tym wnioski zostały wniesione przez uprawnionego wnioskodawcę w terminie 14 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia, ze wskazaniem na niezadowolenie skarżącego z wydania rozstrzygnięcia. 5 (10%) wniosków złożono po upływie terminu, określonego w art. 127 § 3 w zw. z 129 § 2 *Kodeksu postępowania administracyjnego*. W 45 (96%) sprawach rozstrzygnięcie zostało utrzymane w mocy.

Wykres 13. Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy w 2012 r.-rozstrzygnięcia



3. Opis przykładowych stwierdzeń naruszeń praw pacjenta

1) Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych – art. 6–8 ustawy (68,4% ogółu postępowań):

- a) kilka dni po wykonanym zabiegu laparotomii pacjentka trafiła do szpitala z podejrzeniem zakrzepicy kończyny dolnej. Zarzuciła, iż po wykonanym zabiegu nie zalecono jej leków przeciwzakrzepowych. W ocenie Rzecznika w przedmiotowej sprawie doszło do naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy. W związku z powyższym Rzecznik wystąpił do podmiotu leczniczego o zweryfikowanie stosowanej ankiety – „Określenie czynników ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej” i dostosowanie jej do wymogów aktualnej wiedzy medycznej, zawartych w wydanym w 2009 roku zaleceniu pt. „Profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Konsensus polski - aktualizacja styczeń 2009 r. Zalecenia oparte na dowodach z badań naukowych oraz opiniach polskich ekspertów”. Świadczeniodawca dokonał zmiany zgodnie z zaleceniami. Wzór zmienionej ankiety został przesłany Rzecznikowi;
- b) pacjent zarzucił, że podczas wizyty w podmiocie leczniczym została mu wystawiona pełnopłatna recepta na lek refundowany. W ramach prowadzonego postępowania wyjaśniającego ustalono, że pacjent w dniu wystawienia mu recepty był osobą ubezpieczoną, natomiast lek, na który

została wystawiona recepta był refundowany we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach. Dysponując materiałem dowodowym, zgromadzonym w toku prowadzonego postępowania, w szczególności dokumentacją medyczną pacjenta oraz kopią przedmiotowej recepty, Rzecznik stwierdził w omawianym przypadku naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, o którym mowa w art. 8 *ustawy*. Odnosząc się do zajętego przez Rzecznika stanowiska świadczeniodawca poinformował o dokonaniu zwrotu różnicy kwoty zapłaconej przez pacjenta, wynikającej z zakresu refundacji.

2) Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej – art. 23–30 *ustawy* (12,9% ogółu postępowań):

- a) świadczeniodawca odmówił przedstawicielowi ustawowemu udostępnienia dokumentacji medycznej małoletniego pacjenta, niezbędnej celem oceny przez zakład ubezpieczeń zakresu szkody spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym. Odnosząc się do zarzutu świadczeniodawca wyjaśnił, że odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej była podyktowana dobrem prowadzonego procesu terapeutycznego oraz ochroną danych zawartych w dokumentacji. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta wskazane okoliczności nie mogły stanowić podstawy do odmowy udostępnienia dokumentacji, w związku z czym stwierdził, iż w badanej sprawie doszło do naruszenia prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej. W ramach wniosków co do załatwienia sprawy Rzecznik wystąpił o przeprowadzenie dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych, personelu medycznego oraz administracyjnego szkolenia z zakresu przepisów dotyczących prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej. W odpowiedzi na powyższe świadczeniodawca poinformował, iż wdrożono proponowane działania, w szczególności wszyscy pracownicy, których obowiązki dotyczą prowadzenia bądź też udostępniania dokumentacji medycznej zostali kompleksowo przeszkoleni i uzyskali wiedzę, która pozwoli wykluczyć naruszenie przepisów prawa w omawianym zakresie w przyszłości;
- b) w skierowanym do Rzecznika Praw Pacjenta wniosku pacjentka podniosła nieprawidłowości związane z udostępnieniem jej dokumentacji medycznej. Zarzuciła, iż świadczeniodawca za sporządzenie kopii dokumentacji obciążył ją zbyt wysokimi kosztami. W oparciu o całokształt zebranego w sprawie materiału dowodowego Rzecznik ocenił, iż naliczona przez świadczeniodawcę opłata była niezgodna ze stawką maksymalną, określoną w art. 28 *ustawy*,

i tym samym stwierdził naruszenie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Rzecznik ponadto zobligował świadczeniodawcę do weryfikacji pobieranych opłat i ich ustalanie w oparciu o kryteria zawarte w ww. przepisie. W odpowiedzi na powyższe, świadczeniodawca wskazał, iż: dokonał zwrotu pacjentce nadpłaty za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej; wprowadził aneksem do zarządzenia dyrektora, prawidłową wysokość opłat za wydanie wyciągu, odpisu i kopii dokumentacji medycznej; przeprowadził szkolenie pracowników w zakresie zasad ustalania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej; zamieścił w miejscu ogólnodostępnym informację o cenie brutto jednej strony dokumentacji medycznej, a określonej w art. 28 ust. 4 *ustawy*.

3) Prawo pacjenta do informacji – art. 9–12 *ustawy* (8,3% ogółu postępowań):

- a) przedstawiciele ustawowi małoletniego pacjenta zarzucili, iż nie otrzymali od świadczeniodawcy właściwej informacji o stwierdzonym u pacjenta w czasie hospitalizacji zakażeniu gronkowcem złocistym. Jediną informacją o zakażeniu był wpis zamieszczony w języku łacińskim w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego. W ramach prowadzonego postępowania Rzecznik badał, czy tak przekazana informacja o stwierdzonej jednostce chorobowej stanowiła właściwą realizację prawa pacjenta do informacji. W kontekście wymogów zawartych w art. 9 ust. 2 *ustawy* Rzecznik stwierdził, iż poinformowanie przedstawicieli ustawowych małoletniego pacjenta o wykrytym zakażeniu jedynie we wskazany powyżej sposób nie mogło stanowić właściwej realizacji prawa pacjenta do informacji i tym samym naruszyło jego dyspozycję. W związku z powyższym Rzecznik wystąpił do świadczeniodawcy o pouczenie personelu medycznego o prawidłowej formie udzielania pacjentowi (przedstawicielowi ustawowemu) informacji o stanie zdrowia, stosownie do wymagań określonych w *ustawie* (art. 9 ust. 2). Odnosząc się do sformułowanych przez Rzecznika wniosków co do sposobu załatwienia sprawy świadczeniodawca zobowiązał się do właściwej realizacji prawa pacjenta do informacji. W tym też celu do osób kierujących oddziałami szpitalnymi zostało przesłane pismo przypominające o obligatoryjnym charakterze omawianego przepisu oraz konieczności jego właściwego stosowania;
- b) zarzucając niewłaściwe udzielenie świadczenia zdrowotnego – zabiegu kapsulotomii (leczenie zaćmy wtórnej) pacjentka podała, iż przeprowadzający przedmiotowy zabieg lekarz nie udzielił jej żadnych informacji odnośnie

zabiegu. W odpowiedzi na formułowany zarzut świadczeniodawca wskazał, iż pacjentka na zabieg zgłosiła się ze skierowaniem, w związku z czym, informacja o celu i przebiegu zabiegu powinna zostać jej udzielona przez lekarza kierującego. Rzecznik nie zgodził się z przedstawionymi wyjaśnieniami stając na stanowisku, że fakt zgłoszenia się pacjentki ze skierowaniem od innego świadczeniodawcy nie zwalnia z obowiązku właściwego poinformowania pacjentki o udzielanym świadczeniu zdrowotnym. Mając na uwadze ustalony stan faktyczny oraz regulacje art. 9 ust. 2 *ustawy*, Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do informacji. Jednocześnie Rzecznik zobowiązał świadczeniodawcę do pisemnego pouczenia personelu medycznego o konieczności zapewnienia pacjentom właściwego dostępu do informacji, odpowiednio do wymogów określonych w art. 9–12 *ustawy*. W odpowiedzi na skierowane wystąpienie świadczeniodawca poinformował, iż omawiane zdarzenie zostało zakwalifikowane jako niezgodność w zakresie wdrożonego zintegrowanego systemu zarządzania. Z uwagi na to sporządzona została karta niezgodności i działań korygujących/zapobiegawczych. W ramach działań zapobiegawczych zostało wystosowane pismo do osób kierujących oddziałami szpitalnymi zobowiązujące do pouczenia podległego personelu o obowiązkach wynikających z omawianego prawa pacjenta.

4) Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta – art. 20–22 *ustawy* (6,4% ogółu postępowań):

- a) lekarz odmówił ciężarnej pacjentce obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie nie odnotowano tej okoliczności w dokumentacji medycznej pacjentki, naruszając w ten sposób dyspozycję art. 21 ust. 2 *ustawy*. W kontekście przedstawionej sprawy w toku prowadzonego postępowania konieczne było ustalenie, czy wskazana odmowa spełniała warunki jej dopuszczalności, określone w art. 21 ust. 2 *ustawy* (bezpieczeństwo pacjenta lub zagrożenie epidemiologiczne). Po rozpatrzeniu zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego, Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności. Za zajęтым stanowiskiem przemawiała okoliczność nie dochowania obligatoryjnego obowiązku związanego z koniecznością odnotowania odmowy obecności osoby bliskiej w dokumentacji medycznej pacjenta. W odpowiedzi na skierowane wystąpienie świadczeniodawca zobowiązał się do stosowania obowiązujących przepisów prawa w omawianym zakresie.

Zorganizował szkolenie pracowników, zalecając umożliwienie osobom bliskim obecności w trakcie konsultacji medycznych, pouczając jednocześnie, w przypadku odmowy, o obligatoryjnym obowiązku odnotowania tej okoliczności w dokumentacji medycznej pacjenta;

- b) w skierowanym do Rzecznika wniosku przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta podniósł odmowę świadczeniodawcy w zakresie obecności osoby bliskiej przy udzielanym świadczeniu zdrowotnym – zabiegu gastrokopii. Argumentując odmowę świadczeniodawca powołał się na przesłanki zawarte w art. 21 ust. 2 *ustawy*, tj. istnienie prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Mając na uwadze uzyskany materiał dowodowy, w szczególności dokumentację medyczną małoletniego pacjenta, charakter przedmiotowego zabiegu oraz okoliczność, że w sprawie chodziło o pacjenta małoletniego, Rzecznik ocenił, iż odmawiając obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych należy brać mierniki czysto obiektywne, uzasadniające odmowę w oparciu o ww. przesłanki. W przedmiotowej sprawie należy wskazać, iż pacjent małoletni należał do grupy pacjentów, których relacje z personelem medycznym powinny być traktowane w szczególny sposób, uwzględniający ich możliwość pojmowania sytuacji oraz poczucie strachu czy też niebezpieczeństwa, natomiast świadczeniodawca nie uargumentował w sposób przekonujący zaistnienia przesłanek uzasadniających odmowę. W skierowanym wystąpieniu informującym o stwierdzeniu naruszenia prawa pacjenta do intymności i godności, Rzecznik zobowiązał świadczeniodawcę do pouczenia personelu medycznego w zakresie badanego prawa pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem przesłanek umożliwiających odmowę obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W odpowiedzi świadczeniodawca poinformował o pouczeniu personelu medycznego we wskazanym powyżej zakresie oraz dodatkowo o przeprowadzeniu rozmowy dyscyplinującej z lekarzem odpowiedzialnym za odmowę obecności przedstawiciela ustawowego przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi.

5) Prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych – art. 15-19 ustawy (2,1% ogółu postępowań):

- a) pacjent wskazał, że lekarz nie przekazał mu właściwej informacji o planowanym zabiegu cystoskopii, zarzucając pogorszenie się stanu zdrowia po jego przeprowadzeniu. W toku postępowania ustalono, iż od pacjenta nie uzyskano pisemnej zgody, jaką powinien wyrazić w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, o czym stanowi art. 18 ust. 1 *ustawy*. W oparciu o zgromadzony materiał dowodowy i ustalenia poczynione na jego podstawie Rzecznik stwierdził, że pacjent nie został właściwie poinformowany o planowanym zabiegu cystoskopii i w związku z tym nie wyraził „świadomej” zgody na jego przeprowadzenie, co w konsekwencji naruszyło prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Formułując wnioski co do załatwienia sprawy, Rzecznik zobowiązał świadczeniodawcę do każdorazowego uzyskiwania pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zabiegu operacyjnego lub zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz przesłanie kopii zmienionego formularza zgody na tego typu świadczenia zdrowotne. Stosownie do powyższego, świadczeniodawca zobowiązał się do właściwej realizacji omawianego prawa pacjenta. W załączeniu udzielonej odpowiedzi przekazano zmodyfikowane formularze zgody, o które wnioskował Rzecznik;
- b) pacjentka zarzuciła, że niezasadnie została przyjęta bez swojej zgody do szpitala psychiatrycznego. W jej opinii nie wystąpiły okoliczności uzasadniające zastosowania regulacji art. 23 ust. 1 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, określającej przesłanki stanowiące podstawę do przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody. W związku z tak przedstawioną sprawą przedmiotem wszczętego postępowania była analiza, czy w zgłoszonym przypadku doszło do naruszenia prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Uzyskany w toku postępowania dowodowy materiał potwierdził, że w omawianym przypadku świadczeniodawca naruszył badane prawo pacjenta. Taki pogląd podzielił również sąd rejonowy, który uznał, że przyjęcie pacjentki na hospitalizację było niezasadne, wskazując, iż zgodnie z ustalonym stanem faktycznym nie zachodziły przesłanki zastosowania przepisów dotyczących przymusowego leczenia. W celu zapobiegnięcia analogicznym przypadkom w przyszłości

świadczeniodawca, stosownie do wniosku Rzecznika, przeprowadził szkolenie personelu medycznego z zakresu praw pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów dotyczących dopuszczalności zastosowania procedur medycznych bez zgody pacjenta.

**6) Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych – art. 13, 14 ustawy
(1% ogółu postępowań):**

- a) motywując swój wniosek pacjentka zarzuciła świadczeniodawcy niewłaściwe prowadzenie dokumentacji medycznej wskazując, iż pewne informacje związane z jej stanem zdrowia, bez jej wiedzy, zostały wpisane do dokumentacji medycznej jej małoletniego dziecka, do której mógł mieć dostęp między innymi ojciec dziecka, natomiast ona sama nie upoważniła nikogo do uzyskiwania informacji związanych z jej stanem zdrowia. Świadczeniodawca potwierdził dokonanie takiego wpisu w dokumentacji medycznej małoletniego pacjenta. Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził naruszenie prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, o którym mowa w art. 13 i 14 ust. 1 ustawy.

W związku z powyższym, Rzecznik zobowiązał podmiot leczniczy do:

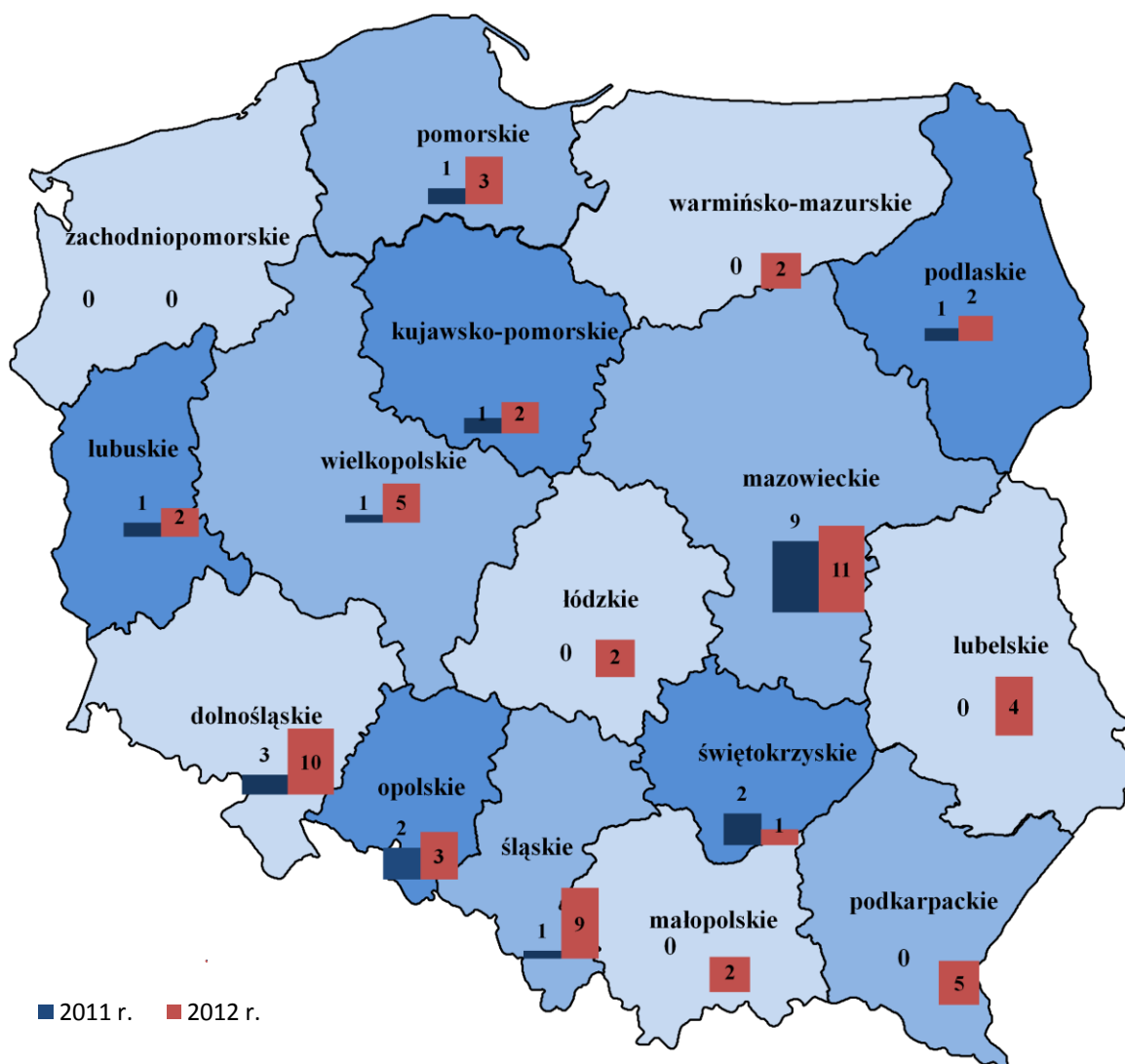
- aa) wdrożenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. 2010, Nr 252 poz.1697, z późn. zm.) przez zabezpieczenie informacji związanych z pacjentem w prowadzonej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej przed dostępem osób nieuprawnionych, tj. usuwanie wszystkich informacji związanych z innym pacjentem niż tym, którego dokumentacja medyczna dotyczy, a w szczególności usuwanie z dokumentacji medycznej małoletnich pacjentów informacji o stanie zdrowia ich przedstawicieli ustawowych;
- ab) przekazanie kopii procedur wewnętrznych obowiązujących w placówce, która zabezpiecza przed wpisywaniem informacji związanych z pacjentem do dokumentacji medycznej dotyczącej innego pacjenta oraz przeprowadzenia szkolenia personelu medycznego w zakresie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle obowiązujących przepisów prawa;

b) w skierowanym do Rzecznika wniosku pacjent zarzucił, iż personel medyczny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych drogą telefoniczną ujawnił osobie nieupoważnionej jego wyniki badania histopatologicznego. Wobec wskazanego zgłoszenia wszczęte zostało postępowanie wyjaśniające w przedmiocie ustalenia, czy w omawianym przypadku doszło do naruszenia prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych. W toku prowadzonego postępowania świadczeniodawca potwierdził, iż doszło do udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie nieuprawnionej. Świadczeniodawca tłumacząc zaistniałe zdarzenie wskazał, iż przekazanie informacji było podyktowane chęcią szybkiego poinformowania pacjenta o wynikach badania, natomiast do ujawnienia informacji osobie nieuprawnionej doszło przez pomyłkę, ponieważ w przypadku osoby zgłaszającej się o udzielenie informacji i pacjenta doszło do zbieżności imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania. W tak ustalonym stanie faktycznym Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych. Z uwagi, iż świadczeniodawca w toku postępowania poinformował o pouczeniu personelu medycznego w zakresie praw pacjenta, w szczególności prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, Rzecznik odstąpił od formułowania wniosków lub opinii co do załatwienia sprawy.

4. Postępowania wyjaśniające, w których sprawa była badana na miejscu (uszczegółowienie w *Załączniku nr 1*).

W 2012 roku, Rzecznik Praw Pacjenta, działając na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 50 ust. 3 *ustawy*, przeprowadził zbadanie spraw na miejscu łącznie w 62 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych oraz w jednym podmiocie leczniczym, na podstawie wniosku, tj. zgodnie z art. 50 ust. 1 *ustawy*.

Mapa 3. Liczba spraw zbadanych na miejscu w latach 2011, 2012 w poszczególnych województwach



W wyniku przeprowadzenia powyższego działania tylko w 14 (22%) podmiotach leczniczych stwierdzono pozytywną realizację przez świadczeniodawców praw pacjenta, wynikających z przepisów wskazanej ustawy oraz przepisów odrębnych. Z kolei, w 49 podmiotach leczniczych stwierdzono naruszenie praw pacjenta, co stanowi 78% wszystkich wizytowanych podmiotów.

Wykres 14. Podmioty lecznicze, w których sprawa była badana na miejscu

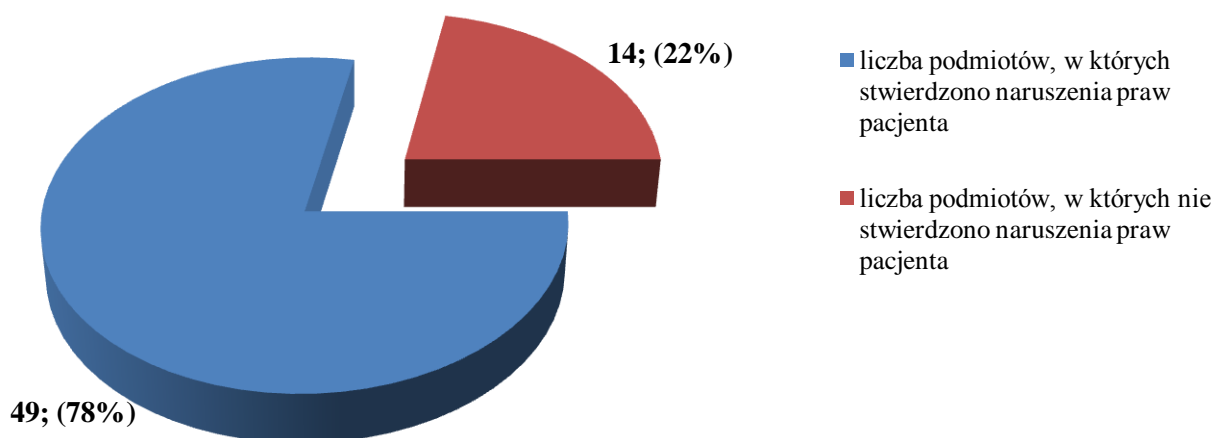


Tabela 3. Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy – sprawy zbadane na miejscu w 2012 r.

Prawo pacjenta	Liczba naruszeń	%
Prawo do informacji art. 9 ust. 1 art. 12 art. 11	54 3 14 37	58%
Prawo do świadczeń zdrowotnych art. 6 art. 8	17 2 15	18%
Prawo do poszanowania intymności i godności art. 20 ust. 1	9	10%
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego art. 33	6	7%
Prawo do dokumentacji medycznej art. 23 ust. 1 art. 24 ust. 1	5 1 4	5%
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie art. 39	2	2%
Suma	93*	100%

*liczba naruszeń praw pacjenta jest większa od liczby podmiotów leczniczych, w których stwierdzono naruszenia, ze względu na możliwość naruszenia przez jeden podmiot więcej niż jednego prawa

4.1. Sprawy zbadane na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych

W 2012 r. zbadanie spraw na miejscu przeprowadzono łącznie w 15 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych, w tym: w 8 szpitalach psychiatrycznych, w 4 oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, w 2 zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych, w 1 oddziale neurologicznym w szpitalu o profilu psychiatrycznym.

Ze względu na formę organizacyjno-prawną wskazanych 15 podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 14 to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 1 to instytut badawczy.

Naruszenie prawa pacjenta stwierdzono w 14 z 15 wizytowanych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych we wskazanym wyżej rodzaju. Naruszenia praw pacjenta nie stwierdzono jedynie w oddziale neurologicznym w szpitalu o profilu psychiatrycznym.

Tabela 4. Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy. Sprawy zbadane na miejscu – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych w 2012 r.

Prawo pacjenta	Liczba naruszeń	%
Prawo do informacji art. 9 ust. 1 art. 11	7 2 5	17%
Prawo do świadczeń zdrowotnych art. 6 art. 8	15 2 13	36%
Prawo do poszanowania intymności i godności art. 20 ust. 1	9	21%
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego art. 33	6	14%
Prawo do dokumentacji medycznej art. 23 ust. 1 art. 24 ust. 1	4 1 3	10%
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie art. 39	1	2%
Suma	42*	100%

* liczba naruszeń praw pacjenta jest większa od liczby podmiotów leczniczych, w których stwierdzono naruszenia, ze względu na możliwość naruszenia przez jeden podmiot więcej niż jednego prawa

Ponadto, w 2 podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą angażowania pacjentów w prace porządkowe, tj.:

- 1) podczas zbadania sprawy na miejscu, z relacji pacjentów wynikało, że wykonują oni czynności porządkowe (kompleksowe sprzątanie stołówek, wyrzucanie śmieci, sprzątanie łazienek, zmiana pościeli). Na zebraniu społeczności terapeutycznej ustalane są dyżury. W czasie czynności sprawdzających pacjenci przynosili meble. Tym samym, w protokole ze zbadania sprawy na miejscu sformułowano zalecenie odstąpienia od angażowania pacjentów do prac porządkowych (mycia sanitariatów, wyrzucania śmieci, zmiany pościeli). W odpowiedzi Dyrektor poinformował, że „z Programu Rehabilitacji Pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Psychiatrii wykreślony został punkt o zbieraniu śmieci przez pacjentów”. Poinformował ponadto, że „czyszczenie sanitariatów nigdy nie należało do obowiązków pacjentów, podobnie jak zmiana pościeli”;
- 2) podczas zbadania sprawy na miejscu w jednym z szpitali psychiatrycznych ustalono, że na tablicy ogłoszeń umieszone są „Zasady Pełnienia Prac Porządkowych w Oddziale V”, na podstawie których w ramach pełnienia dyżuru na stołówce do zadań pacjentów należy m.in.: wytarcie stolików, umycie podłogi, poustawianie krzeseł. Dyżury są pełnione po każdym posiłku (pkt 4 ww. Zasad). Jednocześnie, pacjenci dobrowolnie pomagają przy wnoszeniu termosów z posiłkami (pkt 5 ww. Zasad). Mając na uwadze powyższe, w oparciu o opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii z dnia 23 kwietnia 2012 r., zastrzeżenie wzbudziła treść pkt 4 (zmywanie podłogi przez pacjentów) i pkt 5 ww. Zasad. Tym samym, wystąpiono do świadczeniodawcy z zaleceniem zaniechania angażowania pacjentów Oddziału do wykonywania prac porządkowych należących do obowiązków personelu (wykreślenie pkt 4 i pkt 5 „Zasad Pełnienia Prac Porządkowych”). W odpowiedzi, Dyrektor tego Szpitala poinformował o pełnym wdrożeniu wskazanego wyżej zalecenia.

4.2. Sprawy zbadane na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży

W 2011 r. przeprowadzono zbadanie sprawy na miejscu w jednym zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży (tj. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich). W wyniku tego działania stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz naruszenie prawa pacjenta do

poszanowania intymności i godności. Mając na uwadze dobro małoletnich pacjentów, Rzecznik Praw Pacjenta podjął decyzję o zweryfikowaniu stopnia przestrzegania praw pacjentów w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w podmiotach udzielających świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

W 2012 r. zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono łącznie w 18 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych we wskazanych wyżej rodzajach. Ze względu na formę organizacyjno-prawną wskazanych 18 podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 2 podmioty to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 6 podmiotów to kościołów, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe, 3 podmioty to stowarzyszenia, 2 podmioty to spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, 1 podmiot to spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z udziałem jednostki samorządu terytorialnego, 1 podmiot to spółka akcyjna, 1 podmiot to spółka cywilna, 1 podmiot to osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, 1 podmiot to fundacja.

Naruszenie prawa pacjenta stwierdzono w 9 z 18 wizytowanych podmiotów leczniczych.

Tabela 5. Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy. Sprawy zbadane na miejscu – w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w 2012 r.

Prawo pacjenta	Liczba naruszeń	%
Prawo do informacji art. 9 ust. 1 art. 11	9 1 8	69%
Prawo do świadczeń zdrowotnych art. 6 art. 8	2	15%
Prawo do dokumentacji medycznej art. 23 ust. 1 art. 24 ust. 1	1	8%
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie art. 39	1	8%
Suma	13*	100%

*liczba naruszeń praw pacjenta jest większa od liczby podmiotów leczniczych, w których stwierdzono naruszenia, ze względu na możliwość naruszenia przez jeden podmiot więcej niż jednego prawa

4.3. Sprawy zbadane na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W 2011 r. przeprowadzono zbadanie sprawy na miejscu w 7 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych, wyłącznie w przedmiocie weryfikacji przestrzegania prawa pacjenta do informacji, określonego w art. 11 *ustawy*. Wszystkie podmioty lecznicze znajdowały się na terenie województwa mazowieckiego. W 4 przypadkach nie stwierdzono naruszenia w powyższym zakresie, natomiast w 3 przypadkach stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji (art. 11 *ustawy*), tym samym wystąpiono do świadczeniodawców z sformułowanymi opiniami i wnioskami co do sposobu załatwienia sprawy (tj. udostępnienie w miejscu ogólnodostępnym dla pacjenta informacji o prawach pacjenta oraz informacji o możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta). Mając na uwadze powyższe przesłanki oraz sygnały od pacjentów dotyczące naruszania prawa pacjenta do informacji w badanym zakresie podjęto decyzję o kontynuacji działań w celu weryfikacji realizacji przez świadczeniodawców dyspozycji art. 11 i art. 12 *ustawy*, oraz objęciem tym działaniem ww. podmiotów na terenie całego kraju w kolejnych latach.

W 2012 r. zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono łącznie w 30 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Ze względu na formę organizacyjno-prawną wskazanych 30 podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 9 podmiotów to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 8 podmiotów to spółki cywilne, 8 podmiotów to spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, 3 podmioty to spółki partnerskie, 2 podmioty to osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą.

W wyniku weryfikacji stopnia przestrzegania prawa pacjenta do informacji, w zakresie art. 11 oraz art. 12 *ustawy* przez ww. podmioty lecznicze, tylko w 4 podmiotach nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta do informacji, zaś w 26 podmiotach stwierdzono naruszenie we wskazanym wyżej zakresie.

Ponadto, w 25 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna stwierdzono naruszenie dyspozycji określonych w § 11 ust. 4 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).

Tabela 6. Naruszenia praw pacjenta do informacji. Sprawy zbadane na miejscu – podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 2012 r.

Prawo do informacji	Liczba naruszeń	%
<i>Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i>	38*	100%
art. 12 – prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych	14	37%
art. 11 – prawo do informacji o prawach pacjenta	24	63%
<i>Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej § 11 ust. 4</i>	61*	100%
pkt 5 – informacja o prawach pacjenta	19	31%
pkt 4 – informacja o trybie składania skarg i wniosków	16	26%
pkt 1 – informacja o imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń	9	15%
pkt 3 – informacja o zasadach zapisów na porady i wizyty	8	13%
pkt 7 – informacja o numerze telefonów alarmowych ratownictwa medycznego	4	7%
pkt 9 – informacja o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie	4	7%
pkt 6 – informacja o adresie oraz numerach telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a szczególności w dni wolne od pracy i święta	1	2%

**liczba naruszeń praw pacjenta jest większa od liczby podmiotów leczniczych, w których stwierdzono naruszenia, ze względu na możliwość naruszenia przez jeden podmiot więcej niż jednego prawa*

4.4. Analiza spraw zbadanych na miejscu

Mając na uwadze wyniki przeprowadzonego zbadania wszystkich spraw na miejscu, Rzecznik występował do:

- 1) podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, w których stwierdzono naruszenie praw pacjenta, z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu oraz zaleceniem wdrożenia niezbędnych działań;

- 2) podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, w których nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta, z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu;
- 3) podmiotów tworzących, z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu. W przypadku stwierdzenia naruszenia praw pacjenta występowało również z wnioskiem o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
- 4) oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu. W przypadku stwierdzenia naruszenia praw pacjenta występowało również z wnioskiem o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami.

Odnośnie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych oraz podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej, a także w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w wyniku przeprowadzonego zbadania spraw na miejscu Rzecznik występował również do:

- 1) konsultantów krajowych lub konsultantów wojewódzkich w danych dziedzinach medycyny, z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu. W przypadku stwierdzenia naruszenia praw pacjenta występowało również z wnioskiem o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
- 2) podmiotów właściwych, w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości tj.:
 - a) wojewódzkiego/powiatowego inspektora nadzoru budowlanego;
 - b) państwowego wojewódzkiego/powiatowego inspektora sanitarnego;
z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu oraz z wnioskiem o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
- 3) Rzecznika Praw Obywatelskich, z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu;
- 4) Ministra Zdrowia, z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu.

W przypadku, w którym zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży, Rzecznik kierował również wystąpienie do Rzecznika Praw Dziecka, z informacją o wynikach przeprowadzonych działań.

Z kolei, odnośnie spraw zbadanych na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych, Rzecznik kierował wystąpienia również do organów rejestrowych (właściwego wojewody), z informacją o wynikach zbadania sprawy na miejscu.

W związku z podjętymi przez Rzecznika działaniami, kierownicy podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, w których stwierdzono nieprawidłowości, zobowiązali się do wprowadzenia zaleceń przedstawionych w protokołach ze zbadania sprawy na miejscu.

Ponadto, na podstawie skierowanych przez Rzecznika wystąpień, działania zgodnie z kompetencjami podejmowały następujące podmioty lub organy właściwe:

- 1) podmioty tworzące: w 7 przypadkach podjęto działania nadzorcze nad wykonywaniem zaleceń sformułowanych w protokole Rzecznika, w 1 przypadku podmiot tworzący przeprowadził kontrolę w szpitalu psychiatrycznym;
- 2) konsultanci wojewódzcy w danej dziedzinie medycyny: w 2 przypadkach podjęto decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu, w 2 przypadkach zapewniono o objęciu nadzorem podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 3) konsultanci krajowi w danej dziedzinie medycyny: w 4 przypadkach objęto podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nadzorem;
- 4) oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia: w 4 przypadkach podjęto działania kontrolne. W 2 przypadkach nałożono na świadczeniodawców kary pieniężne;
- 5) państwowy/wojewódzki/powiatowy inspektor sanitarny: w 4 przypadkach przeprowadzono kontrolę w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych;
- 6) wojewódzki/powiatowy inspektor nadzoru budowlanego: w 4 przypadkach podjęto decyzję o przeprowadzeniu działań kontrolnych wobec świadczeniodawcy.

W wyniku analizy treści odpowiedzi dyrektorów podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych, w których Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta, dostrzegany jest problem niedofinansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Konsekwencją powyższego jest również pośrednio nie przestrzeganie praw pacjenta. Z kolei głównym obszarem, na który bezpośrednio ma wpływ powyższa sytuacja, jest przede wszystkim realizacja prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 *ustawy*). Świadczeniodawcy niejednokrotnie podnosili, że nie są w stanie podjąć działań zmierzających do poprawy warunków lokalowych w danej placówce, z uwagi na brak środków finansowych lub konieczność wprowadzenia ograniczeń w ich rozdysponowaniu. Kolejnym dostrzeganym problemem jest niewystarczająca liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, a także braki kadrowe w innych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tj.: certyfikowanych psychoterapeutów, psychologów, terapeutów zajęciowych oraz terapeutów środowiskowych. Świadczeniodawcy również wskazywali, że niejednokrotnie nie są w stanie

zapewnić większej obsady personelu, z uwagi na występujące niedobory kadrowe na terenie danego województwa.

Na podstawie analizy wyników zbadania spraw na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w podmiotach udzielających świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży należy stwierdzić, że te podmioty przestrzegają praw pacjenta małoletniego w sposób zadowalający. W 50% wizytowanych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w powyższym zakresie nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta.

Natomiast, w trakcie rozmów z dyrektorami oraz personelem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży, osoby te wielokrotnie podnosiły problem braku wystarczających środków finansowych na prowadzoną działalność. Z uwagi na to, że pacjentami tych podmiotów są osoby małoletnie, niekiedy wykazujące zaburzenia psychiczne, konieczne jest m.in. przeprowadzanie częstych remontów i napraw, zapewnienie warunków dostosowanych do ich wieku i potrzeb pacjentów, przeznaczanie większych środków finansowych na zakup materiałów i rzeczy przeznaczonych do prowadzenia zajęć terapeutycznych oraz zapewnienia pacjentom czasu wolnego. Z kolei, personel zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz szpitali psychiatrycznych z oddziałami psychiatrycznymi dla dzieci i młodzieży, zwracał uwagę na niewystarczającą liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w podmiotach udzielających świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży podnosili również kwestie dostępności do innego rodzaju świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży (w szczególności świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz dostępu do specjalistycznych konsultacji lekarskich) w przypadku pacjentów, których stan zdrowia uległ pogorszeniu.

Mając na uwadze powyższe, Rzecznik za wskazane uznaje podejmowanie lub kontynuowanie działań systemowych, w obszarze zidentyfikowanych zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy.

Ponadto, uwzględniając pozytywne efekty badania spraw na miejscu, Rzecznik za wskazane uznaje kontynuowanie tych działań w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w kolejnych latach. Zasadne jest również dalsze monitorowanie realizacji przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna obowiązku udostępniania pacjentom stosownych informacji. Z analizy przeprowadzonego zbadania spraw na miejscu w tych podmiotach, wynika,

że nie przestrzegają one w sposób satysfakcjonujący prawa pacjenta do informacji, o czym świadczy fakt, że w 87% podmiotów, w których powyższe działanie przeprowadzono, stwierdzono naruszenie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 *ustawy*.

4.5. Prawo pacjenta do złożenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku

Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza zostało uregulowane w art. 31 *ustawy*. Aby sprzeciw mógł być przedmiotem pracy Komisji Lekarskiej, musi spełniać następujące wymogi formalne:

- 1) opinia albo orzeczenie musi mieć wpływ na prawa i obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa;
- 2) sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej za pośrednictwem Rzecznika w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza;
- 3) sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta;
- 4) regulacji dotyczących sprzeciwu w trybie *ustawy* nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

Jeżeli wniesiony sprzeciw nie spełnia ww. wymogów formalnych, nie może stanowić przedmiotu prac Komisji Lekarskiej. W takim przypadku pacjent jest informowany o przyczynie zwrotu wniosku.

Z uwagi na braki formalne wniesionych sprzeciwów, w szczególności z uwagi na uregulowanie postępowania odwoławczego wobec opinii lub orzeczenia lekarskiego w przepisach odrębnych od *ustawy*, w 2012 r. nie było podstaw do zwołania Komisji Lekarskiej w trybie art. 31, 32 *ustawy*.

W 2012 r. do Rzecznika wpłynęło 22 sprzeciwów, w tym:

- 1) 1 sprzeciw wobec zawiadomienia o odmowie potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie podlegał on rozpatrzeniu ze względu na niedopuszczalność sprzeciwu z uwagi na brak orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta (tj. art. 31 ust. 2 *ustawy*). Zawiadomienie o odmowie potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, wydane na podstawie § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie *kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową* (Dz. U. Nr 142, poz. 835) nie może być uznane za opinię lub orzeczenie w rozumieniu art. 31

ust. 2 *ustawy*. Zgodnie z tym przepisem: oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadamia świadczeniobiorcę o niepotwierdzeniu skierowania wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia skierowania, nie później niż 30 dni od dnia otrzymania skierowania;

- 2) 7 sprzeciwów wobec informacji zawartych w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego:
 - a) w zakresie błędnych informacji zawartych w karcie informacyjnej z przebiegu hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Zdaniem wnioskodawcy w ww. karcie zawarto błędne informacje o przebiegu choroby tj. niezgodne z rzeczywistością – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy z uwagi na niezachowanie ustawowego terminu 30 dni od dnia wydania opinii lub orzeczenia, określonego w art. 31 ust. 2 *ustawy*;
 - b) w przedmiocie rozpoznanej choroby poprzez zamieszczenie w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego rozpoznania: „pourazowy niedosłuch przewodzeniowy ucha prawego” zamiast „pourazowy niedosłuch przewodzeniowo-odbiorczy ucha prawego” – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy z uwagi na niezachowanie ustawowego terminu 30 dni od dnia wydania opinii lub orzeczenia, określonego w art. 31 ust. 2 *ustawy*;
 - c) z leczenia szpitalno (psychiatrycznego) – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy z uwagi na niedopuszczalność sprzeciwu, gdyż opinia z obserwacji psychiatrycznej nie jest związana z podejmowanym procesem leczenia. Z informacji wskazanej w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego wynika, że wnioskodawca został skierowany na obserwację sądowo-psychiatryczną przez sąd rejonowy na wniosek prokuratury rejonowej. Obserwacja psychiatryczna w podmiocie leczniczym w tym przypadku była przeprowadzana w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego podejrzanego bądź oskarżonego w toku postępowania karnego,
 - d) w zakresie użytego aparatu do rezonansu magnetycznego – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy przede wszystkim z uwagi na jego niedopuszczalność, gdyż opis rodzaju aparatu jakim wykonywano badanie nie może być uznany za opinię lub orzeczenie w rozumieniu art. 31 *ustawy*;
 - e) w zakresie opinii lekarza specjalisty psychiatrii – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy przede wszystkim z uwagi na jego niedopuszczalność, gdyż w niniejszym zakresie od uchwały okręgowej rady lekarskiej przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej, zgodnie z art.

57 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.);

- f) w zakresie sfalszowania przez lekarzy treści karty informacyjnej z leczenia szpitalnego – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu przede wszystkim ze względu na jego niedopuszczalność, gdyż Rzecznik nie ma uprawnień pozwalających na ingerowanie w postępowania prowadzone przez sądy powszechne, a także na toczone się przed sądem postępowania (art. 173 i 178 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*). Zgodnie bowiem z art. 173 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), sądy i trybunały są władzą odrębną i niezależną od innych władz, a sędziowie na mocy art. 178 *ustawy* są w sprawowaniu swojego urzędu niezawisli i podlegają tylko *Konstytucji* oraz ustawom. Ponadto należy wskazać, iż zgodnie z § 17 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. z 2005 r., Nr 15, poz. 133) organem nadzorczym wobec biegłych sądowych jest prezes sądu okręgowego, w okręgu którego zostali oni ustanowieni. Prezes sądu okręgowego jest więc wyłącznie właściwy do rozpatrywania wszelkich zarzutów związanych z nieprawidłowym wykonywaniem obowiązków biegłego;
 - g) w zakresie wydania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu przede wszystkim ze względu na jego niedopuszczalność, gdyż wnioskodawca był zstępnym pacjenta, tj. nie był osobą uprawnioną, (pacjentem ani przedstawicielem ustawowym zgodnie z art. 31 ust. 1 *ustawy*);
- 3) 5 sprzeciwów wobec orzeczenia z zakresu medycyny pracy:
- a) odmowy wydania zaświadczenia o niezdolności do pracy z powodu choroby – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu głównie ze względu na brak możliwości zakwestionowania zaświadczenia lekarskiego o dalszej niezdolności do pracy, jeżeli lekarz stwierdzi, iż pracownik jest zdolny do pracy to nie ma podstaw do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o dalszej niezdolności do pracy [§ 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 229.)];
 - b) 1 sprzeciw wobec orzeczenia lekarza dotyczącego przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy ubojowca – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu ze

względu na jego niedopuszczalność, gdyż postępowanie odwoławcze od niniejszego orzeczenia, zostało uregulowane w przepisach odrębnych, tj. w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. *w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy* (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.);

- c) w zakresie celowości stosowania skróconej normy czasu pracy – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy przede wszystkim z uwagi na jego niedopuszczalność, gdyż osoba niepełnosprawna w relacji z lekarzem, wydającym zaświadczenie o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy, nie posiada statusu pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 4 *ustawy*;
- d) od karty badania lekarskiego osoby ubiegającej się o uprawnienia do kierowania pojazdami – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu ze względu na jego niedopuszczalność, gdyż postępowanie odwoławcze od karty badania lekarskiego osoby ubiegającej się o uprawnienia do kierowania pojazdami, zostało uregulowane w przepisach odrębnych, tj. ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. *prawo o ruchu drogowym* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1137, z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 stycznia 2004 r. *w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami* (Dz. U. z 2004 r., Nr 2, poz. 15, z późn. zm.);
- e) od zaświadczenia wydanego przez lekarza neurologa, które nie stwierdzało niezdolności do pracy wnioskodawcy (niniejsze zaświadczenie zostało wydane dla celów uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego) – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu ze względu na jego niedopuszczalność, gdyż postępowanie odwoławcze od niniejszego orzeczenia, zostało uregulowane w przepisach odrębnych, tj. w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. *w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy*;
- f) od orzeczenia lekarskiego w zakresie zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika ochrony – sprzeciw nie podlegał rozpatrzeniu i został zwrócony wnioskodawcy z uwagi na jego niedopuszczalność, gdyż osoba poddająca się ww. badaniu w relacji z lekarzem wydającym orzeczenie

lekarskie stwierdzające posiadanie lub nieposiadanie zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika ochrony zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. *o ochronie osób i mienia* (t.j. Dz. U. z 2005 r., Nr 145, poz. 1221), nie posiada statusu pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 4 *ustawy* oraz postępowanie odwoławcze od niniejszego orzeczenia, zostało uregulowane w przepisach odrębnych, tj. w § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia;

- 4) 1 sprzeciw w związku z odmową udzielenia stacjonarnego leczenia rehabilitacyjnego przez dyrektora podmiotu leczniczego – nie podlegał rozpatrzeniu ze względu na to, iż niniejsze stanowisko podmiotu leczniczego nie kwalifikowało się jako opinia albo orzeczenie określonych w art. 2 ust. 1 *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*;
- 5) 5 sprzeciwów z zakresu opinii biegłych lekarzy wydanych na potrzeby cywilnego postępowania sądowego:
 - a) związanej z nieprawidłowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych ;
 - b) w zakresie sfalszowania przez biegłych lekarzy opinii sądowo-psychiatrycznej;
 - c) w zakresie braku uzasadnienia do orzeczenia niezdolności do pracy z przyczyn urazowo-ortopedycznych;
 - d) wobec opinii lekarza biegłego psychiatrii w ramach postępowania sądowego;
 - e) wobec opinii lekarza biegłego z zakresu psychiatrii w zakresie zasadności przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody;
- 6) 1 sprzeciw na orzeczenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności – postępowanie odwoławcze zostało uregulowane w przepisach odrębnych, tj. art. 6 – 6c *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (t.j. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721);
- 7) 1 sprzeciw od decyzji Okręgowej Komisji Lekarskiej MSWiA – postępowanie odwoławcze zostało uregulowane w przepisach odrębnych, tj. § 26 – 31 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w *sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych* (Dz. U. z 1991 r., Nr 79, poz. 349).

Zgodnie z art. 32 ust. 2 *ustawy*, Rzecznik opracowuje raz w roku listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej, występując do konsultantów krajowych, którzy w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, przesyłają w terminie do dnia 30 marca ww. listę lekarzy.

Ponadto należy wskazać, że w 2012 r. żaden sprzeciw, który wpłynął do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku, nie dotyczył odmowy wykonania zabiegu przerywania ciąży, zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. z 1993 r., Nr 17, poz. 78, z późn. zm.).

Warto również zasygnalizować, że prawo pacjenta do sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza uregulowane w art. 31–32 *ustawy* jest stosunkowo nowym prawem. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku w terminie do 30 dni od wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia, wobec którego istnieje inna droga odwoławcza, nie podlega rozpatrzeniu ze względu na jego niedopuszczalność.

4.5.1. Zagadnienie niedopuszczalności rozpatrzenia sprzeciwu przedmiotem analizy Trybunału Konstytucyjnego

Od 1 stycznia 2012 r. wszedł w życie przepis art. 15 ust. 2 *ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, zgodnie z którym czas osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wynosi maksymalnie 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo, jeżeli lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną wyda w odniesieniu do tej osoby, zaświadczenie o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy. W związku z powyższym Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wystąpiło do Rzecznika o zajęcie stanowiska w sprawie możliwości zgłoszenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku wobec opinii lekarza stwierdzającej brak zasadności zastosowania w stosunku do niepełnosprawnego pracownika skróconej normy czasu pracy. W ocenie Rzecznika niepełnosprawny pracownik, wobec którego lekarz uznał, że zastosowanie skróconej normy czasu pracy nie ma celowości, nie może zgłosić sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku. W tym zakresie podkreślono, iż przedmiotowy sprzeciw może złożyć jedynie osoba, która w relacji z lekarzem wystawiającym opinię lub orzeczenie ma status pacjenta. Nie każda bowiem relacja obywatela z lekarzem jest relacją, w której posiada on status pacjenta. Relacja osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wobec lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracowników nie jest relacją, w której osoba badana posiada status pacjenta. Należy wskazać, iż lekarz przeprowadzający badanie, tj. lekarz medycyny pracy, nie bierze udziału w procesie leczniczym pacjenta, a jedynie przeprowadza badania, których celem jest stwierdzenie zdolności pracownika do pracy na danym stanowisku.

Podniesiona powyżej kwestia stanowiła również po części przedmiot analizy Trybunału Konstytucyjnego. Z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności art. 15 ust. 2 ustawy *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* z przepisami *Konstytucji Rzeczypospolitej* wystąpiła Komisja Krajowa Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”, zarzucając, iż ustawodawca nie wprowadził żadnych kryteriów określających zasadność uznania przez lekarza wprowadzenia lub odmowy wprowadzenia skróconej normy czasu pracy, pozostawiając tę kwestię do wyłącznej decyzji lekarza. W tym przedmiocie podniesiono również brak mechanizmu kontroli wydawania lub odmowy wydania zaświadczenia o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy.

4.5.1.1. Stanowisko Prokuratora Generalnego oraz Sejmu

Zajmując stanowisko w niniejszej sprawie Prokurator Generalny Rzeczypospolitej Polskiej zarzut uznał za niezasadny wskazując na istnienie mechanizmu kontroli wydawanych zaświadczeń w postaci możliwości zgłoszenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku. Przytoczony pogląd podzielił również Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Zajmując stanowisko w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, Rzecznik podtrzymał wcześniej prezentowaną argumentację, przedstawioną Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej, wskazując, iż od omawianego typu zaświadczeń osobie zainteresowanej nie przysługuje możliwość zgłoszenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku. Szeroko argumentując wskazane stanowisko Rzecznik wskazał, iż przedmiotem sprzeciwu nie mogą być objęte wszystkie opinie i orzeczenia lekarskie. Ustawodawca w tym zakresie w sposób jednoznaczny ograniczył możliwość zgłoszenia sprzeciwu do tych opinii oraz orzeczeń, które mają wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Koniecznym jest zatem, aby osoba wnioskująca posiadała status pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego). Natomiast, jak już wskazano, nie każda forma relacji obywatela z lekarzem będzie przesądzała o statusie pacjenta, ściśle związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, przez które rozumiemy działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

4.5.1.2. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego

Ostatecznie Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 15 ust. 2 ustawy *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* jest niezgodny z art. 2 w związku z art. 69 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*. Rozpatrując sprawę w dniu 13 czerwca 2013 r. Trybunał Konstytucyjny przyznał słuszność stanowisku Rzecznika w zakresie braku możliwości zgłoszenia sprzeciwu od zaświadczenia wydanego na podstawie art. 15 ust. 2 *ustawy*

o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, stwierdzając tym samym brak trybu odwoławczego przy tego typu zaświadczeniach.

W celu rozpowszechnienia informacji o działalności Komisji Lekarskiej oraz możliwości składania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza, na stronie internetowej Rzecznika została opublikowana informacja o mechanizmie skargowym (<http://bpp.gov.pl/index.php?id=sprzeciw>). Ponadto, w Biurze działa bezpłatna infolinia w celu informowania pacjentów o ich prawach, w tym o prawie do sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, a w szczególności o jego wymogach formalnych, określonych w ww. przepisach.

IV. POSTĘPOWANIA W SPRAWACH PRAKTYK NARUSZAJĄCYCH ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW

Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów, zgodnie z art. 59 ust. 1 *ustawy*, rozumie się:

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

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

Wyjaśnić należy, iż „zbiorowe” prawa pacjentów odnoszą się do tych praw, o których mowa w ustawie oraz w przepisach szczególnych. Używając terminu „zbiorowych praw pacjentów” ustawodawca objął ochroną administracyjnoprawną aktualnych i potencjalnych pacjentów, traktowanych jako zbiorowość – grupę zasługującą na szczególną ochronę. Tym samym, ustanowił odrębny przedmiot ochrony, niezależny od ochrony praw indywidualnych pacjentów. O naruszeniu zbiorowych praw pacjentów możemy mówić wówczas, gdy skutki działań mogą zagrażać lub realizować się w sferze każdego potencjalnego pacjenta znajdującego się w podobnych okolicznościach.

Należy również zauważyć, że dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów, przy czym adresatem takiego bezprawnego działania podmiotu leczniczego może być zarówno każdy pacjent, jak i potencjalny pacjent.

Działanie takie powinno mieć charakter bezprawny, przez co należy rozumieć sprzeczność z porządkiem prawnym, tj. normami prawa powszechnie obowiązującego – *Konstytucją Rzeczypospolitej*, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, ustawami, rozporządzeniami oraz aktami prawa miejscowego. Zatem, oceniając konkretne działanie lub jego zaniechanie w kontekście jego bezprawności zbadać należy, czy zachowanie podmiotu leczniczego jest zgodne z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Ponadto, praktyka powinna mieć zorganizowany charakter, który wyraża się poprzez porozumienie lub ustalenie określonego zachowania się w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub akceptowanie, znoszenie takiego zachowania.

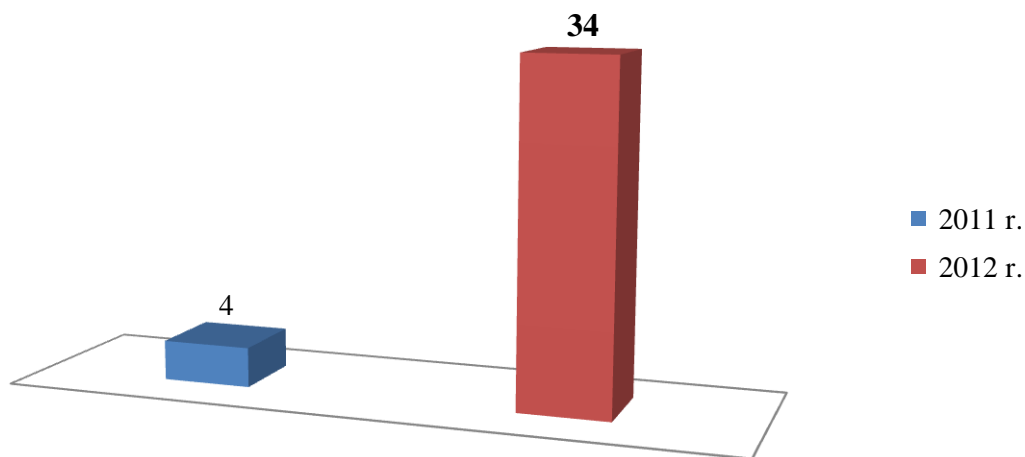
Rzecznik, zgodnie z przepisami art. 68 i 69 *ustawy* może nałożyć karę pieniężną w wysokości:

- 1) zgodnie z art. 68 *ustawy* – do 500.000 zł, w przypadku:
 - a) niepodjęcia w wyznaczonym terminie określonych w decyzji Rzecznika działań niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjenta;
 - b) naruszenia nakazu zaniechania naruszeń wskazanych w decyzji;
- 2) zgodnie z art. 69 *ustawy* – do wysokości 50.000 zł w przypadku nieprzekazania na żądanie Rzecznika dokumentów oraz informacji, o których mowa w art. 61 *ustawy*.

Żadne z postępowań wszczętych w 2012 r. nie dało podstaw do nałożenia kary, ponieważ podmioty lecznicze przekazywały Rzecznikowi informacje i materiały, o które występował oraz w toku prowadzonych postępowań odstępowały od stosowania przedmiotowych praktyk.

W 2012 r. Rzecznik prowadził 34 postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w tym 2 kontynuowano w 2013 r.

Wykres 15. Liczba postępowań prowadzonych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w latach 2011, 2012



W 2012 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził 34 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. W wyniku prowadzonych postępowań, wydano 17 decyzji o uznaniu praktyk za naruszające zbiorowe prawa pacjenta, polegające na wystawianiu recept niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie *recept lekarskich* rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie *recept lekarskich*, mające na celu pozbawienie prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych, określonych w art. 6 ust. 1 *ustawy* oraz prawa do nabycia leku z przysługującą refundacją, przez uniemożliwienie uzyskania realizacji przez pacjentów recepty z inną odpłatnością niż pełnopłatna. W tym w 13 decyzjach stwierdzono zaniechanie ww. praktyk, a w 4 decyzjach:

- a) zakazano ich stosowania;
- b) zobowiązano do złożenia informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania rzeczonych praktyk, które naruszają zbiorowe prawa pacjentów w nieprzekraczalnym trzydziestodniowym terminie, licząc od dnia otrzymania decyzji,
- c) nadano decyzjom rygor natychmiastowej wykonalności.

W 4 postępowaniach, w zakresie nieprawidłowego wystawiania recept, mając na uwadze okoliczności spraw stwierdzono, iż postępowanie w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów było bezprzedmiotowe i w konsekwencji konieczne było, na podstawie art. 105 § 1 *Kodeksu postępowania administracyjnego*, wydanie decyzji o umorzeniu.

Szczegółowe informacje w zakresie działań podejmowanych przez Rzecznika w związku z napływającymi sygnałami dotyczącymi ograniczania praw świadczeniobiorców do refundacji leków w *Załączniku nr 2*.

W zakresie pozostałych postępowań zbiorowych (tj. nie dotyczące nieprawidłowego wystawiania recept), 2 są kontynuowane w 2013 r., natomiast w 11 wydano następujące decyzje:

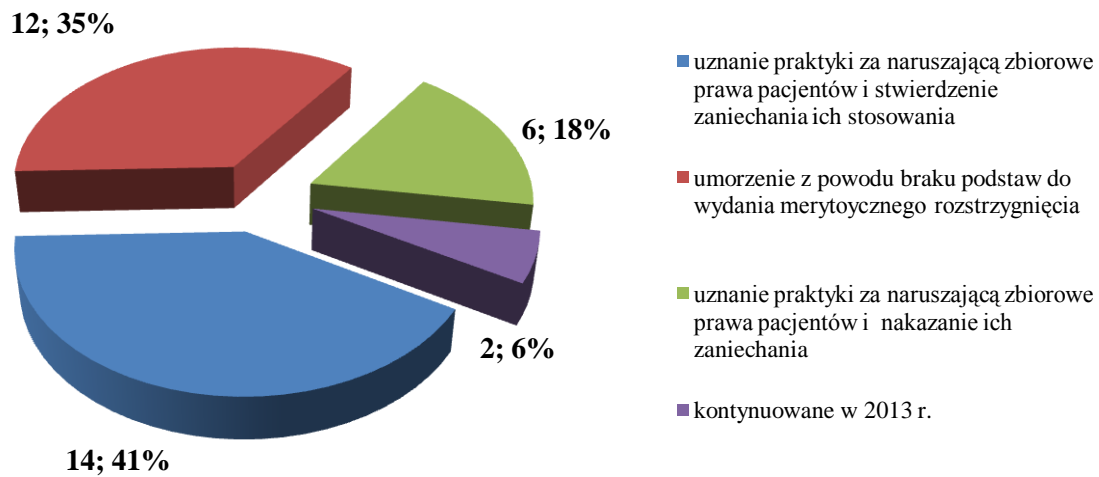
1) 2 decyzje na podstawie art. 64 ust. 1 i 2 *ustawy*, o stwierdzeniu naruszenia zbiorowych praw pacjentów w postaci bezprawnych, zorganizowanych działań, jednocześnie zakazano ich stosowania, zobowiązano do złożenia informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania rzeczonych praktyk, które naruszają zbiorowe prawa pacjentów w nieprzekraczalnym trzydziestodniowym terminie, licząc od dnia otrzymania decyzji oraz nadano decyzjom rygor natychmiastowej wykonalności;

2) 1 decyzję na podstawie art. 64 ust. 4 *ustawy*, o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania – Rzecznik powiadomił organ założycielski, konsultanta krajowego oraz wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;

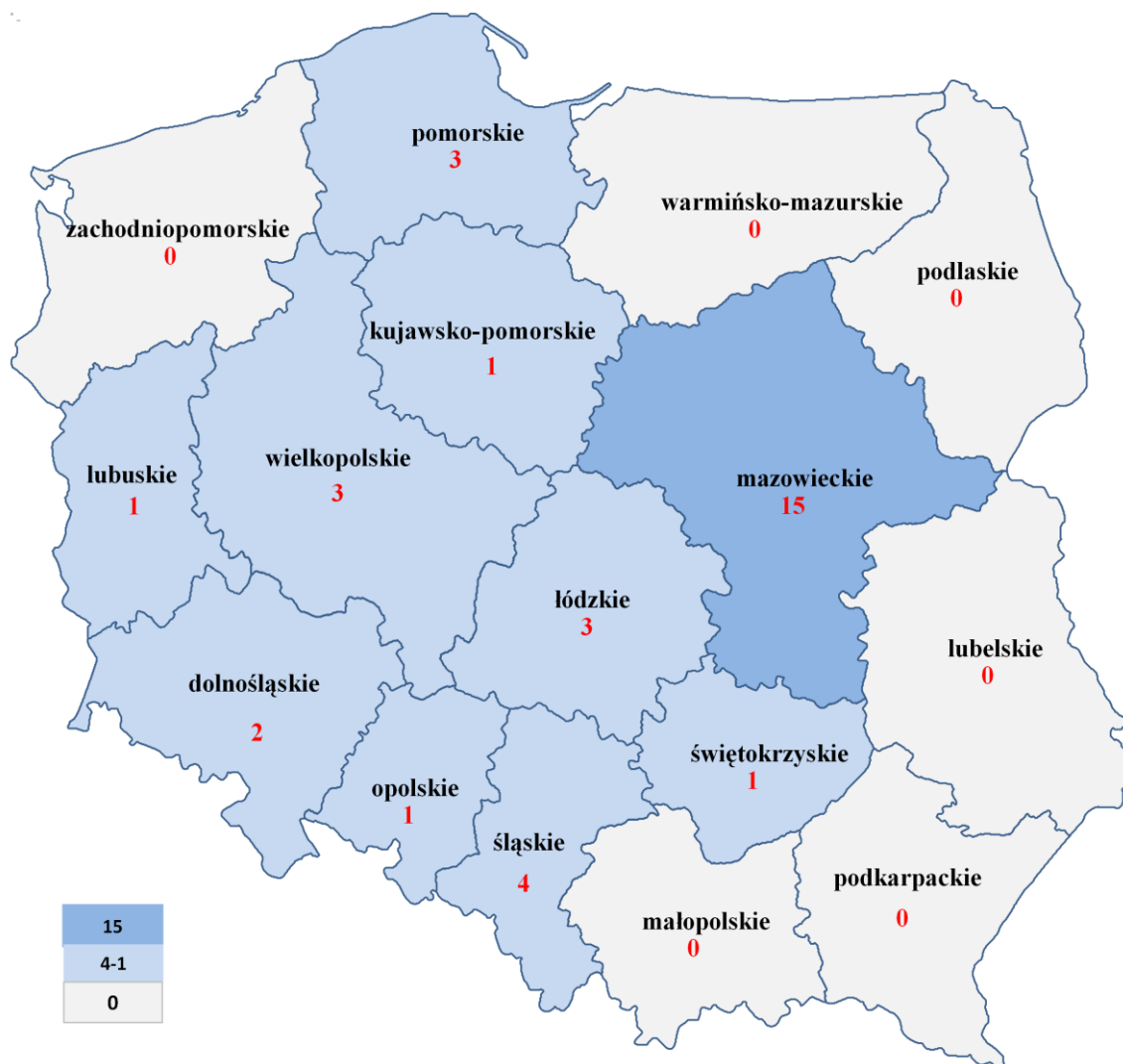
3) wydano 8 decyzji o umorzeniu postępowania, na podstawie art. 105 § 1 *Kodeksu postępowania administracyjnego* w zw. z art. 65 *ustawy*, z powodu braku podstaw do wydania merytorycznego rozstrzygnięcia.

W związku z zaskarżeniem 5 decyzji, w tym 3 w sprawie recept, są rozpatrywane w postępowaniu sądowoadministracyjnym.

Wykres 16. Forma zakończenia postępowań prowadzonych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w 2012 r.



Mapa 4. Liczba podmiotów leczniczych, których dotyczyły prowadzone postępowania o zbiorowe naruszenie praw pacjentów w 2012 r. według województw



V. WSPÓLPRACA W ZAKRESIE UCZESTNICTWA W SPRAWACH CYWILNYCH ZWIĄZANYCH Z NARUSZENIEM PRAW PACJENTA ORAZ Z PROKURATURĄ I SĄDAMI

Działając na podstawie art. 55 *ustawy*, Rzecznik może z urzędu lub na wniosek strony żądać wszczęcia postępowania w sprawach cywilnych dotyczących naruszeń praw pacjentów oraz może brać udział w toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi.

W 2011 r. Rzecznik wystąpił do wszystkich prezesów sądów okręgowych z informacją o jego ustawowych uprawnieniach zawartych w art. 55 *ustawy*. Do powyższego wystąpienia załączono prośbę w przedmiocie informowania Rzecznika o planowanych terminach posiedzeń w sprawach dotyczących odszkodowań za tzw. „błędy medyczne” oraz zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 *ustawy* z dnia 23 kwietnia 1964 r. – *Kodeks cywilny* (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta.

W związku z powyższym wystąpieniem, Rzecznik jest na bieżąco informowany o planowanych terminach posiedzeń w sprawach o odszkodowanie za tzw. „błędy medyczne” oraz o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 *Kodeksu cywilnego* w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta.

W okresie sprawozdawczym pracownicy Biura uczestniczyli m.in. w następujących postępowaniach:

- 1) w postępowaniu sądowym prowadzonym przed Sądem Okręgowym w Warszawie II Wydział Cywilny, w przedmiocie roszczenia przeciwko ubezpieczycielowi o odszkodowanie i zadośćuczynienie w związku z zakażeniem gronkowcem w szpitalu klinicznym. Sprawa kontynuowana w 2013 r.;
- 2) w postępowaniu sądowym prowadzonym przed Sądem Rejonowym w Radomiu I Wydział Cywilny, przeciwko szpitalowi specjalistycznemu, o zapłatę 10.000 zł, stanowiące częściowe zadośćuczynienie za błąd w sztuce lekarskiej. Powódka podniosła, iż w trakcie pobytu w placówce, w której była w związku z podejrzeniem białaczki, przeprowadzono u niej zabieg punkcji szpiku, w wyniku którego doszło do przebicia prawej komory serca oraz do ostrej tamponady serca. W wyniku powyższego przeprowadzono pilną kontrolę kardiologiczną i zlecono założenie drenażu do jamy osierdziejowej. Próba nie powiodła się w związku z czym pacjentka została w trybie pilnym przewieziona do innego oddziału kardiologicznego, gdzie wykonano zabieg sternotomii, tj. przecięcia mostka w celu zszycia rany serca.

Na podstawę prawną dochodzonego roszczenia wskazano art. 444 i 445 Kodeksu cywilnego. Sprawa kontynuowana w 2013 r.;

- 3) w postępowaniu nieprocesowym prowadzonym przed Sądem Rejonowym w Pruszkowie, III Wydział Rodzinny i Nieletnich, w przedmiocie weryfikacji zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Sprawa zakończona w 2013 r. wydaniem orzeczenia o uznaniu przyjęcia za niezasadne;
- 4) w postępowaniu sądowym prowadzonym przed Sądem Okręgowym w Tarnowie, I Wydział Cywilny, przeciwko uzdrowisku, w przedmiocie ochrony dóbr osobistych. Sprawa zakończona w 2013 r. poprzez wydanie orzeczenia o uznaniu powództwa i nakazanie naprawienia wyrządzonej szkody.

Ponadto, w ramach współpracy z Ministerstwem Sprawiedliwości, występowano o udzielenie informacji w zakresie danych statystycznych dotyczących spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych w latach 2011–2012. Na podstawie ww. ewidencji, uzyskano informacje niezbędne w celu określenia ilości prowadzonych spraw. Ponadto ww. analiza danych umożliwi dokonywanie analizy działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jako skutecznej alternatywy dla drogi sądowej.

Rysunek 1. Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w latach 2011, 2012 – sądy rejonowe

Wydział Statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości

Ewidencja spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011 - 2012

SĄDY REJONOWE

Rodzaje spraw	Wpłynęło	Zażądano	w tym					Pozostało na okres następny	Wskaźnik pozostałości tzw. trwania postępowania (w mies.)
			uwzględniono w całości lub części	zawarto ugodę	oddalono	zwrot pozwu/wniosku	odrzućcie		
2011									
OGÓŁEM	249	219	51	4	65	42	5	304	14,7
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.									
Sprawy przeciwko:									
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	174	168	37	4	50	35	4	231	15,9
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	37	24	8	–	8	3	1	39	12,6
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	38	27	6	–	7	4	–	34	10,7
2012									
OGÓŁEM	225	264	52	3	66	50	6	265	14,1
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.									
Sprawy przeciwko:									
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	171	200	39	3	50	41	2	202	14,2
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	25	36	10	–	9	3	1	28	13,4
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	29	28	3	–	7	6	3	35	14,5

Źródło: Wydział Statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości

Rysunek 2. Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w latach 2011, 2012 – sądy okręgowe

Wydział Statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości

Ewidencja spraw o odszkodowania wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011 - 2012

SĄDY OKRĘGOWE

Rodzaje spraw	Wpłynęło	Załatwiono	w tym					Pozostało na okres następny	Wskaźnik pozostałości tzw. trwania postępowania (w mies.)
			uwzględniono w całości lub części	zawarto ugodę	oddalono	zwrot pozwu/wniosku	odrzucone		
2011									
OGÓŁEM	613	550	140	18	195	42	10	1 208	23,6
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.									
Sprawy przeciwko:									
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	504	458	122	15	156	36	5	1 021	24,3
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	54	46	9	3	16	3	2	88	19,6
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	55	46	9	–	23	3	3	99	21,6
2012									
OGÓŁEM	746	537	148	5	187	63	13	1 417	22,8
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.									
Sprawy przeciwko:									
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	629	457	132	4	156	55	7	1 193	22,8
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	44	35	9	–	17	2	3	97	26,5
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	73	45	7	1	14	6	3	127	20,9

Źródło: Wydział Statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości

Rysunek 3. Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011, 2012 – sądy okręgowe

Rodzaje spraw	Liczba spraw, w których prawomocnie zasądzono odszkodowanie lub zadośćuczynienie lub oba żądania łącznie	Łączna wysokość zasądzonych odszkodowań (zł)	Łączna wysokość zadośćuczynienia (zł)
2011			
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia. Sprawy przeciwko:			
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	43	2 092 194	4 225 231
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	1	3 380	-
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	4	276 119	65 000
2012			
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia. Sprawy przeciwko:			
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	38	874 413	2 730 416
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	2	2 507	400 000
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	3	68 913	310 000

Źródło: Wydział Statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości

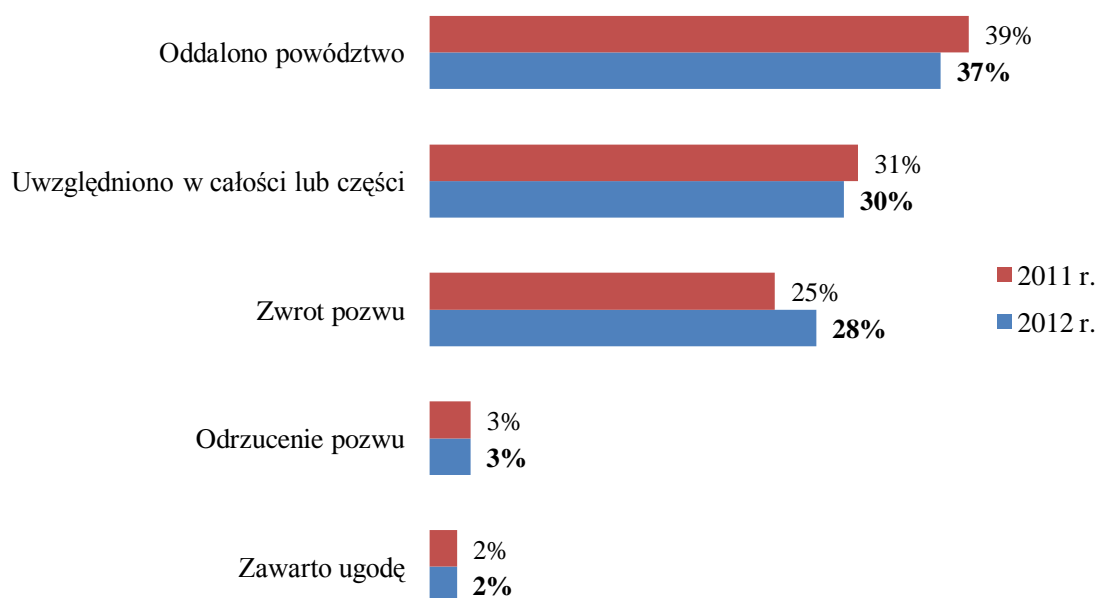
Rysunek 4. Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011, 2012 – sądy rejonowe

Rodzaje spraw	Liczba spraw, w których prawomocnie zasądzono odszkodowanie lub zadośćuczynienie lub oba żądania łącznie	Łączna wysokość zasądzonych odszkodowań (zł)	Łączna wysokość zadośćuczynienia (zł)
2011			
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia. Sprawy przeciwko:			
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	18	321 176	148 070
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	6	187 446	-
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	3	25 641	15 000
2012			
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia. Sprawy przeciwko:			
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	16	253 320	220 590
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	5	78 141	85 000
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	1	8 000	-

Źródło: Wydział Statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości

W wyniku ww. danych ustalono, iż do sądów rejonowych w roku 2011 wpłynęło 249 spraw, a w 2012 r. wpłynęło 225 spraw. Liczba ta przez ostatnie 2 lata utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Wskaźnik załatwienia spraw zgłoszonych w danym roku waha się w granicach 88% w 2011 r. i 117% w 2012 r. (rozpatrzono więcej spraw niż wpłynęło w danym roku). Średnio w ponad 33% rozpatrzonych spraw uwzględniono w całości lub w części roszczenia powodów. W 2011 r. doprowadzono do zawarcia 4 ugód, co stanowi 2% rozpatrzonych spraw, natomiast w 2012 r. zawarto 3 ugody, co stanowi 2% rozpatrzonych spraw. Przywołane dane nie wskazują na wzrost zawieranych ugód, a raczej potwierdzają ich marginalną rolę. Średnio w latach 2011–2012 ponad 37% spraw oddalono jako niezasadne, 2% pozwów zwrócono, a 3% odrzucono.

Wykres 17. Sposób rozpatrzenia spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami rejonowymi w latach 2011–2012



Najwięcej prowadzonych spraw dotyczyło samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – ponad 69% ogółu. Średni czas trwania postępowania w latach 2011–2012 wynosił 14 miesięcy – znacznie krócej niż w sądach okręgowych. Powyższe dane zostały przedstawione w tabelach poniżej – nr 7 i 8.

Tabela 7. Dane dotyczące spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami rejonowymi w latach 2011–2012

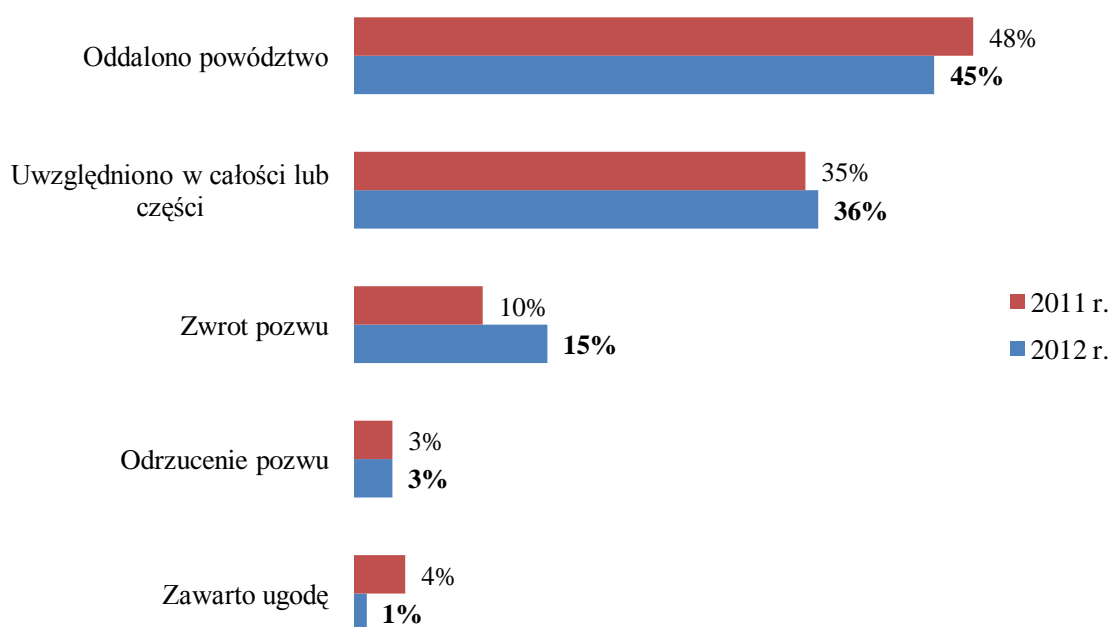
	2011		2012	
Liczba pozwów	249		225	
Liczba rozpatrzonych spraw	219	88%	264	117%
Uwzględniono w całości lub części	51	31%	52	30%
Zawarto ugodę	4	2%	3	2%
Oddalono powództwo	65	39%	66	37%
Zwrot pozwu	42	25%	50	28%
Odrzucenie pozwu	5	3%	6	3%
Brak informacji o sposobie rozpatrzenia sprawy	52		87	

Tabela 8. Dane dotyczące pozwanych w sprawach o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami rejonowymi w latach 2011–2012

Sprawy przeciwko:	2011	2012
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej)	174	171
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie	37	25
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) podmiotom leczniczym (bez względu na ich formę organizacyjną)	38	29

Do sądów okręgowych w 2011 r. wpłynęło 613 spraw, a w 2012 r. 746 spraw. W ciągu ostatnich dwóch lat widoczny jest wzrost liczby zgłaszanych spraw o 21%. Wskaźnik załatwienia spraw zgłoszonych w danym roku waha się w granicach 90% w 2011 r. i 72% w 2012 r. Średnio w ponad 35% spraw uwzględniono w całości lub w części roszczenia powodów. W 2011 r. doprowadzono do zawarcia 18 ugód, co stanowi 4% rozpatrzonych spraw, a w 2012 r. do 5 ugód, co stanowi 1% rozpatrzonych spraw. Podobnie jak w przypadku sądów rejonowych, przywołane dane nie wskazują na wzrost liczby zawieranych ugód. Średnio w latach 2011–2012 ponad 45% spraw oddalono jako niezasadne. W 2011 r. zwrócono 10% pozwów, a w 2012 r. – 15%. Zarówno w roku 2011, jak i 2012 odrzucono 3% pozwów.

Wykres 18. Sposób rozpatrzenia spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami okręgowymi w latach 2011–2012



Najwięcej prowadzonych spraw dotyczyło samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – średnio ponad 83% ogółu. Średni czas trwania postępowania w latach 2011–2012 wynosił 23 miesiące. Powyższe dane zostały przedstawione w tabelach poniżej – nr 9 i 10.

Tabela 9. Dane dotyczące spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami okręgowymi w latach 2011–2012

	2011		2012	
Liczba pozwów	613		746	
Liczba rozpatrzonych spraw	550	90%	537	72%
Uwzględniono w całości lub części	140	35%	148	36%
Zawarto ugode	18	4%	5	1%
Oddalono powództwo	195	48%	187	45%
Zwrot pozwu	42	10%	63	15%
Odrzucenie pozwu	10	3%	13	3%
Brak informacji o sposobie rozpatrzenia sprawy	145		121	

Tabela 10. Dane dotyczące pozwanych w sprawach o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami okręgowymi w latach 2011–2012

Sprawy przeciwko:	2011	2012
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej)	504	629
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie	54	44
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) podmiocie leczniczym (bez względu na ich formę organizacyjną)	55	73

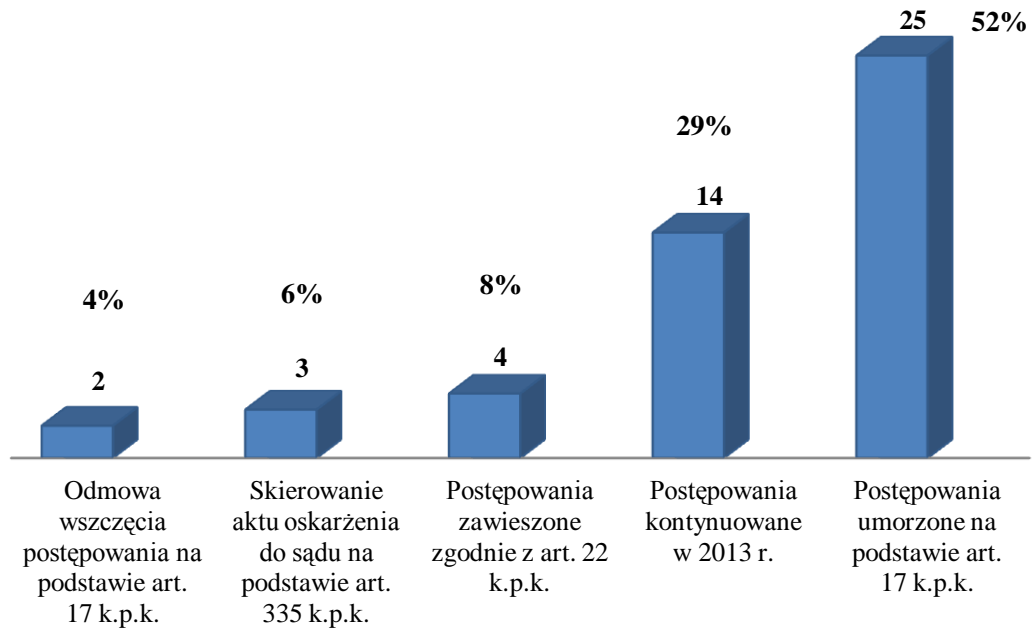
Ponadto, Rzecznik w 48 przypadkach współpracował z organami prokuratury. Uzyskując informacje o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu Rzecznik, działając na podstawie art. 304 § 2 *Kodeksu postępowania karnego* zawiadamiał właściwe organy prokuratury. Niezależnie od złożonych zawiadomień, Rzecznik wszczynał również własne postępowania wyjaśniające w zakresie pozostającym w jego kompetencji i informował o poczynionych ustaleniach właściwe jednostki prokuratury. Następnym rodzajem spraw składających się na współpracę z prokuraturą były przypadki, w których pacjenci niezależnie od zgłoszenia sprawy do Rzecznika złożyli zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do prokuratury. W wymienionych powyżej przypadkach Rzecznik współpracując z organami prokuratury, zwracał się o informacje w zakresie poczynionych ustaleń, istotnych w kontekście przedmiotu prowadzonego postępowania wyjaśniającego, jak również odpowiadał na zapytania kierowane przez organy prokuratury oraz przekazywał materiały zgromadzone w toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego.

Przykłady współpracy z prokuraturą:

- 1) w ramach dochodzenia prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w Mikołowie w sprawie fizycznego i psychicznego znęcania się nad wychowankami ośrodka terapii nerwic dla dzieci i młodzieży, tj. o czyn z art. 207 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.);
- 2) w ramach dochodzenia prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w Pruszkowie, w sprawie narażenia pacjentki na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o czyn z art. 160 § 2 *Kodeksu karnego*;
- 3) w ramach dochodzenia prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową Warszawa Praga Południe w Warszawie, w sprawie popełnienia samobójstwa przez pacjenta w podmiocie leczniczym, tj. o czyn z art. 160 § 2 *Kodeksu karnego*;
- 4) w ramach postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w Lublinie, w sprawie narażenia pacjenta szpitala psychiatrycznego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez personel jednego z oddziałów szpitala, tj. o czyn z art. 160 § 2 *Kodeksu karnego*;
- 5) w ramach postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową Radom Wschód w Radomiu, w sprawie nieudzielenia pomocy medycznej w szpitalu specjalistycznym, tj. o czyn z art. 160 § 2 *Kodeksu karnego*;

- 6) w ramach postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w Kołobrzegu, w sprawie nieudzielenia pomocy medycznej przez pogotowie ratunkowe, poprzez odmowę przyjazdu karetki pogotowia do pacjenta, tj. o czyn z art. 160 § 2 *Kodeksu karnego*;
- 7) w ramach postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową dla Wrocławia Krzyki Zachód, w sprawie nieprawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych podczas porodu, tj. o czyn z art. 160 § 2 *Kodeksu karnego*;
- 8) w ramach postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową Łódź Górna, w sprawie zaginięcia dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym, tj. o czyn z art. 268 *Kodeksu karnego*;
- 9) w ramach postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową Kraków-Pogórze, w sprawie odmowy udzielenia pomocy medycznej przez pogotowie ratunkowe, poprzez odmowę przyjazdu karetki pogotowia do pacjenta, tj. o czyn z art. 160 § 1 *Kodeksu karnego*;
- 10) zgodnie z art. 304 § 2 *Kodeksu postępowania karnego* zawiadomienie Prokuratury Rejonowej w Pruszkowie, sygn. o możliwości popełnienia przestępstwa, w postaci fałszowania dokumentacji medycznej, tj. o czyn z art. 270 § 1 *Kodeksu karnego*;
- 11) zgodnie z art. 304 § 2 *Kodeksu postępowania karnego* zawiadomienie Prokuratury Rejonowej Warszawa Żoliborz w Warszawie, o podejrzeniu popełnienia przestępstwa polegającego na przetworzeniu przez wejście w posiadanie i pozostawienie w miejscu publicznym, najprawdopodobniej nielegalnie uzyskanej dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów, tj. czynu z art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. .U. z 2002 r., Nr 101 poz. 926 z późn. zm.)
- 12) zgodnie z art. 304 § 2 *Kodeksu postępowania karnego* zawiadomienie Prokuratury Rejonowej w Mławie, o możliwości popełnienia przestępstwa, w postaci przyjęcia korzyści majątkowej przez lekarza pracującego w jednym z podmiotów leczniczych w Mławie; tj. o czyn z art. 228 § 1 *Kodeksu karnego*;
- 13) zgodnie z art. 304 § 2 *Kodeksu postępowania karnego* zawiadomienie Prokuratury Rejonowej w Staszowie, o podejrzeniu popełnienia przestępstwa polegającego na posługiwaniu się danymi osobowymi i posługiwaniu się podpisem innej osoby pod wnioskiem kierowanym do organu, tj. o czyn z art. 270 § 1 *Kodeksu karnego*.

Wykres 19. Dane dotyczące formy zakończenia postępowań będących przedmiotem współpracy poszczególnych jednostek prokuratury z Rzecznikiem w 2012 r.



VI. OPRACOWYWANIE I PRZEDKŁADANIE RADZIE MINISTRÓW POROJEKTÓW AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH OCHRONY PRAW PACJENTA

W 2012 r., w trybie art. 47 ust. 1 pkt 4 *ustawy*, w związku z rozpoczęciem prac nad nowelizacją Rzecznik przedłożył zmiany proponowane do *ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W związku ze zgłoszeniem równoległe propozycji zmiany *ustawy* przez Rzecznika oraz Ministra Zdrowia, Zespół ds. Programowania Prac Rządu zdecydował, iż organem odpowiedzialnym za opracowanie i procedowanie projektu jest Minister Zdrowia w porozumieniu z Rzecznikiem.

Proponowana przez Rzecznika zmiana *ustawy* dotyczyła art. 4 ust. 1 i 2 *ustawy* i polegała na zmianie wyrażenia „zawinionego naruszenia praw pacjenta” na sformułowanie „naruszenia praw pacjenta”. Propozycja zmiany *ustawy* w tym zakresie wynikała z dążenia do wzmocnienia i do rozszerzenia ochrony prawnej pacjentów w zakresie dotyczącym roszczeń cywilnych, których źródłem jest naruszenie praw pacjenta. Należy zauważyć, że obecna regulacja ustawowa w tym przedmiocie umożliwia pacjentom dochodzenie zadośćuczynienia jedynie w przypadku wykazania winy podmiotu naruszającego prawa pacjenta. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywa na pacjencie, co ze względu na złożoność przedmiotu ochrony sprawia pacjentom znaczące problemy w skutecznym dochodzeniu roszczeń. W związku z tym uzasadnionym wydaje się przyjęcie w tym zakresie rozwiązania, które powodowałoby powstanie odpowiedzialności już na etapie stwierdzenia bezprawności czynu polegającego na naruszeniu danego z praw pacjenta.

Kolejna propozycja zmiany *ustawy* dotyczyła wyposażenia Rzecznika w uprawnienie do podejmowania działań kontrolnych planowanych z urzędu, zarówno w ramach bieżącego i zapobiegawczego nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta, jak również w celu weryfikacji realizacji rozstrzygnięć administracyjnych wydanych przez Rzecznika. Propozycja zmiany *ustawy* w ww. zakresie wynika z doświadczeń Rzecznika, które wskazują, że uprawnienie Rzecznika do zbadania sprawy na miejscu określone w art. 52 ust. 2 pkt 1 *ustawy* jest niewystarczające. Uprawnienie to jest realizowane w toku konkretnego postępowania wyjaśniającego, nie ma charakteru planowego oraz jest prowadzone według zasad, które nie są przedmiotem regulacji ustawowej. Z drugiej strony przeprowadzanie oględzin na zasadach ogólnych wynikających z *Kodeksu postępowania administracyjnego* w postępowaniach w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta uniemożliwia Rzecznikowi przeprowadzenie czynności bez konieczności zawiadomiania podmiotu kontrolowanego. W tym przypadku aktualnym również pozostaje pogląd dotyczący braku możliwości realizacji celów prewencyjnych w ramach

tego postępowania ze względu na to, że oględziny przeprowadzane w związku z konkretnym postępowaniem. Z tych samych względów możliwość przeprowadzenia oględzin uniemożliwia monitorowania przez Rzecznika obszaru przestrzegania praw pacjenta przez danego świadczeniodawcę.

Ponadto, wskazano na zasadność rozszerzenia katalogu przypadków, w których Rzecznik może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych karę pieniężną. Wskazano, iż należy uwzględnić sytuację, gdy po stwierdzeniu naruszenia praw pacjenta w postępowaniu wyjaśniającym podmiot leczniczy nie podjął w terminie 30 dni działań niezbędnych do zaniechania dalszego naruszania prawa pacjenta lub usunięcia skutków takiego naruszenia.

Postulowano również uzupełnienie katalogu kar pieniężnych o karę, która będzie mogła być orzeczona w przypadku zawierania porozumień przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, powodujących utrudnienie bądź uniemożliwienie korzystania przez pacjentów ze świadczeń, w tym między innymi powodujących uniemożliwienie zawarcia kontraktu na świadczenie usług zdrowotnych – aby niniejszy czyn stanowił naruszenie praw pacjentów i podlegał karze nakładanej na poszczególne podmioty lecznicze oraz wyższej karze nakładanej na organizatora porozumienia.

W kontekście pojawiających się problemów interpretacyjnych art. 27 pkt 3 w zw. z art. 26 *ustawy*, w zakresie możliwości uzyskania oryginału dokumentacji medycznej przez pacjenta, uzasadniona wydaje się propozycja doprecyzowania regulacji w taki sposób, aby jednoznacznie wskazywała pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną jako podmiot uprawniony do uzyskiwania oryginału dokumentacji.

Zasadna wydaje się również zmiana *ustawy* polegająca na dodaniu nowego, jednoznacznego przepisu wskazującego, iż Rzecznik za uzyskanie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 *ustawy*, tj. w formie wyciągów, odpisów lub kopii, w związku z wykonywaniem ustawowych zadań, nie ponosiłby opłat. W obecnym stanie prawnym Rzecznik może wystąpić do świadczeniodawcy o udostępnienie oryginałów dokumentacji medycznej, a jej kopię wykonać we własnym zakresie ponosząc przy tym znacznie mniejsze koszty aniżeli za kopię wykonaną i przesłaną przez świadczeniodawcę.

Praktyka stosowania *ustawy* wskazuje również na problemy z dostępem do dokumentacji medycznej pacjenta, który nie miał możliwości (np. stan nagły z wyłączeniem świadomości) upoważnienia osoby do dostępu do jego dokumentacji medycznej. W takim przypadku zaproponowano wprowadzenie regulacji przewidującej, iż jeśli pacjent w momencie przyjęcia do szpitala nie wyrazi pisemnego oświadczenia woli w zakresie dostępu do jego dokumentacji medycznej (tj. nie wskaże osoby upoważnionej lub oświadczy, iż nie upoważnia nikogo) prawo do dostępu do jego dokumentacji medycznej przysługuje małżonkowi, zstępnym, wstępnym,

rodzeństwu oraz osobie pozostającej we wspólnym pożyciu. Tak określony krąg podmiotów wydaje się wyeliminować problemy z dostępem do dokumentacji medycznej w ww. przypadku. Podkreślenia również wymaga, iż przytoczony przepis miałby zastosowanie jedynie w przypadku, gdy pacjent nie upoważnił nikogo do dostępu do jego dokumentacji medycznej lub nie oświadczył, iż nikogo nie upoważnia. W przypadku wskazania osoby upoważnionej lub oświadczeniu o braku upoważnienia przepis nie miałby zastosowania, w związku z czym ww. osoby nie miałyby dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta. Mając powyższe na uwadze należy przyjąć, iż tak sformułowana regulacja stanowiłaby zabezpieczenie prawa do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta dla wskazanych osób, nie miałyby natomiast charakteru bezwzględnego.

Wskazano również propozycję umożliwienia dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych we wszystkich podmiotach leczniczych. Niniejszy postulat podyktowany jest z faktem, że nie we wszystkich przypadkach w szpitalach wykonywane są bardziej skomplikowane procedury medyczne niż w innych podmiotach leczniczych. W tym względzie należy wskazać, że przepis § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. z 2011 r., Nr 111, poz. 653 z późn. zm.) określa, że świadczenia gwarantowane obejmują w szczególności procedury zabiegowe ambulatoryjne. Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych określa załącznik nr 3 do ww. *rozporządzenia*. W wielu przypadkach procedury te łączą się z koniecznością dokonania skomplikowanych czynności medycznych. Są one wykonywane nie tylko w szpitalach ale również w innych podmiotach leczniczych. Ponadto wiele z nich jest związanych z zastosowaniem metod inwazyjnych, a tym samym w wyniku ich przeprowadzenia może dojść do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta.

Zgodnie z art. 67e ust. 3 *ustawy*, w skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych oraz 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych, którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych. Zatem powyższy skład jest wystarczający do zapewnienia wykonywania obsługi

wniosków dotyczących zdarzeń medycznych powstałych zarówno w szpitalach jak i w innych podmiotach leczniczych niż w szpitalach.

Z przepisu art. 67d ust. 6 *in fine ustawy* wynika, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Zgodnie z ostatnim zdaniem tego przepisu, nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. Z wykładni literalnej tego przepisu wynika, że przedmiotowe stanowisko może być nadesłane po upływie 30 dni. Upływ tego terminu nie rodzi automatycznie sankcji o której mowa w art. 67d ust. 6 *ustawy*. Tym samym uznać należy, że zastosowany przez ustawodawcę termin 30 dni na przekazanie stanowiska nie jest terminem zawitym, którego niedochowanie skutkuje akceptacją wniosku pacjenta lub jego spadkobiercy. Z tego też powodu uzasadnionym jest wprowadzenie sankcji za nieprzekazanie w terminie 30 dni przedmiotowego stanowiska. W uzasadnieniu takiej propozycji zmiany należy również wskazać, iż obecna sytuacja może rodzić negatywne konsekwencje w zakresie procedowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, ponieważ przedstawienie przez kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela stanowiska po upływie wskazanego terminu 30 dni może mieć wpływ na szybkość przeprowadzonego postępowania, natomiast wojewódzka komisja zgodnie z art. 67j ust. 2 *ustawy* wydaje orzeczenie, nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Wątpliwości interpretacyjne art. 67d ust. 6 *ustawy* skłaniają również do pytania co w przypadku, kiedy stanowisko kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela wpłynie po wydaniu orzeczenia przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, która stosownie do dyspozycji ww. przepisu zaakceptowała wniosek pacjenta lub jego spadkobiercy w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Wobec powyższego Rzecznik postulował zmianę art. 67d ust. 6 *ustawy*, przez nadanie następującego brzmienia:

„Kompletny i należyście opłacony wniosek wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska w powyższym terminie jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.”

Ponadto, zgodnie z art. 67o *ustawy*, w zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a–67m do postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się odpowiednio przepisy art. 50, 51, 53¹, 102, 131, 133–143, 150, 156, 157–158, 162, 164–172, 173–174, art. 180 § 1 pkt 1 i 3, art. 181 pkt 2, art. 206 § 1, art. 207 § 1, art. 210–213, 216, 217, 224, 225, 227–237, 240–242, 244–257, 258–273, 277, 280–289, 299–300, 316, 350, 353, 424⁵ i 424⁸–424¹² *ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego* (Dz. U. z 1964 r., Nr 43, poz. 296, z późn. zm.).

Wobec powyższych zastrzeżeń zgłoszono propozycję usunięcia katalogu zamkniętego przepisów *Kodeksu postępowania cywilnego* jakie stosuje się do postępowania przed komisją wojewódzką i uregulowanie możliwości stosowania ww. przepisów odpowiednio w zakresie nieuregulowanym w *ustawie*.

W zakresie zmian przepisów dotyczących opracowywania przez konsultantów krajowych w porozumieniu z konsultantami wojewódzkimi listy lekarzy, którzy w danej dziedzinie medycyny pracy, mogą być członkami komisji lekarskiej, należy poza zobowiązaniem konsultantów krajowych do przedstawienia przynajmniej po jednym lekarzu z danej dziedziny medycyny dla każdego województwa, w przypadku braku możliwości uzyskania opinii w rozsądnym terminie, wskazano, iż należałoby stworzyć możliwość zasięgnięcia opinii lekarza z danej dziedziny medycyny lub konsultanta wojewódzkiego także z innych województw. Proponowana zmiana podyktowana jest vacatem na stanowiskach konsultantów wojewódzkich w danych dziedzinach medycyny w niektórych województwach oraz mogącym wystąpić niedoborem w województwie lekarzy w danej dziedzinie medycyny.

Zaproponowano również wprowadzenie przepisu, nakładającego na poszczególne komisje obowiązek przekazywania Rzecznikowi informacji dotyczących prac komisji oraz wniosków wpływających do komisji i sposobu ich rozpatrzenia.

W zakresie przekazywania spraw do innej wojewódzkiej komisji, wskazano, iż należy uregulować ograniczenia w przekazywaniu spraw pomiędzy komisjami. W szczególności można określić, iż przekazanie sprawy może odbyć się jeden raz, po uprzednim ustaleniu, iż nowa wojewódzka komisja posiada odpowiednią ilość członków potrzebną do rozpatrzenia wniosku.

Ponadto zaproponowano, aby z uwagi na fakt, że czynności takie jak ocena, czy wniosek jest kompletny i należyte opłacony (tj. rozpatrywanie pod względem formalnym) wymagają wiedzy prawniczej postulowano, że ocenę formalną wniosku powinna dokonywać osoba posiadająca co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych.

Dodatkowo, zaproponowano wprowadzenie nowego przepisu, który dawałby podstawę wojewodzie do złożenia wniosku do Ministra Zdrowia lub Rzecznika w zakresie powołania

dodatkowego członka komisji. Powyższe uzasadnione jest znaczną ilością spraw wpływających do niektórych komisji, tj. orzekających w województwie mazowieckim, śląskim i małopolskim.

Ponadto, w katalogu kar pieniężnych wnioskowano o umieszczenie kary za zawieranie porozumień przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych powodujących utrudnienie bądź uniemożliwienie korzystania przez pacjentów ze świadczeń, w tym m.in. powodujących uniemożliwienie zawarcia kontraktu na świadczenie usług zdrowotnych. Proponowano, aby niniejszy czyn stanowił naruszenie praw pacjentów i podlegał karze nakładanej na poszczególne podmioty lecznicze oraz wyższej karze nakładanej na organizatora porozumienia. Należy wskazać na zasadność ww. propozycji ze względu na daleko idące konsekwencje tej regulacji oraz brzmienie art. 59 ust. 3 *ustawy*.

Następnie, Rzecznik wskazał postulat zmiany przepisu art. 46 ust. 4 *ustawy*. W obecnym brzmieniu niniejszy przepis zobowiązuje, aby jeden z zastępców Rzecznika posiadał co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny. Zaproponowano więc, aby przepis brzmiał: *„jeden z zastępców Rzecznika jest obowiązany posiadać co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych lub prawnych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny”*.

VII. WYSTĘPOWANIE DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW Z WNIOSKAMI O PODJĘCIE INICJATYWY USTAWODAWCZEJ

W 2012 r. Rzecznik przedstawił uwagi w celu zmiany obowiązujących przepisów prawa:

- 1) wystąpienie do Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2012 r. w sprawie *prawnego uregulowania kwestii odpowiedzialności zawodowej psychologów, mającej na celu wprowadzenie jednolitych zasad wykonywania zawodu psychologa oraz powołania samorządu zawodowego psychologów*. Aktem prawnym, regulującym zasady i warunki wykonywania zawodu psychologa oraz zasady organizacji i działania samorządu zawodowego psychologów jest ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów* (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.), która zgodnie z art. 64 ww. *ustawy* weszła w życie w dniu 1 stycznia 2006 r. Po sześciu latach od jej wejścia w życie oraz dziesięciu lat od jej uchwalenia, nie powołano samorządu zawodowego psychologów, do zadań którego należy m.in. dbałość o przestrzeganie standardów wykonywania zawodu psychologa oraz nadzór nad przestrzeganiem zasad etyki zawodowej psychologa. Rzecznik wystąpił do Ministra Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o podjęcie działań związanych z prawnym uregulowaniem kwestii związanych z wykonywaniem zawodu psychologa. W dniu 9 marca 2012 r. Zespół ds. Programowania Prac Rządu zdecydował o włączeniu do wykazu prac rządu projektu ustawy uchylającej dotychczasową *ustawę o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów*. Od 2012 r. Międzyresortowy Zespół pod kierunkiem Ministra Sprawiedliwości dokonuje oceny zasadności i potrzeb regulacji poszczególnych zawodów (w tym zawodu psychologa). Jednocześnie, w resorcie pracy rozpoczęły się prace zmierzające do przygotowania nowej regulacji dotyczącej zawodu psychologa, do udziału w których został również zaproszony Rzecznik;
- 2) wystąpienie do Ministra Zdrowia o wydanie rozporządzenia określającego standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, podczas porodu, połogu, jak też opieki nad noworodkiem, w związku z nieobowiązaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie *standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259).

Ww. *rozporządzenie* obowiązywało do dnia wejścia w życie odpowiedniego aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 22 ust. 3–5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), jednakże nie

dłużej niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. ustawy, tj. 1 lipca 2011 r. Rozporządzenie będące przedmiotem wystąpienia zostało podpisane w dniu 20 września 2012 r. i jest obowiązującym aktem prawnym.

- 3) wystąpienie do Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2012 r. w sprawie podjęcia działań zmierzających do prawnego uregulowania kwestii wprowadzenia jednolitych zasad wykonywania zawodu psychoterapeuty i terapeuty zajęciowego. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, udział w terapii pacjentów z zaburzeniami psychicznymi biorą zarówno psychoterapeuci, jak i terapeuci zajęciowi. Sposób wykonywania ww. zawodów ma niewątpliwie duże znaczenie w jakości udzielanego świadczenia w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Na potrzebę opracowania regulacji prawnych dotyczących wykonywania zawodu psychoterapeuty zwracał również uwagę Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii, który wskazywał brak powyższego jako jedną z trudności kadrowych, wpływających negatywnie na realizację założeń Programu.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że w związku z trwającymi pracami, realizowanymi przez resort pracy i polityki społecznej, zmierzającymi do przygotowania nowej regulacji zawodu psychologa, Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Pracy i Polityki Społecznej z prośbami o rozważenie możliwości umieszczenia w projekcie przedmiotowej regulacji również zagadnień dotyczących psychoterapeutów.

- 4) Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia, wskazując, iż do dnia skierowania wystąpienia nie weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych (projekt z dnia 30 maja 2011 r.), mające zastąpić rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. z 1995 r., Nr 127, poz. 614), którego przepisy nie zapewniają skutecznej rehabilitacji pacjentów z diagnozą zaburzeń psychicznych. Natomiast stosownie do delegacji ustawowej zawartej w art. 15 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, projekt rozporządzenia z dnia 30 maja 2011 r. wprowadza przejrzyste przepisy, kompleksowo regulujące zagadnienia z zakresu zajęć rehabilitacji psychiatrycznej prowadzonej w szpitalach psychiatrycznych. W szczególności przedmiotowy projekt określa cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych oraz sposób nagradzania tych zajęć. Wobec powyższego Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie/wznowienie działań w zakresie prowadzonych prac legislacyjnych nad wprowadzeniem w życie przedmiotowego aktu prawnego. Do chwili obecnej Rzecznik oczekuje na stanowisko Ministra Zdrowia w omawianej sprawie.

Rzecznik bierze również czynny udział w pracach legislacyjnych w trybie wynikającym z uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – *Regulamin pracy Rady Ministrów* (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.), w zakresie związanym z prawami pacjentów, zgłaszając uwagi do przedstawionych projektów aktów prawnych i wnosząc o wprowadzenie sugerowanych zmian. W 2012 r. otrzymano do analizy 59 aktów prawnych. Rzecznik zgłaszał uwagi w zakresie praw pacjentów, w tym m.in. w odniesieniu do poniższych projektów:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sprowadzania z zagranicy środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia – Rzecznik podniósł, iż zawarte w § 6 projektu regulacje, zgodnie z którymi minister właściwy do spraw zdrowia odmawia wydania zgody na wprowadzenie do obrotu danego środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wymagają doprecyzowania przez wskazanie środków prawnych przysługujących pacjentowi (lub szpitalowi) w celu odwołania się od przedmiotowego braku zgody. W ocenie Rzecznika odmowa wydania takiej zgody wydaje się być ostateczna i arbitralna (bowiem nie w każdym przypadku odmowy będą mogły być zastosowane zamienniki danego środka spożywczego lub wprowadzenie przedmiotowych środków może trwać dłużej) a w efekcie może – w odniesieniu do niektórych pacjentów – pozbawiać ich możliwości leczenia. Powyższa uwaga nie została uwzględniona;
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczonych do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia – Rzecznik podniósł m.in., iż:
 - a) zawarte w § 4 projektu regulacje nakładające na konsultantów z danej dziedziny medycyny *de facto* obowiązki w zakresie potwierdzenia zasadności wystawienia zapotrzebowania, wymagają odpowiednich zmian w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) tak, aby obowiązki wynikające z projektowanej regulacji były spójne z ustawowymi obowiązkami konsultantów. Ponadto wskazania przypadków, w których zapotrzebowanie potwierdza konsultant krajowy, a kiedy wojewódzki – tak, aby nie miały miejsca sytuacje tzw. negatywnych sporów kompetencyjnych, w których konsultanci uznają się za niewłaściwych, a pacjent zostanie z zapotrzebowaniem niepotwierdzonym albo też upływie jego data ważności (60 dni od daty jego wystawienia) – niniejsza uwaga została uwzględniona;
 - b) obawy budzi redakcja § 5 projektu, który nie wskazuje terminu do potwierdzenia zapotrzebowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia okoliczności,

o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy. W ocenie Rzecznika przedmiotowe potwierdzenie powinno być dokonywane niezwłocznie (najpóźniej do 7 dni od dnia otrzymania przedmiotowego zapotrzebowania) tak, aby zapotrzebowanie nie straciło ważności, a pacjent nie musiał ponownie wszczynać całej procedury. Przyjęte rozwiązania w zakresie potwierdzania zapotrzebowania (§ 5 ust. 1) i zwrotu potwierdzonego zapotrzebowania (§ 5 ust. 4) nie wydają się być wystarczające – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;

- c) wyjaśnienia wymaga regulacja § 5 *projektu*, zgodnie z którą minister właściwy do spraw zdrowia jest zobowiązany tylko do potwierdzenia okoliczności zapotrzebowania, nie ma natomiast uprawnienia do odmowy potwierdzenia tych okoliczności. Wyjaśnienie powyższego jest konieczne, aby w praktyce nie zdarzały się przypadki odmowy potwierdzenia okoliczności zapotrzebowania (wobec niewskazania w projekcie środków prawnych przysługujących pacjentowi lub szpitalowi) w celu odwołania się od przedmiotowego braku zgody – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;

3) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich – Rzecznik podniósł m.in., iż:

- a) *projekt* nie wykonuje w całości upoważnienia zawartego w art. 45 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W związku z powyższym *projekt* powinien zostać uzupełniony o regulacje dotyczące sposobu zaopatrywania w druki recept (tak art. 45 ust. 5 pkt 4 ww. ustawy oraz § 1 pkt 3 *projektu*) – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;
- b) ponadto szczegółowego wyjaśnienia – przynajmniej w uzasadnieniu – wymagała pojawiająca się niespójność projektowanej regulacji (§ 30 ust. 3 *projektu*) z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 183, poz. 1531), który zawiera zamknięty katalog sytuacji, w których może nastąpić odmowa wydania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Wśród wymienionych tam sytuacji brak jest odniesienia do recept zawierających dodatkowe informacje, niezgodne z przepisami rozporządzeń określających reguły wystawiania recept – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;
- c) zgodnie z § 31 ust. 1 *projektu* dopuszcza się stosowanie druków recept zgodnych z wzorem obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2012 r. do dnia 30 czerwca 2012 r. Natomiast zgodnie z § 31 ust. 2 wprowadza się możliwość wydawania osobie wystawiającej receptę druków recept dla leków posiadających kategorię dostępności „Rpw” również do dnia 30 czerwca 2012 r., a w konsekwencji termin

do wydawania druków recept jest tożsamy z terminem do ich wykorzystania. W związku z tym należy zakreślić inny, krótszy termin do wydawania druków recept, o którym mowa w § 31 ust. 2 *projektu*, aby umożliwić ich praktyczne wykorzystanie w terminie określonym w § 31 ust. 1 *ww. projektu* – niniejsza uwaga została uwzględniona poprzez wydłużenie terminu do wykorzystania recept;

- 4) ustawy *o zmianie ustawy o działalności leczniczej* – Rzecznik podniósł m.in., iż:
- a) zawarta w art. 1 pkt 8 lit. a *projektu* zmiana (dot. art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy *o działalności leczniczej*) wprowadzająca obowiązek określenia w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub pełną odpłatnością wymaga doprecyzowania oraz szczegółowego wyjaśnienia przynajmniej w uzasadnieniu do projektu, bowiem w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta pojawiające się wątpliwości związane z różnymi interpretacjami projektowanej regulacji art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy *o działalności leczniczej* nie będą służyły bezpieczeństwu ekonomicznemu pacjentów. W szczególności należy podnieść, że regulacja art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy *o działalności leczniczej* stanowi przepis ogólny i dotyczy wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nie tylko podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, o których mowa w art. 44 ustawy *o działalności leczniczej*. Powyższe oznacza, że każdy podmiot leczniczy w swoim regulaminie organizacyjnym powinien określić wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub pełną odpłatnością. Jeżeli zamiarem projektodawców jest skorelowanie projektowanej regulacji z art. 44 ustawy *o działalności leczniczej* oraz przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) to powyższy zamiar powinien znaleźć odzwierciedlenie zarówno w brzmieniu projektowanej regulacji, jak i w uzasadnieniu – niniejsza uwaga została uwzględniona częściowo poprzez wprowadzenie odesłania do przepisów ustawy lub przepisów odrębnych;
 - b) zawarta w art. 1 pkt 9 *projektu* zmiana zasad dotyczących zawierania obowiązkowych umów ubezpieczenia od zdarzeń medycznych przewiduje ich liberalizację polegającą na zmniejszeniu sum ubezpieczenia. Efektem tego może być zdecydowana niechęć ubezpieczyciela do zaspokojenia roszczeń pacjenta w postępowaniu przed wojewódzką komisją, który będzie ekonomicznie zainteresowany tym, aby nie wypłacić pacjentowi odszkodowania (i w tym celu

będzie celowo zaniżał jego wysokość). Takie postępowanie nie będzie korzystne ani dla pacjenta, ani też dla szpitala – oba te podmioty będą kontynuowały swój spór prawdopodobnie na dłuższej i droższej drodze postępowania cywilnego. W ocenie Rzecznika należy wzmocnić ochronę pozycji pacjenta w ww. postępowaniu. W tym celu należy rozważyć zmianę regulacji w ww. zakresie przez wskazanie, iż kwotę odszkodowania proponuje wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, która podlegałaby negocjacjom zarówno ze strony szpitala i ubezpieczyciela, jak również ze strony pacjenta. Ewentualnie proponuje się zmianę regulacji przez wskazanie, że przedmiotową kwotę proponuje ubezpieczyciel w porozumieniu ze szpitalem (i po uzyskaniu jego akceptacji) – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;

- c) zawarta w art. 1 pkt 13 *projektu* zmiana (dot. art. 30 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*) dotycząca obowiązku niezwłocznego poinformowania przez kierownika podmiotu leczniczego wójta (burmistrza, prezydenta miasta) o możliwości wypisania z podmiotu leczniczego pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszej hospitalizacji powinna być uzupełniona o dodanie nowego obowiązku. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) powinien być również informowany przez kierownika podmiotu leczniczego o tym, że pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszej hospitalizacji i nie ma osoby zobowiązanej do zapewniania mu opieki, jest wypisywany do domu. Opiekę nad takim pacjentem powinna roztoczyć gmina, stosownie do obowiązków wynikających art. 17 ust. 1 pkt 11, 16 oraz ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2004 r., Nr 64, poz. 593, z późn. zm.). Warunkiem wykonania tego obowiązku jest posiadanie odpowiedniej wiedzy w tym zakresie – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;
- d) zawarta w art. 1 pkt 35 *projektu* zmiana (dot. art. 118 ust. 2 pkt 2 ustawy *o działalności leczniczej*) wprowadzająca możliwość obserwowania – w toku kontroli prowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz przez wojewodę – czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta sprzeczna jest z prawem pacjenta do poszanowania godności i intymności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 20 ust. 1 *ustawy*. Powyższe prawo zostało uszczegółowione m.in. w art. 21 ust. 1 i 22 ust. 2 *ustawy*, zgodnie z którymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być osoba bliska pacjentowi, a osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze

względu na rodzaj świadczenia, w tym po uzyskaniu od niego zgody – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;

- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN)* – Rzecznik podniósł, iż przedmiotowa regulacja ma stanowić dokładną bazę danych, dzięki której w sposób precyzyjny mogą być stosowane właściwe środki leczenia doraźnego i zapobiegawczego wobec pacjentów. Niemniej jednak należało zaznaczyć, że zgodnie z uzasadnieniem do *projektu rozporządzenia z dnia 1 października 2012 r. „zgłoszenia dokonują raz w miesiącu podmioty lecznicze do wojewódzkich rejestrów nowotworów, które następnie przekazują dane do KRN”*. Celowe zatem wydaje się określenie ram czasowych, wskazujących termin upływu wprowadzenia danych do Krajowego Rejestru Nowotworów przez uprawnione podmioty, tj. określone w § 6 *projektu rozporządzenia* – niniejsza uwaga nie została uwzględniona;
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej* – Rzecznik podniósł, iż należy wskazać, iż zarówno wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik nr 1), jak również wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składanego przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego (załącznik nr 2) zawiera następujące dane: imię i nazwisko, adres zamieszkania, rodzaj oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz numer PESEL, z zastrzeżeniem: jeżeli został nadany. Zastrzeżenie to sugerowało, że przedmiotowe oświadczenia potencjalnie mogą składać również osoby nieposiadające numeru PESEL. Dlatego też zasadnym wydaje się umieszczenie identyfikatora alternatywnego dla numeru PESEL w postaci daty (i miejsca) urodzenia. Ponadto wskazać należało, że wzory załączonych oświadczeń, nie zawierały pouczenia o konsekwencjach złożenia nieprawdziwych danych w oświadczeniu, powodujących udzielenie świadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, a wynikających z art. 50 ust. 16 pkt 2 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, czyli informacji o obowiązku uiszczenia kosztów bezprawnie udzielonego świadczenia – powyższa uwaga została uwzględniona, rozporządzenie w załączonym oświadczeniu zawiera pouczenie o konsekwencjach złożenia nieprawdziwych danych;
- 7) rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych albo pracowników korzystających z urlopu*

bezpłatnego – Rzecznik podniósł, iż projekt rozporządzenia nie zawiera wyraźnej dyspozycji zobowiązującej instytucje wymieniające się danymi do zachowania poufności, a tym samym do opracowania odpowiednich procedur. Powinno to dotyczyć danych przekazywanych elektronicznie, jak i drogą papierową – niniejsza uwaga została uwzględniona;

- 8) rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* – Rzecznik podniósł, iż należy zwrócić uwagę, iż ustawodawca zobowiązał podmiot, o którym mowa w § 78 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania do wydania dokumentacji* a nowe brzmienie § 76 wskazuje na „podmiot”, „podmiot tworzący” oraz „inny podmiot”. W świetle powyższego, należy wprowadzić ustęp wskazujący podmiot, do którego pacjent lub podmiot uprawniony, wskazany w art. 26 *ustawy*, złożą wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej lub wprowadzić glosariusz. W § 1 pkt 27 projektu rozporządzenia brak jest regulacji dotyczącej miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą praktyk zawodowych, o których mowa w art. 5 ust. 2 *ustawy o działalności leczniczej* na skutek śmierci lekarza lub pielęgniarki wykonujących działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej. Wskazać należy, iż powyższe skutkuje brakiem możliwości odpowiedniego zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieupoważnionych, a także trudnościami w jej uzyskaniu przez pacjenta – niniejsza uwaga została uwzględniona.

VIII. OPRACOWYWANIE I WYDAWANIE PUBLIKACJI ORAZ PROGRAMÓW EDUKACYJNYCH POPULARYZUJĄCYCH WIEDZĘ O OCHRONIE PRAW PACJENTA

1. Działania edukacyjne i popularyzujące wiedzę o ochronie praw pacjenta

Do zadań Rzecznika należy realizowanie działań na rzecz edukacji pacjentów oraz popularyzacja wiedzy o przysługujących im prawach.

Decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Europy rok 2012 został ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (ER2012). W ramach obchodów ER2012 Rzecznik podjął szereg inicjatyw mających na celu edukację osób starszych, które, jak wynika z doświadczeń Biura, często nie mają wystarczającej wiedzy na temat przysługujących im, jako pacjentom praw.

W Ogólnopolski Dzień Seniora 14 listopada 2012 r. Rzecznik zorganizował konferencję pt. „Seniorzy w systemie ochrony zdrowia”. W konferencji udział wzięli przedstawiciele organów administracji publicznej, specjaliści w zakresie problematyki osób starszych, pracownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, pracownicy pomocy społecznej, przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW).

Rysunek 5. Plakat – konferencja „Seniorzy w systemie ochrony zdrowia”



Konferencja „Seniorzy w systemie ochrony zdrowia” zaowocowała podjęciem współpracy Rzecznika z Uniwersytetami Trzeciego Wieku, w ramach której przekazano, do wykorzystania podczas wykładów dla słuchaczy, opracowaną przez Biuro prezentację multimedialną pt. „Osoba starsza – pacjent, najczęściej łamane prawa pacjenta”. W materiale omówione zostały prawa przysługujące każdemu pacjentowi ze szczególnym uwzględnieniem praw, których najczęściej dotyczą sygnały od pacjentów w wieku 60 lat i więcej, tj. prawa do

świadczeń zdrowotnych, do dokumentacji medycznej, do informacji, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz do poszanowania intymności i godności pacjenta. Ponadto pracownicy Biura przeprowadzili wykłady edukacyjne dotyczące praw pacjenta dla słuchaczy UTW m.in. podczas II Małopolskiego Forum Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz w Grochowskim Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Warszawie.

W ramach działań edukacyjnych skierowanych do osób starszych pracownicy Biura wzięli również udział w Targach Aktywni 50+, które towarzyszyły organizowanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przy współpracy z Ministerstwem Sportu i Turystyki, Konwencji: Międzypokoleniowe Dni Aktywności. Podczas targów w znajdującym się w strefie eksperckiej punkcie Biura, uczestnicy przedsięwzięcia mieli możliwość zapoznać się z działalnością Biura, uzyskać informacje o prawach przysługujących pacjentowi, otrzymać materiały informacyjno-promocyjne w formie ulotek, a także porozmawiać na miejscu z pracownikami Biura oraz uzyskać informacje z zakresu praw pacjenta.

W 2012 r. działania edukacyjne ukierunkowane były także na poszerzenie wiedzy studentów prawa i medycyny na temat praw pacjenta oraz funkcjonowania instytucji Rzecznika. Aby popularyzować wiedzę o prawach pacjenta wśród przyszłych prawników i lekarzy, pracownicy Biura realizowali następujące działania:

- 1) wykład na temat praw pacjenta i funkcjonowania instytucji Rzecznika Praw Pacjenta podczas seminarium dla wszystkich studentów uczestniczących w pracach Kliniki Prawa Uniwersytetu Warszawskiego;
- 2) dwukrotne przeprowadzenie zajęć ze studentami sekcja prawa medycznego Kliniki Prawa Uniwersytetu Warszawskiego;
- 3) wygłoszenie przez Rzecznika prelekcji na temat praktyki działania Rzecznika podczas konferencji naukowej „Państwo a zdrowie” zorganizowanej przez Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, która skierowana była do członków Koła Naukowego Prawa Medycznego „Salus aegroti lex suprema lex esto” oraz studentów ww. Wydziału;
- 4) wykład na temat praw pacjenta i działania Rzecznika dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podczas Warsztatów Prawa zorganizowanych przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland.

Rzecznik oraz przedstawiciele Biura, popularyzują wiedzę o prawach przysługujących pacjentowi również poprzez aktywny udział (wygłaszanie prelekcji, przedstawianie stanowisk,

udział w panelach dyskusyjnych) w wydarzeniach, które związane są z prawami pacjentów.
Wybrane wydarzenia to:

- 1) spotkanie organizowane przez Instytut Spraw Publicznych w ramach realizowanego projektu „Opracowanie kompleksowych i trwałych mechanizmów wsparcia dla poradnictwa prawnego i obywatelskiego w Polsce”;
- 2) konferencja naukowa pt. „Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce”, zorganizowana przez Szkołę Wyższą Prawa i Dyplomacji w Gdańsku;
- 3) walne Zgromadzenie Członków Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 4) seminarium dla dyrektorów domów pomocy społecznej województwa mazowieckiego pt. „Opieka medyczna i przestrzeganie praw i wolności mieszkańców w domach pomocy społecznej”, zorganizowane przez Wydział Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie;
- 5) gala Finałowa V edycji Ogólnopolskiego Programu dla Młodzieży „Mam Haka na Raka”, zorganizowanego przez Polską Unię Onkologii;
- 6) Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowa pt. „Pielęgniarstwo psychiatryczne – integracja i rozwój”, zorganizowana przez Fundację Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego;
- 7) Konferencja Szkoleniowa dla Rzeczników Prasowych Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 8) Konferencja Szkoleniowa pt. „Pielęgniarstwo psychiatryczne”, zorganizowana przez Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach;
- 9) Konferencja na temat szpitalnych komisji etycznych, zorganizowana przez Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 10) Konferencja Okrągły Stół – Krajowa Konferencja „Łańcuch Zaufania”, zorganizowana przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia we współpracy z Federacją Pacjentów Polskich;
- 11) III Forum Marketingu i PR w Ochronie Zdrowia, zorganizowane przez Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia;
- 12) Konferencja pt. „Prawo i Telemedycyna” zorganizowana przez Krajową Izbę Gospodarczą.

Działania edukacyjno-informacyjne w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, realizowane są także przez Rzeczników

Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podczas regularnych spotkań informacyjno-edukacyjnych z pacjentami oddziałów psychiatrycznych. Zajęcia te organizowane są w formie: spotkań ze wszystkimi pacjentami konkretnego oddziału, dyskusji dotyczącej istotnych dla pacjentów problemów w trakcie społeczności terapeutycznej. W czasie spotkań poruszana jest tematyka związana m.in.: z prawami pacjenta, ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, zasadami udzielania przepustek. Spotkania o podobnej tematyce organizowane są również dla chętnych rodzin lub opiekunów prawnych pacjentów szpitali lub oddziałów psychiatrycznych.

Rzecznicy organizują lub uczestniczą również w spotkaniach z personelem medycznym (lekarzami, pielęgniarkami, terapeutami), podczas których poruszane są zagadnienia dotyczące m.in.: praw pacjentów wynikających z *ustawy* oraz *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Spotkania edukacyjne dla personelu medycznego Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego poprowadzili m.in. w: Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej we Fromborku, Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciborzu, Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy, Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym im. Św. Jadwigi w Opolu, Brzeskim Centrum Medycznym, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej ZOZ w Głuchołazach.

IX. WSPÓLPRACA Z ORGANAMI WŁADZY PUBLICZNEJ W CELU ZAPEWNIENIA PACJENTOM PRZESTRZEGANIA ICH PRAW, W SZCZEGÓLNOŚCI Z MINISTREM WŁAŚCIWYM DO SPRAW ZDROWIA

W 2012 r. Rzecznik, zgodnie z art. 47 ust. 1 pkt 7 *ustawy*, współpracował z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw. Zarówno wystąpienia Rzecznika do ww. organów, jak i udzielone odpowiedzi umieszczone są na stronie internetowej Rzecznika. Poniżej przykłady działań podejmowanych przez Rzecznika, w ramach ww. współpracy.

1. Przykłady współpracy z Ministrem właściwym do spraw Zdrowia:

- 1) w związku z uzyskiwanymi od pacjentów zgłoszeniami w sprawie braku możliwości zakupu insuliny – leku Humalog w aptekach na terenie kraju. W jej wyniku Ministerstwo Zdrowia skonsultowało problem z producentem ww. leku, co doprowadziło do określenia regionów, w których występują trudności w nabyciu tego leku. W związku z powyższym, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania, w ramach których wystąpiono do Głównego Inspektora Farmaceutycznego o zbadanie sytuacji i podjęcie stosownych działań. Przeprowadzono również na terenie całego kraju kontrole przez uprawnione do tego organy, mające na celu ustalenie źródła nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie;
- 2) w dniu 4 czerwca 2012 r. na łamach „Rzeczpospolitej” został opublikowany artykuł pod tytułem: „Możliwe opłaty za pobyt w szpitalu”. W przedmiotowym artykule zostało zawarte stanowisko dr Macieja Dercza, zgodnie z którym na gruncie obecnie obowiązujących przepisów szpitale nie mają obowiązku zapewnienia wyżywienia ani zakwaterowania podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Zastąpiona ustawą *o działalności leczniczej* ustawa *o zakładach opieki zdrowotnej* przewidywała wprost w art. 20 ust. 1 pkt 3, iż szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi m.in. pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Natomiast obecnie obowiązująca ustawa *o działalności leczniczej* nie przewiduje obowiązku zapewniania przez szpitale wyżywienia oraz zakwaterowania. Zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 *ustawy o działalności leczniczej*, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (i tylko one) mogą polegać na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem m.in. zapewnienie pacjentom pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do ich stanu zdrowia. W związku z obserwowanym niepokojem społecznym wywołanym publikacją prasową dotyczącą ewentualnej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia w przedmiotowej sprawie oraz

o informację, czy planowane jest podjęcie działań legislacyjnych w tym zakresie. Odpowiadając na powyższe, Minister Zdrowia wskazał, iż stosownie do art. 5 pkt 38 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, świadczeniami towarzyszącymi są zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub codziennej oraz usługi transportu sanitarnego. Jak wynika z powyższego, wyżywienie i zakwaterowanie mieści się w zakresie pojęcia świadczenia opieki zdrowotnej udzielanego w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i całodobowym;

- 3) w sprawie ograniczenia dostępu osób objętych pomocą społeczną w formie zasiłku stałego do zakładów opiekuńczo-leczniczych, w związku z problem finansowania wyżywienia i zakwaterowania świadczeniobiorców w tych zakładach. Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania jest ustalana przez kierownika tego zakładu. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Z kolei, miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18 roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku osób pobierających zasiłek stały z pomocy społecznej, który wynosi maksymalnie 444 zł (dla osoby samotnie gospodarującej) lub 351 zł (dla osoby w rodzinie), wyliczona opłata nie pokrywa kosztów zakwaterowania i wyżywienia takich osób. Tym samym pojawia się pytanie, kto w tej sytuacji ma pokryć różnicę wynikającą z tych kosztów.

W odpowiedzi, Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że w sprawie ponoszenia przez świadczeniobiorców odpłatności za świadczenia towarzyszące w zakładach opiekuńczo-leczniczych kwestie te stanowią przedmiot konsultacji Ministerstwa Zdrowia z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, w celu wypracowania rozwiązań legislacyjnych zmierzających do rozwiązania zasygnalizowanego problemu. Ponadto,

wskazano, że trwają prace nad wypracowaniem zmian w zakresie opieki długoterminowej, w tym związanych z ponoszeniem przez świadczeniodawców odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Odrębnym pismem resort zdrowia poinformował o propozycjach wprowadzenia w ustawie *o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* przepisów umożliwiających wnoszenie opłat za rzeczywiste koszty wyżywienia i zakwaterowania świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym również przez jego rodzinę zobowiązaną do alimentacji lub gminę bądź inną osobę. Doprecyzowanie polegałoby na zastosowaniu przepisów ustawy o pomocy społecznej, która wprowadziła obowiązek współuczestniczenia rodziny i gminy w opłatach za pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej. Ponadto wskazano, że w dniu 15 lutego 2013 r. znowelizowano ustawę *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ustawę z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, z późn. zm.). Od tego momentu wysokość opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w ww. zakładach w przypadku dzieci objętych pieczą zastępczą będzie wynosić 200% najniższej emerytury. Natomiast w przypadku dzieci umieszczonych w rodzinnej pieczy zastępczej opłatę związaną z pokryciem kosztów zakwaterowania i wyżywienia ponosić będzie starosta, a w przypadku dzieci umieszczonych w instytucjonalnej pieczy zastępczej opłatę ponosić będzie odpowiednio: placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna albo interwencyjny ośrodek preadopcyjny;

- 4) w związku z pismem Konsultanta Krajowego ds. Neonatologii oraz zgłoszeniami rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie, które nie zostały zakwalifikowane do programu lekowego „Profilaktyka zakażeń wirusem RS u dzieci z przewlekłą chorobą płuc” (dysplazja oskrzelowo-płucna) (ICD-10 P 27.1) Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego, przedstawiając swoje stanowisko w sprawie. W ocenie Rzecznika, potwierdzonej także opinią Konsultanta Krajowego ds. Neonatologii, kryteria włączenia do programu ograniczają dostępność znacznej ilości dzieci (wcześniaków). Obecnie kryteria kwalifikacji do leczenia w programie jest tlenoterapia ze stężeniem większym niż 21% do co najmniej 28 doby życia oraz spełnienie dodatkowych kryteriów, tj. dziecko włączane do programu musi spełniać kryterium urodzenia w „odpowiednim” tygodniu ciąży oraz „odpowiedniej” daty urodzenia. Zdarzają się zatem przypadki, że dziecko urodzone w kwietniu z 26 tyg. ciąży z BPD pomimo spełnienia innych określonych kryteriów (dysplazja oskrzelowo-płucna) nie będzie włączone do programu, a dziecko urodzone w maju z 28 tyg. ciąży już będzie.

Odpowiadając Minister Zdrowia wskazał, iż trwają prace nad zmianą kryteriów kwalifikacji do programu. Ponadto, poinformowano, iż wniosek w sprawie zmiany kryteriów kwalifikacji do przedmiotowego programu lekowego został przedstawiony Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych w celu przygotowania analizy weryfikacyjnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, stanowiska Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa Agencji. W rekomendacjach nr 70/2012 i 71/2012 Prezes Agencji nie zarekomendował poszerzenia kryteriów związanych z wiekiem kwalifikującym do profilaktycznego leczenia produktem leczniczym Synagis (*pawilizumab*). Zakończeniem procesu w przedmiotowej sprawie będzie ostateczna decyzja Ministra Zdrowia, która do dnia skierowania sprawozdania nie została podjęta.

2. Przykłady wystąpień do Ministra właściwego do spraw Zdrowia:

- 1) w sprawie dostępu pacjentów z rozpoznaniem upośledzenie umysłowe (wg ICD-10: F70–79) do leków refundowanych. W wystąpieniu wskazano przede wszystkim na problem dotyczący braku ujęcia osób z rozpoznaniem F70-F79 we wskazaniach do stosowania określonych w punkcie 4.1 Charakterystyk Produktu Leczniczego leków objętych refundacją we wskazaniu refundacyjnym „choroby psychiczne lub upośledzenie umysłowe”. Jednocześnie, w wystąpieniu podniesiono trudności interpretacyjne nazwy zakresu wskazań objętego refundacją „choroby psychiczne lub upośledzenie umysłowe”.

Ministerstwo Zdrowia odnosząc się do powyższych wątpliwości interpretacyjnych, stanowiących przedmiot problemów zgłaszanych zarówno przez pacjentów, jak i środowisko lekarskie, poinformowało, że „w związku z pojawiającymi się wątpliwościami interpretacyjnymi w zakresie określenia które rozpoznania z zakresu F.00-F.99 uprawniają lekarza do wypisania recepty na refundowany produkt leczniczy we wskazaniu choroby psychiczne lub upośledzenie umysłowe Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, iż wypisanie ww. recepty może nastąpić w przypadku rozpoznań wg ICD-10 od F.00 do F.69 oraz od F.80 do F.98 (rozumianych jako zaburzenie psychiczne o charakterze przewlekłym) z wyłączeniem rozpoznań F.1x.0 i F.43 oraz dla rozpoznań F.70-F.79;

- 2) w sprawie dotyczącej dostępu do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, związanego z problemem, który pojawił się na przełomie sierpnia i września 2012 r. dotyczącym sposobu rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zakontraktowanych świadczeń w poradniach zdrowia psychicznego i przekroczeniem limitów czasowych przyjęć pacjentów według kryterium określonym w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 8/2012/DSOZ Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Ponadto wskazano, iż problem dostępu do ambulatoryjnych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych wynika również z tego, że realizacja założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przez podmioty obowiązane do jego wdrażania na chwilę obecną praktycznie nie istnieje lub jest poważnie opóźniona, zaś system opieki pozaszpitalnej w lecznictwie psychiatrycznym w chwili obecnej w całości opiera się na poradniach zdrowia psychicznego.

Odpowiadając Ministra Zdrowia poinformował, iż w związku z podniesionymi w wystąpieniu kwestiami zwrócono się do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o odniesienie się do powyższego i poinformowano o zajętych przez Fundusz stanowiskach. Ponadto poinformowano, że we właściwej komórce organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia będą trwały analizy nad zasadnością wprowadzenia postulatu bardziej elastycznego rozliczania świadczeń w poradniach zdrowia psychicznego do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.)

- 3) w sprawie dostępu osób z zaburzeniami psychicznymi do psychotropowych leków refundowanych, w szczególności leków przeciwpsychotycznych II generacji dla osób z rozpoznaniem wg ICD-10 od F21 do F29. Aktualnie dla leków przeciwpsychotycznych II generacji zakres wskazań objętych refundacją to „schizofrenia”, który to zakres – zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia – obejmuje tylko kod F20. W wystąpieniu zostały również podniesione kwestie dotyczące nieustających wątpliwości zarówno wśród lekarzy, jak i samych pacjentów odnośnie interpretacji zakresu wskazań objętych refundacją „choroby psychiczne lub upośledzenie umysłowe”.

Minister Zdrowia poinformował o aktualnym stanowisku odnośnie interpretacji zakresu wskazań „choroby psychiczne lub upośledzenie umysłowe” tj. wskazano, że kody ICD-10 od F00 do F99 stanowią rozpoznania w rozumieniu wskazań refundacyjnych objętych wykazem leków refundowanych dla wskazania refundacyjnego „choroby psychiczne lub upośledzenie umysłowe”. Ponadto poinformowano, że w odniesieniu do zagadania dostępności do leków przeciwpsychotycznych II generacji w rozpoznaniach od F21 do F29, w dniu 18 lutego 2013 r. została wydana opinia Rady Przejrzystości, w której pozytywnie zaopiniowano objęcie refundacją wskazań określonych kodami ICD-10 od F21 do F29 ww. leków. Ministerstwo Zdrowia wskazało również, że przed podjęciem ostatecznej decyzji

w sprawie ewentualnego rozszerzenia refundacji ww. leków obecnie dokonywane są prace analityczne w aspekcie finansowym oraz analiza rozwiązań przyjętych w innych państwach europejskich;

- 4) w sprawie podjęcia działań w kwestii problemów kadrowych i finansowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Wskazano na niedofinansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, czego skutkiem jest m.in. niewystarczający dostęp (zarówno czasowy jak i terytorialny) do tego rodzaju świadczeń w stosunku do potrzeb. Ponadto, w zakresie niewystarczającej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży podniesiono, iż nie weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (projekt z dn. 8 grudnia 2011 r.), mające zastąpić rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. *w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe* (Dz. U. Nr 84, poz. 709). Przedmiotowy projekt rozszerza listę dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe medycynę sądową i psychiatrię dzieci i młodzieży. W dniu 1 stycznia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. *w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny* (Dz. U. 2012, poz. 1489), które umieszcza psychiatrię dzieci i młodzieży jako priorytetową dziedzinę medycyny, co przyczyni się do poprawy sytuacji w ww. zakresie;
- 5) w związku ze zgłoszeniami pacjentów z rozpoznaniem Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Zidentyfikowany problem dotyczył braku możliwości kontynuacji terapii osób dorosłych w zakresie rozpoznanego w wieku dziecięco-rozwojowym ww. choroby. W związku z powyższym, zwrócono się z prośbą o analizę problemu oraz o podjęcie działań w celu zagwarantowania pacjentom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W odpowiedzi na powyższe wystąpienie, wskazano, iż błędne jest stwierdzenie, iż osoby dorosłe z rozpoznaniem ADHD nie mają możliwości kontynuowania rozpoczętej w wieku dziecięcym terapii, o czym świadczą gwarantowane formy terapii finansowanej ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym, kwestia zapewnienia właściwej terapii osobom dorosłym z rozpoznaniem zaburzeń hiperkinetycznych wymaga nie tyle podjęcia działań systemowych, gdyż przepisy prawne gwarantują dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej, co rzetelnego i systematycznego monitorowania przez NFZ świadczeniodawców zobowiązanych do terapii ADHD. Istotnym bowiem jest, iż obowiązujące prawo zabezpiecza potrzeby zdrowotne grupy pacjentów z zaburzeniami hiperkinetycznymi, natomiast realne objęcie ich

opieką jest sprawą egzekwowania przepisów a nie tworzenia nowych norm w tym zakresie;

- 6) w sprawie napływających sygnałów od pacjentów chorych na lekooporną postać padaczki ze wskazaniem zastosowania implantacji stymulatora nerwu błędnego świadczących o utrudnionym dostępie do realizacji tego świadczenia. W argumentacji wskazano, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.) nie przewiduje możliwości rozliczania tego świadczenia z zastosowaniem jednorodnych grup pacjentów. W ocenie Rzecznika przedmiotowe świadczenie powinno zostać uwzględnione w katalogu świadczeń gwarantowanych bez konieczności uzyskiwania odrębnej zgody płatnika.

Odpowiadając Minister Zdrowia wskazał, iż leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego w przypadku, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna, zostało zawarte w zał. nr 1 do ww. *rozporządzenia*. Procedura nie jest rozliczana na podstawie grup zawartych w systemie jednorodnych grup pacjentów. W odniesieniu do kwestii dotyczącej braku kodu przy omawianej procedurze w koszyku świadczeń gwarantowanych poinformowano, iż w przypadku omawianego świadczenia konieczne jest doprecyzowanie warunków jego realizacji. Dlatego też, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania zmierzające do wprowadzenia odpowiednich zmian. Przedstawione propozycje będą podstawą wprowadzenia dodatkowych warunków realizacji przedmiotowego świadczenia i uwzględnienia odpowiednich zmian w przytoczonym rozporządzeniu;

- 7) w sprawie zgłaszanych przez pacjentów i ich rodziny problemów związanych z transportem sanitarnym u osób wymagających dializowania. W odpowiedzi na powyższe, Ministerstwo Zdrowia wskazało, iż świadczenie gwarantowane hemodializa, które obejmuje transport pacjenta do stacji dializ przed hemodializą oraz transport pacjenta do domu po zabiegu, należy uznać, że świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie hemodializo terapii zobowiązany jest zapewnić transport sanitarny – w przypadku osób z dysfunkcją ruchu;
- 8) w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W wystąpieniu zwrócono się do Ministra Zdrowia z prośbą o udzielenie informacji oraz podjęcie stosownych działań w kwestii realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W działaniu systemowym dotyczącym Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uwzględniono również informacje powzięte w wyniku

współpracy Rzecznika z Ministrami właściwymi ze względu na cele Programu (tj. Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego) oraz jednostek samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego, a także Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii i Konsultanta w dziedzinie psychiatrii dla województwa mazowieckiego – opisane w części V (współpraca).

Rzecznik stale monitoruje realizację zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ponadto, dalej prowadzona jest korespondencja, mającej na celu wypracowanie rozwiązań problemów w przedmiocie powyższego.

Jednocześnie, w wyniku prowadzonej korespondencji, do Rady ds. Zdrowia Psychicznego, do zadań której, na podstawie art. 4a ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, należy monitorowanie realizacji zadań określonych w Programie oraz opiniowanie projektów informacji o realizacji zadań wynikających z Programu – został powołany przedstawiciel Rzecznika;

- 9) w sprawie dostępu pacjentów do psychogeriatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej. W wystąpieniu wskazano na problem w dostępie do ww. świadczeń. Powołano się na dane demograficzne, z których wynika, iż zapotrzebowanie na świadczenia psychogeriatryczne będzie wzrastać, zaś już teraz występuje niewystarczający dostęp (zarówno czasowy jak i terytorialny) do tego rodzaju świadczeń w stosunku do potrzeb. Podkreślono, iż w 2012 r. w 5 województwach żaden świadczeniodawca nie zawarł umowy z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia psychogeriatryczne. Ponadto, w 9 spośród 16 województw, żaden świadczeniodawca nie zawarł umowy na świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia dzienne psychogeriatryczne.

Odpowiadając Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że z informacji przekazanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, iż brak umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń psychogeriatrycznych oraz świadczeń dziennych psychogeriatrycznych w poszczególnych województwach, jest spowodowany brakiem świadczeniodawców zainteresowanych podpisaniem przedmiotowych umów. Jednocześnie wskazano, że część zadań z zakresu opieki i wsparcia nad osobami z zaburzeniami psychicznymi po 60 r. życia realizowana jest przez ośrodki podległe ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego;

- 10) o konieczności rozważenia przedmiotowego zagadnienia w kontekście prac nad założeniami do projektu ustawy o zmianie ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Zmiana regulacji art. 671 ustawy powinna uwzględniać również zmianę regulacji art. 777 *Kodeksu postępowania cywilnego*, w którym jest określony katalog tytułów egzekucyjnych (w chwili obecnej nie znajduje się w nim orzeczenie w zakresie kosztów postępowania wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych). Możliwe jest również nadanie orzeczeniu wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych tytułu wykonawczego. Wydaje się, że w tym przypadku nie będzie konieczna zmiana odpowiednich regulacji *Kodeksu postępowania cywilnego*, bowiem zgodnie z art. 776 *Kodeksu postępowania cywilnego*, podstawą egzekucji jest tytuł wykonawczy, a tytułem wykonawczym jest tytuł egzekucyjny zaopatrzony w klauzulę wykonalności, chyba że ww. ustawa stanowi inaczej;
- 11) o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w przedmiocie uregulowania kwestii stosowania instytucji przymusu bezpośredniego w przypadkach nieobjętych przepisami ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*. Niniejsza propozycja wiązała się z sygnałami o nadużywaniu, w zakresie zasadności i nadzoru stosowania ww. instytucji, tym samym determinując potrzebę wprowadzenia stosownych regulacji ustawowych w zakresie określenia ścisłych ram prawnych dla stosowania przymusu – takich, aby nie przeradzał się on w przemoc. W odpowiedzi na ww. pismo wskazano, iż uwzględniając podniesione przez Rzecznika trudności w interpretacji ww. przepisów ustawy, przy najbliższej okazji nowelizacji, zakresem zmian objęte zostaną również zakwestionowane przepisy w kontekście ich doprecyzowania;
- 12) w sprawie zaproponowanego przez Departament Zdrowia Publicznego rozwiązania odnośnie „rozszerzenia wykazu świadczeń gwarantowanych o nowe świadczenie skierowane dla populacji osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii (...) w drodze nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*, która planowana jest na rok 2014”.

Ponieważ powyższa propozycja nie rozwiązuje istniejącego problemu ww. kategorii osób w zakresie dostępu do specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych do czasu wprowadzenia zmian w ww. akcie prawnym, innymi słowy, do 2014 r. nieletni przebywający w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii będą „pozbawieni” ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, Rzecznik wskazał, co następuje:

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, jak również osoby nieubezpieczone, które nie ukończyły 18 r. życia mają – na zasadach określonych w ww. ustawie – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in.: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (art. 15 ust. 1, ust. 2, pkt 2 i 4 ww. ustawy).

W związku z powyższym oraz zgodnie z dyspozycją art. 2 ustawy, Rzecznik wskazał, iż w ramach obowiązujących przepisów na dzień dzisiejszy, w celu zagwarantowania małoletnim osobom – przebywającym w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii na terenie danego województwa – dostępu do świadczeń zdrowotnych jest wskazane pilne podjęcie stosownych działań.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia wskazało, iż przedmiotowa grupa osób ma w chwili obecnej zapewniony dostęp do świadczeń psychiatrycznych na zasadach ogólnych. Podkreślono, iż rozważenia wymaga utworzenie nowego świadczenia, które skierowane było tylko do populacji osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii. Rozwiązanie takie, jak zostało podkreślone, ma jednak swoje ograniczenia związane z wyborem podmiotu realizującego świadczenia oraz wysokością środków przeznaczonych na finansowanie tych świadczeń. Współpraca w niniejszym zakresie jest kontynuowana w 2013 r.

3. Przykłady współpracy z Ministrem Sprawiedliwości:

- 1) wystąpienie Rzecznika do Ministra Sprawiedliwości w sprawie możliwości uczestniczenia pacjentów, przyjętych bez zgody do szpitala psychiatrycznego, w rozprawach sądowych. W odpowiedzi Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazano, iż w zakresie zasygnalizowanej praktyki polegającej na zaniechaniu przeprowadzania rozpraw w siedzibie szpitala psychiatrycznego, a tym samym zagwarantowania udziału w nich osobom umieszczonym w szpitalu, Ministerstwo Sprawiedliwości wystosowało pisma do prezesów poszczególnych sądów okręgowych o zobowiązanie sędziów wizytatorów do przedstawienia omawianego zagadnienia podczas zebrań z sędziami rodzinnymi;
- 2) przedstawiciel Rzecznika brał udział w cyklicznych spotkaniach w Grupie roboczej, powołanej w ramach *Międzyresortowego Zespołu do spraw Poprawy Skuteczności*

Wykonywania Orzeczeń Sądowych, zainicjowanej przez Ministerstwo Sprawiedliwości na wniosek Ministerstwa Edukacji Narodowej. Celem powyższego było wypracowanie rozwiązań w zakresie zapewnienia w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, w niezbędnym zakresie opieki medycznej nieletnim cierpiącym na schorzenia psychiczne, w szczególności po opuszczeniu szpitala. W tych spotkaniach brali udział przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Zdrowia. Zadaniem przedmiotowej grupy było, m.in.:

- a) uzyskanie stanowiska od Ministerstwa Zdrowia w zakresie dostępności wychowanków młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna;
- b) uzyskanie informacji od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie możliwości realizacji części kontraktu, zawieranego przez podmiot świadczący usługi opieki zdrowotnej z NFZ, w ramach młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych, przy obecnie obowiązujących przepisach;
- c) uzyskanie od Ośrodka Rozwoju Edukacji poprzez Ministerstwo Edukacji Narodowej informacji o ilości wychowanków z epizodem psychiatrycznym i potrzebą leczenia psychiatrycznego oraz dostępności do tego leczenia w poszczególnych placówkach.

Przedmiotem prac grupy było zdiagnozowanie problemu i ten cel został osiągnięty. Ustalono główne przyczyny ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych, tj.:

- a) zbyt mała ilość placówek poradni zdrowia psychicznego;
- b) nadmierna odległość od placówki młodzieżowych ośrodków socjoterapii/ młodzieżowych ośrodków wychowawczych do poradni zdrowia psychicznego;
- c) zbyt długi czas oczekiwania na wizytę lekarską;
- d) zbyt mała ilość psychiatrów dziecięcych i psychoterapeutów;
- e) brak własnych środków finansowych w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii i młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, które umożliwiałyby zatrudnienie przez te placówki na podstawie umowy cywilnoprawnej lekarza psychiatry i psychoterapeuty;

- f) brak możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej na terenie ww. placówek w ramach umów zawieranych z NFZ.

W ramach analizy obowiązujących przepisów dokonano przeglądu i omówienia stanu prawnego i faktycznego, w jakim opiekę psychiatryczną dla swoich wychowanków realizują młodzieżowe ośrodki socjoterapii i młodzieżowe ośrodki wychowawcze (placówki podległe Ministrowi Edukacji Narodowej) oraz zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich (placówki podległe Ministrowi Sprawiedliwości), a także wskazano na praktyczne rozwiązania problemu, stosowane w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, czyli:

- a) zatrudnianie lekarzy psychiatrów i psychoterapeutów na podstawie umów cywilnoprawnych w placówkach;
- b) dodatkowe kształcenie w zakresie psychoterapii pracowników placówek (także w ramach środków z funduszy unijnych);
- c) opracowanie i przedstawienie zbiorczej informacji, na podstawie uzyskanych danych od poszczególnych dyrektorów ww. ośrodków o obecnych sposobach rozwiązywania problemu ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dla wychowanków, z uwzględnieniem ich przyczyn, np. braku realizacji przez dyrektorów placówek zaleceń poszpitalnych, braku w ogóle poradni zdrowia psychicznego na terenie położenia placówki, nadmiernej odległości do tej placówki, zbyt długiego czasu oczekiwania, innych powodów oraz wskazania, w ilu przypadkach korzysta się z publicznej opieki zdrowotnej, a w ilu z prywatnej i na czym dokładnie polega pomoc prywatna;
- d) przedstawienie dyrektorom ośrodków aktualnego wykazu poradni zdrowia psychicznego (nadesłanego przez NFZ w formie płyty CD);
- e) przygotowanie informacji dla dyrektorów placówek młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych o faktycznych możliwościach wyszukiwania w internecie poprzez numer świadczenia gwarantowanego, wskazany w wykazie NFZ, placówek poradni zdrowia psychicznego, świadczących opiekę dla dzieci i młodzieży oraz możliwości zwrócenia się w przypadkach pilnych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który może wystawić skierowanie do lekarza psychiatrii z adnotacją „pilne”, co skraca czas oczekiwania na wizytę;

- f) dokonanie w 2014 r. zmiany obowiązujących przepisów, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, przez rozszerzenie wykazu świadczeń gwarantowanych o nowe świadczenie skierowane do populacji osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii. Projektowane świadczenie powinno umożliwiać objęcie aktywną opieką ambulatoryjną populacji dzieci i młodzieży przebywających w w/w placówkach przez świadczeniodawców, którzy zawrą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) w wyniku pozyskanych informacji od Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz dyrektorów podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna o ograniczonej możliwości uczestniczenia pacjentów, przyjętych bez zgody do szpitala psychiatrycznego, w rozprawach sądowych, Rzecznik występował do Ministra Sprawiedliwości. W odpowiedzi Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazano, iż w celu dokonania w zakresie prawidłowości zasygnalizowanej praktyki polegającej na zaniechaniu przeprowadzania rozpraw w siedzibie szpitala psychiatrycznego, a tym samym zagwarantowania udziału w nich osobom umieszczonym w szpitalu, Ministerstwo Sprawiedliwości wystosowało pisma do prezesów poszczególnych sądów okręgowych o zobowiązanie sędziów wizytatorów do przedstawienia omawianego zagadnienia podczas zebrań z sędziami rodzinnymi.

4. Przykłady współpracy z pozostałymi ministrami:

- 1) wystąpienie do Ministra Spraw Zagranicznych, w sprawie niewypełniania obowiązków przez Polskę, wynikających z Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji wobec kobiet, a dotyczących w szczególności praw reprodukcyjnych kobiet;
- 2) wystąpienie do Ministra Edukacji Narodowej w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 3) wystąpienie do Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 4) wystąpienie do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;

- 5) wystąpienie do Ministra Spraw Wewnętrznych. w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 6) wystąpienie do Ministra Obrony Narodowej w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 7) wystąpienie do Ministra Sprawiedliwości w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wyniki współpracy podjętej z ministrami resortowymi zostały włączone w działanie systemowe dotyczące realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

5. Przykłady współpracy z samorządowymi jednostkami terytorialnymi:

- 1) wystąpienie do Marszałków Województw w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 2) wystąpienie do Marszałka Województwa Łódzkiego odnośnie planów dotyczących przekształcenia lub likwidacji Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Warcie;
- 3) wystąpienie do Marszałka Województwa Świętokrzyskiego odnośnie planów Zarządu Województwa Świętokrzyskiego dotyczących Oddziału Psychiatrycznego przy ul. Kusocińskiego 59, należącego do struktur Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach;
- 4) wystąpienie do Marszałka Województwa Opolskiego odnośnie planów dotyczących przekształcenia Centrum Terapii Nerwic Zamek-Moszna z podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w trybie stacjonarnym na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w ww. rodzaju w trybie dziennym;
- 5) wystąpienie do starostów powiatów dolnośląskich w sprawie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wyniki współpracy podjętej z jednostkami samorządów terytorialnych wskazana w pkt 1 oraz w pkt 5 zostały włączone w działanie systemowe dotyczące realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Pozostała współpraca pkt 2–4 została podjęta w wyniku wpłynięcia do Rzecznika niepokojących informacji związanych z sytuacją dotyczącą planowanej likwidacji lub przekształceń ww. podmiotów leczniczych lub ich komórek organizacyjnych.

6. Przykłady współpracy z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych:

- 1) współpraca w sprawie praktyk żądania, przez personel medyczny oddziału położniczego podmiotu leczniczego, przedstawienia aktu małżeństwa w związku z dokumentowaniem urodzenia dziecka. Zarówno Rzecznik, jak i Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych kwestionowali pozyskiwanie i dalsze przetwarzanie danych osobowych pochodzących z aktu małżeństwa w związku z dokumentowaniem urodzenia dziecka;
- 2) wystąpienie w sprawie udostępnienia informacji publicznej w postaci listy lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku, o której mowa w art. 32 ust. 2 *ustawy*;
- 3) wystąpienie o zajęcie stanowiska w zakresie zgodności z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* tj. z art. 27 ust. 2 pkt 2 i 3 *ww. ustawy*, uregulowania dotyczącego domniemania zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej osobom bliskim w przypadku braku przeciwnego zastrzeżenia ze strony żyjącego pacjenta, który nie jest w stanie udzielić stosownego upoważnienia. W odpowiedzi na powyższe, Generalny Inspektor wskazał, iż domniemywanie zgody pacjenta nie wydaje się wskazane w *ww. przypadku*, gdyż może prowadzić do naruszenia praw. Konieczne jest zatem doprecyzowanie w przepisach prawa zakresu powinności zakładów opieki zdrowotnej w *ww. zakresie*.

7. Przykładowe wystąpienia do Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) w związku z zapowiedzianym protestem lekarzy, który miał polegać na wypisywaniu na receptach międzynarodowych nazw leków oraz niewskazywaniu poziomu odpłatności leku, za wyjątkiem leków przepisywanych w przypadku chorób wymienionych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, zwrócono się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie odpowiedzi, czy aptece, która zrealizuje tak wystawione recepty, będzie przysługiwał zwrot ceny refundacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego.

W odpowiedzi na powyższe wskazano, iż zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie recept lekarskich*, wskazującym dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, które obejmują międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu, należy przyjąć, iż ustawodawca sytuuje międzynarodową nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia na równi z nazwą własną leku, odwołując się do niej w definicji nazwy powszechnie stosowanej.

W związku z powyższym wskazano, iż Departament Gospodarki Lekami stoi na stanowisku istnienia przesłanki przyznania aptece kwoty refundacyjnej za realizację recepty, na której lekarz wpisał międzynarodową nazwę leku;

- 2) wystąpienie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z opublikowaniem na stronach internetowych wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia wykazu placówek, w których pacjent może uzyskać pomoc w przypadku otrzymania nieprawidłowo wystawionej recepty, w zakresie wątpliwości, jakie dokumenty poza dowodem ubezpieczenia musi posiadać przy sobie pacjent aby mógł uzyskać poprawnie wystawioną receptę ze wskazaniem właściwego poziomu odpłatności. W odpowiedzi na powyższe wskazano, iż pacjent w celu uzyskania prawidłowo wypisanej recepty winien posiadać:
 - a) dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - b) dokument potwierdzający szczególne uprawnienia do świadczeń (jeśli takie posiada) np. legitymację kombatancką;
 - c) niezbędną w celu otrzymania porady dokumentację medyczną np. wyniki badań lekarskich, umożliwiające właściwe ordynowanie leków – jeżeli lekarz, który wystawia receptę nie sprawuje bieżącej opieki nad pacjentem;
- 3) wystąpienie do Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiocie wydania opinii nt. zasadności zapisu w Regulaminie szpitala odnośnie pobierania opłat od pacjentów w przypadku dyscyplinarnego wydalenia. W opinii szpitala pacjent powinien pokryć stratę, jaką poniesie szpital za czas przestoju (nie obłożenia łóżka) do momentu przyjęcia na jego miejsce następnego pacjenta – za każdy dzień pobytu wg stawki określonej w umowie z NFZ. Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ wskazał, że powyższe działania nie mają podstaw w obowiązujących przepisach prawa;
- 4) wystąpienie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie finansowania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W wystąpieniu zwrócono uwagę na problemy finansowe dziedzinie psychiatrii oraz w szczególności w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Działanie to zostało przeprowadzone we współpracy z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii oraz Konsultantem Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, których podstawowym postulatem jest przede wszystkim zwiększenie nakładów na lecnictwo psychiatryczne do co najmniej 4,1% (optymalnie 5%) ogólnej kwoty przeznaczonej na koszyk świadczeń zdrowotnych. Wysokość nakładów na świadczenia w powyższym rodzaju uzależnień od 2009 r. systematycznie spada, zaś od 2011 r. pozostaje na stałym poziomie ok. 3,2%.

W odpowiedzi, Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, iż zgodnie ze znowelizowanym planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, na finansowanie przedmiotowych świadczeń przeznaczono 3,63% ogółu środków finansowych. Tym samym, nastąpił wzrost środków przeznaczonych na psychiatryczną opiekę zdrowotną w stosunku do poprzedniego planu finansowego na 2013 r. (z sierpnia 2012 r.). Ponadto, rozpoczęto pracę nad opracowaniem założeń do rozliczania świadczeń psychiatrycznych realizowanych w warunkach stacjonarnych w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów, co ma na celu dostosowanie finansowania w większym stopniu niż dotychczas, do charakteru udzielanych świadczeń w warunkach stacjonarnych;

- 5) monitorowanie przestrzegania praw pacjentów w czasie akcji protestacyjnej personelu medycznego prowadzonej w Szpitalu Specjalistycznym im. dr Józefa Babińskiego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krakowie. We wskazanym zakresie nawiązano współpracę z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia oraz kierownictwem ww. podmiotu leczniczego. Wskazane działania dały możliwość bieżącego nadzoru nad sytuacją hospitalizowanych pacjentów oraz ich prawa do świadczeń zdrowotnych;
- 6) wystąpienie do Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie problemów wynikających ze sposobu rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zakontraktowanych świadczeń w poradniach zdrowia psychicznego, w związku z przekroczeniem limitów czasowych przyjęć pacjentów według kryterium określonym w załączniku Nr 1 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W związku z wprowadzonym w oddziałach wojewódzkich Funduszu Systemem Zarządzania Obiegiem Informacji, w wyniku weryfikacji przez system zgodności łącznego czasu udzielonych w danym dniu porad z harmonogramem pracy poradni oraz indywidualnym harmonogramem czasu pracy personelu, odrzucana jest znaczna część udzielonych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach ambulatoryjnych, w związku z niezgodnością czasu pracy lekarzy psychiatrów i psychologów z czasowym kryterium trwania wizyty pacjenta. Tym samym, czas oczekiwania na wizytę znacznie się wydłużył.

W odpowiedzi Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo złożyć do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia stosowne wyjaśnienia i uzasadnienie konieczności udzielenia świadczeń w sposób odbiegający od zawartej umowy oraz wnioskować o ich rozliczenie, w tym poza godzinami wynikającymi z harmonogramu udzielania świadczeń, stanowiącego załącznik do umowy. Wskazano również,

iż w przypadku uznania wyjaśnień świadczeniodawcy, oddział wojewódzki Funduszu może zakwestionowane weryfikacjami świadczenia uznać za poprawne;

- 7) wystąpienie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentów chorych na szczególną postać lekoopornej padaczki przez zastosowanie procedury implantacji stymulatora nerwu błędnego. W wystąpieniu podkreślono ograniczony dostęp pacjentów do ww. świadczenia w związku z brakiem kodu dla procedury w katalogu świadczeń gwarantowanych.

W odpowiedzi wskazano, iż procedura leczenia padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego w przypadku, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna, jest świadczeniem gwarantowanym (zawarta w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, i w związku z tym jest finansowana ze środków publicznych. Z uwagi na brak oznaczenia przedmiotowej procedury kodem wg ICD-9 świadczenie rozliczane jest przez produkt katalogowy nr 5.53.01.0001363 – rozliczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. Przykładowe wystąpienia do konsultantów wojewódzkich

- 1) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii o opinię odnośnie stosowania monitoringu w odcinkach obserwacyjnych oddziałów psychiatrycznych (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);
- 2) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 3) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży o opinię odnośnie możliwości wystawiania recepty na lek *Concerta* przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na podstawie pisemnego zaświadczenia wystawionego przez lekarza specjalistę (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);
- 4) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazkowej o opinię, w którym tygodniu ciąży powinno się rozpoznać na podstawie badania USG wielowodzie rozwojowe składające się na trisomię chromosomu 13 (zespół Patau) pod postacią całkowitego rozszczepu wargi, podniebienia i wyrostka zębodołowego szczęki, małopłowia, ubytku kości sklepienia czaszki, ASD IIst oraz przetrwałego przewodu Botalla, a także czy za pomocą ultrasonografu typu:

„HIVISION Avivs” (producent: HITACHI Japonia, rok produkcji 2010) można zdiagnozować zespół Patau (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);

- 5) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii o opinie w kwestii, jaki wpływ na określenie przezierności karku płodu (NT) ma wykonywanie badania przy długości ciemieniowo-siedzeniowej płodu (CRL) poniżej poziomu 45 mm. Czy ustalenie wymiaru CRL na poziomie 43 mm przy badaniu USG wykonywanym w 12. tygodniu ciąży doprowadzi do określenia nieprawidłowego pomiaru parametru NT, w tym zaniżenia tego wyniku, co uniemożliwia prawidłową ocenę wystąpienia markerów aberracji chromosomowych, takich jak trisomia 13. Czy wynik pomiaru parametru NT w wysokości 1,5 mm może wskazywać na możliwość wystąpienia zwiększonego ryzyka wystąpienia trisomii 13 u płodu a przez to zaistnienia wskazań do dalszych badań prenatalnych w celu zdiagnozowania nieprawidłowego rozwoju płodu. Czy udział w trzech szkoleniach w zakresie ultrasonografii w położnictwie i ginekologii: „Diagnostyka Ultrasonograficzna w Położnictwie i Ginekologii – kurs teoretyczny dla zaawansowanych”, „Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie”, „Kardiologia płodu, badanie dopplerowskie w położnictwie, ciąża mnoga” pozwala na zdobycie odpowiedniej wiedzy w zakresie dokonywania oceny markerów aberracji chromosomowych, takich jak trisomia 13 (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);
- 6) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii o opinie/stanowisko, jaki powinien być cel i zakres badania USG płodu wykonanego u pacjentki w 34. tygodniu przyjętej do szpitala z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego? Czy biorąc pod uwagę przyczynę hospitalizacji pacjentki należy traktować badanie ultrasonograficzne jako część diagnostyki, mającej ustalić przyczynę zagrażającego porodu przedwczesnego: matczyną, łożyskową i/lub płodową? Czy rodzaj stosowanego aparatu ma wpływ wykrycie następujących wad płodu: całkowity rozszczep wargi i podniebienia oraz wyrostka zębodołowego szczęki, małogłowie, ubytek kości sklepienia czaszki i skóry owłosionej głowy, szczałkowy palec dodatkowy dłoni lewej, stopa lewa koślawą, wyniosły kłęb i kłębik dłoni lewej (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego)?;
- 7) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii o opinie, czy na podstawie badań obrazkowych – tomografii komputerowej i rezonansu ośrodkowego układu nerwowego można jednoznacznie stwierdzić u pacjenta rozległy guzowaty naciek mózgu o typie glejaka? Czy w przypadku braku możliwości wdrożenia leczenia operacyjnego istnieje możliwość zastosowania u pacjenta chemioterapii bądź radioterapii, a jeżeli nie to o wskazanie przyczyn takiego stanu rzeczy bądź dających

się przewidzieć następstwach podjęcia takiego leczenia (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego)?;

- 8) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii o zajęcie stanowiska w sprawie udzielonych pacjentce świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);
- 9) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki o opinię, czy krwawienie wypierające, którego efektem było wyparcie sztucznej soczewki należy traktować jako bezpośrednie następstwo wzrostu ciśnienia tętniczego? Czy nagły wzrost ciśnienia systemowego podczas zabiegu należy traktować jako efekt niewłaściwej analgezji i/lub premedykacji? Jak często występuje powikłanie pod postacią krwawienia wypierającego oraz jakie jest jego najczęstsze podłoże (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego)?;
- 10) wystąpienie do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie diabetologii o zajęcie stanowiska, czy decyzję kontrolowania glikemii dietą, a co za tym idzie brak zlecenia insuliny oraz doustnych leków przeciwcukrzycowych można potraktować jako słuszną, odpowiadającą standardom współczesnej wiedzy medycznej (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego)?

9. Przykładowe wystąpienia do konsultantów krajowych:

- 1) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii o opinię odnośnie dostępu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do psychotropowych leków refundowanych (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 2) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii o opinię odnośnie planów Zarządu Województwa Opolskiego dotyczących przekształcenia Centrum Terapii Nerwic Zamek-Moszna z podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w trybie stacjonarnym na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w ww. rodzaju w trybie dziennym (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 3) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży o opinię dotyczącą stosowania terapii biomedycznej z zastosowaniem zasad medycyny orthomolekularnej i „procedur DAN” w leczeniu dzieci z autyzmem;
- 4) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Medycyny Ratunkowej o opinię odnośnie interwencji zespołów ratownictwa medycznego wobec osób po zażyciu środków psychoaktywnych, w szczególności z grupy I-N i I-N oraz II-P, III-P i IV-P

określonych w Załączniku 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii* (t.j. Dz. U. z 2012, poz. 124), w tym wskazanie, czy istnieje ogólnie przyjęta procedura/rekomendacja postępowania z ww. pacjentami (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);

- 5) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży o opinię w sprawie angażowania małoletnich pacjentów (w ramach pełnienia dyżurów) w prace porządkowe w oddziałach psychiatrycznych (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);
- 6) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii o opinię odnośnie kwestii, w którym tygodniu ciąży można określić anatomię płodu, tj. części kończyn – dłonie i stopy oraz, w którym tygodniu ciąży powinno się rozpoznać na podstawie badania USG nieprawidłowy rozwój płodu, w szczególności wykryć wady wrodzone kończyn z całkowitym brakiem obu kończyn dolnych oraz wykształceniem się jedynie kości ramiennych obu tych kończyn? Jakie parametry powinny być określone przy standardowym badaniu ultrasonograficznym ciąży z wyszczególnieniem tygodni ciąży? Czy w badaniu ultrasonograficznym płodu, jakie powinno być wykonane w okresie 11 – 14; 21 – 20 oraz 27 – 32 tygodnia ciąży, osoba przeprowadzająca te badania powinna ustalić długość kości udowej (FL)? Jakie funkcje powinien posiadać aparat do badania ultrasonograficznego w celu wykrycia wad wrodzonych, w szczególności wad wrodzonych kończyn z całkowitym brakiem obu kończyn dolnych oraz wykształceniem się jedynie kości ramiennych obu tych kończyn? Czy aparaty ultrasonograficzne są wyposażone w system pozwalający na automatyczne określenie długości kości udowej, czy też pomiar długości kości określa tylko i wyłącznie osoba przeprowadzająca badanie ultrasonograficzne (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego)?;
- 7) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Neurologii Dziecięcej o zajęcie stanowiska w sprawie dostępności do leków najnowszej generacji w leczeniu stwardnienia rozsianego (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 8) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Chorób Płuc w sprawie wdrożenia świadczenia „Domowa antybiotykoterapia dożylna w leczeniu zaostrzeń choroby oskrzelowo-płucnej u chorych na mukowiscydozę” w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 9) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Neurologii o wskazanie placówek prowadzących leczenie w zakresie rehabilitacji pacjentów w śpiączce i ich

wybudzania oraz wydanie opinii w sprawie zabezpieczenia tych świadczeń na terenie kraju (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego);

- 10) wystąpienie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Neurologii Dziecięcej o zajęcie stanowiska w sprawie zakresu dostępności do leczenia padaczki lekoopornej lekiem Gabapentyna w związku z CHPL (opinię wykorzystano do działań systemowych).

10. Przykłady współpracy z konsultantami krajowymi:

- 1) współpraca z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii w sprawie finansowania psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 2) współpraca z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w sprawie finansowania psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 3) współpraca z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii w sprawie dostępu pacjentów z rozpoznaniem wg ICD-10 od F21 do F29 do leków przeciwpsychotycznych II generacji (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 4) współpraca z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 5) współpraca z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Hematologii o opinię w sprawie programu lekowego – leczenie zespołów mielodysplastycznych przy wykorzystaniu produktu leczniczego Vidaza (azacytydyna) oraz wskazanie etapu jego wprowadzania (opinię wykorzystano do działań systemowych);

11. Przykładowe wystąpienia do Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii:

- 1) wystąpienie o opinię w sprawie kwestii związanych z leczeniem substytucyjnym oraz warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. Otrzymana opinia przyczyniła się do rozstrzygnięcia sprawy indywidualnej, a także będzie służyła w rozpatrywaniu przyszłych spraw w przedmiotowym zakresie, a także może stanowić podstawę podjęcia działania systemowego przez Rzecznika.

X. PRZEDSTAWIANIE WŁAŚCIWYM ORGANOM WŁADZY PUBLICZNEJ, ORGANIZACJOM I INSTYTUCJOM ORAZ SAMORZĄDOM ZAWODÓW MEDYCZNYCH OCEN I WNIOSKÓW ZMIERZAJĄCYCH DO ZAPEWNIENIA SKUTECZNEJ OCHRONY PRAW PACJENTA

W 2012 r. Rzecznik występował do właściwych organów władzy publicznej, organizacji, instytucji oraz samorządów zawodów medycznych w celu przedstawienia ocen i wniosków.

Szczegółowe informacje o wystąpieniach Rzecznika i podejmowanych działaniach w celu zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjentów:

1. Przykładowe wystąpienie do Ministra Pracy i Polityki Społecznej

Wystąpienie do Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie analizy przepisów ustawy *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, w szczególności: „art. 42.1, gdzie nakłada się na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wydawanie orzeczeń o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, bez określenia katalogu takowych przeciwwskazań.”

Zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 5 ustawy *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które m.in. są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniami o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wystawionymi przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie nie ma przepisów w zakresie wytycznych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dotyczących katalogu przeciwwskazań lub kryteriów, według których lekarze powinni dokonywać przedmiotowej oceny stanu zdrowia kandydatów na osoby pełniące funkcję rodziny zastępczej lub prowadzące rodzinny dom dziecka.

Wobec braku przedmiotowej regulacji, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wystawiają ww. zaświadczenia, kierując się kryteriami według własnego uznania. Wobec powyższego lekarze stosują różne kryteria, co wpływa na nierówność dostępu kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka do zaświadczenia stwierdzającego brak przeciwwskazań (wobec braku kryteriów, według których badanie powinno być przeprowadzone, ta sama osoba według jednego lekarza otrzyma zaświadczenie o braku przeciwwskazań, natomiast według innego lekarza będą u niej występować przeciwwskazania uniemożliwiające pełnienie funkcji rodziny zastępczej lub osoby prowadzącej rodzinny dom dziecka).

Mając na uwadze powagę problemu, zwrócono się o rozważenie możliwości podjęcia stosownych działań w tym zakresie zgodnie z art. 187 ust. 1 pkt 1 ustawy *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*.

2. Przykładowe wystąpienia do wojewodów:

- 1) wystąpienie do Wojewody Mazowieckiego w sprawie odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych z uwagi na stosowaną przez personel medyczny szpitali psychiatrycznych praktykę tzw. „rejonizacji”. Zgodnie z art. 30 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, co do zasady świadczeniobiorca ma prawo do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym, zwrócono się z prośbą o podjęcie działań odnośnie zaniechania stosowania przez świadczeniodawców ww. bezprawnych praktyk na terenie województwa mazowieckiego. W odpowiedzi na powyższe, Wojewoda Mazowiecki wskazał, iż dotychczasowe stosowanie powyższych zasad przyczyniło się do pozytywnego rozwiązania problemów związanych z występującym, ograniczeniem dostępności do świadczeń w trybie nagłym w zakresie psychiatrii;
- 2) wystąpienie do Wojewody Śląskiego w sprawie odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych z uwagi na stosowaną przez personel medyczny szpitali psychiatrycznych praktykę tzw. „rejonizacji”. Zgodnie z art. 30 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, co do zasady świadczeniobiorca ma prawo do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym, zwrócono się z prośbą o podjęcie działań odnośnie zaniechania stosowania przez świadczeniodawców ww. bezprawnych praktyk na terenie województwa śląskiego. W odpowiedzi na powyższe, Wojewoda Śląski, wskazał, iż do szpitali psychiatrycznych, skierowano pismo wzywające do wyeliminowania ewentualnych nieprawidłowości w tym zakresie poprzez prawidłowe zagwarantowanie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) wystąpienie do Wojewody Świętokrzyskiego w związku z uzyskaną wiadomością o braku poradni specjalistycznej na terenie województwa świętokrzyskiego dla osób zakażonych wirusem HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). W odpowiedzi na powyższe, wskazano, iż po przeprowadzeniu wnikliwej analizy w trosce o zabezpieczenie mieszkańcom województwa dostępu do świadczeń zdrowotnych realizowanych na terenie naszego regionu przez poradnię prowadzącą leczenie osób z rozpoznaniem zakażeniem wirusem HIV samorząd województwa dołoży wszelkich starań by przedmiotowa poradnia została uruchomiona.

3. Przykładowe wystąpienia do Narodowego Funduszu Zdrowia

Wystąpienie do Świętokrzyskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie problemów z dostępem do leczenia w ramach programu lekowego Leczenia Stwardnienia Rozsianego na terenie Skarżyska-Kamiennej, gdyż jeden z podmiotów leczniczych nie otrzymał kontraktu na leczenie w ww. zakresie.

4. Przykłady współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia w Polsce (WHO)

Współpraca z Biurem WHO Polska w przedmiocie uwag i wniosków do projektu *Europejskiej Strategii Zdrowia Psychicznego*, związanego z pracami Biura Regionalnego WHO dla Europy nad *Europejską Strategią Działań na rzecz ochrony Zdrowia Psychicznego*. We wskazanych uwagach podniesiono, iż przedmiotowy dokument zbyt słaby nacisk kładzie na ochronę praw pacjenta oraz edukację osób w tym zakresie. Ponadto zwrócono uwagę, iż specyfika i charakter zaburzeń psychicznych i chorób umysłowych winna być przedmiotem szczególnego zainteresowania i nadzoru.

5. Przykłady współpracy z Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego

W zakresie podjęcia działań wspierających starania środowiska osób chorych na stwardnienia rozsiane o zapewnienie osobom dotkniętym tym schorzeniem dostępu do odpowiedniej terapii w przypadku niepowodzenia lekami I rzutu. W niniejszym zakresie Rzecznik podejmował działania nie tylko w kwestii rozszerzenia dostępu do leczenia chorych na stwardnienie rozsiane z zastosowaniem nowoczesnych metod leczenia, ale również działania zmierzające do poprawy jakości życia chorych. Jedną z tych inicjatyw jest wspieranie działań zmierzających do przyjęcia Narodowego Programu Leczenia SM, stanowiącego płaszczyznę regulującą zasady postępowania wobec chorych na SM, ale też i działań zmierzających do wczesnej wykrywalności choroby celem przyjęcia możliwych form leczenia prewencyjnego, badania zjawiska klinicznego jako takiego oraz określenia środowisk ryzyka.

W zakresie dostępu do leczenia z zastosowaniem preparatu GILENYA (*Fingolimod*) istotne prace nad wprowadzeniem tego leczenia są już w fazie końcowej. W październiku 2012 r. Rada Przejrzystości przyjęła opinie rekomendującą stosowanie leczenia tym preparatem dla chorych na SM.

6. Przykłady współpracy z Krajowym Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy

W związku z uzyskiwanymi informacjami za pośrednictwem infolinii Rzecznika, w zakresie nieprawidłowego wystawiania recept spowodowanego tzw. „protestem pieczętkowym” inspirowanym przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Rzecznik podjął współpracę w zakresie następujących propozycji:

- 1) zmiany przepisów dotyczących „karania lekarzy za nieprawidłowo wystawioną receptę” w taki sposób, aby obecnie obowiązujące przepisy doprecyzować przez wskazanie, że kara może „być nałożona, jeżeli ta nieprawidłowość spowodowała, iż recepta nie może być zrealizowana”;
- 2) rezygnacji z ograniczenia refundacji danego preparatu handlowego zawierającego określony lek (substancję czynną) do wskazań zarejestrowanych przez producenta i wprowadzenia zasady, że jeżeli dany lek jest refundowany, to jest refundowany we wszystkich wskazaniach medycznych, niezależnie jak dany preparat handlowy został zarejestrowany przez producenta.

XI. WSPÓLPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, SPOŁECZNYMI I ZAWODOWYMI, DO KTÓRYCH CELÓW STATUTOWYCH NALEŻY OCHRONA PRAW PACJENTÓW

W myśl art. 47 ust. 1 pkt. 9 *ustawy*, do zakresu działania Rzecznika należy współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.

W 2012 r. Rzecznik podejmował współpracę z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów oraz których działalność jest bezpośrednio lub pośrednio związana z dbałością o jakość udzielanych świadczeń i ochronę praw pacjentów. Przykładowe formy współpracy z ww. podmiotami omówione zostały poniżej.

W ramach współpracy z Rzecznikiem, organizacje pozarządowe, społeczne i zawodowe przekazują informacje o problemach, które ich zdaniem wymagają interwencji Rzecznika. Po dokonaniu szczegółowej analizy każdego takiego zgłoszenia, w sytuacjach tego wymagających Rzecznik, aby wyjaśnić lub rozwiązać przedstawione przez organizacje problemy, skierował szereg wystąpień i pism do właściwych organów, przede wszystkim: Ministra Zdrowia, dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia oraz konsultantów krajowych, a także bezpośrednio do świadczeniodawców. W 2012 r. Rzecznik podjął współpracę w wyżej wymienionej formie z następującymi organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi:

Tabela 11. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi w 2012 r.

Stowarzyszenia
1. Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Narządu Ruchu
2. Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Guzowate
3. Stowarzyszenie Europacolón Polska
4. Polskie Stowarzyszenie Osób z Nadciśnieniem Płucnym i Ich Przyjaciół
5. Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających we Wrocławiu
6. Łódzkie Stowarzyszenie Stomijne
7. Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobą Wilsona
8. Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę (MPS) i Choroby Rzadkie
9. Polskie Stowarzyszenie Chorych na Padaczkę
10. Krakowskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Promyk Nadziei”

11. Dolnośląskie Koło Przyjaciół Dzieci z Fenylketonurią
12. Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą
13. Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych
14. Organizacja Pacjentów i Osób Wspierających Chorych na Astmę Ciężką „Odzyskać Oddech”
15. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych
16. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
17. Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”
18. Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią „ŻYCIE”
19. Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
20. Kongregacja Sióstr Miłosierdzia Świętego Karola Boromeusza w Trzebnicy
21. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny
Koalicje
1. Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy
2. Koalicja Hepatologiczna
3. Polska Koalicja Organizacji Pacjentów Onkologicznych
Organizacje zawodowe
1. Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
2. Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodziny w Polsce
3. Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej

Rzecznik podejmuje również działania w przekazanych przez organizacje pozarządowe sprawach dotyczących indywidualnych pacjentów. W 2012 r. na podstawie informacji co najmniej uprawdopodobniających naruszenie praw pacjenta, przekazanych przez poniżej wymienione organizacje, Rzecznik wszczynał postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych (tabela poniżej).

Tabela 12. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi w 2012 r. w sprawach indywidualnych

W sprawach indywidualnych pacjentów
1. Stowarzyszenie „Nie Lękaj Sie”
2. Fundacja Zdrowa Jesień
3. Helsińska Fundacja Praw Człowieka
4. Fundacja Wygrajmy Zdrowie
5. Fundacja na Rzecz Przeciwdziałania Marginalizacji Społecznej Pro Homini
6. Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

Organizacje pozarządowe, społeczne i zawodowe zwracają się do Rzecznika również z sprawie interpretacji przepisów *ustawy* oraz przepisów odrębnych. W takiej formie Rzecznik współpracował np. z Beskidzką Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych.

W 2012 r. odbyły się również spotkania Rzecznika lub pracowników Biura z przedstawicielami następujących organizacji lub inicjatyw obywatelskich: Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska, Rzecznik Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Fundacja Fuga Mundi, Porozumienie 1 Czerwca, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Fundacja Panoptykon, Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę i Choroby Rzadkie.

Rzecznik objął także honorowym patronatem 13 inicjatyw organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych, które związane były z promocją i upowszechnianiem wiedzy na temat praw pacjenta. Były to następujące inicjatywy:

Tabela 13. Inicjatywy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych objęte honorowym patronatem przez Rzecznika Praw Pacjenta w 2012 r.

Lp.	Organizator	Inicjatywa	Termin
1.	Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego	Program „Cała Polska leczy nadciśnienie”	od marca 2012 r.
2.	Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej	Kampania społeczna „Czad usypia czujność”	od października do kwietnia 2012 i 2013 r.
3.	Warszawski Oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA - Poland	Warsztaty Prawa	7, 14 i 21 marca 2012 r.
4.	Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych	Gala Jubileuszowa z okazji 10 - lecia istnienia samorządu Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych	24 maja 2012 r.
5.	Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Wyzwania Współczesnej Medycyny”	24-26 maja 2012 r.
6.	Fundacja Teraz Kobiety	II edycja Rajdu Polski Kobiet 2012, którego celem była walka z chorobami nowotworowymi u kobiet oraz promowanie wykonywania badań profilaktycznych	26-27 maja 2012 r.
7.	Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie	Konferencja naukowa „Państwo a zdrowie”	4 czerwca 2012 r.
8.	Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Stalowej Woli, Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Biłgoraju oraz Katolickie Centrum Pomocy	Ogólnopolska Konferencja Naukowa pt. „Funkcjonowanie rodziny z niepełnosprawnością i długotrwałą chorobą. Formy i obszary pomocy, wsparcia oraz terapii. Ujęcie interdyscyplinarne”	24 maja 2012 r.

	Rodzinie.		
9.	Minister Zdrowia oraz Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	Konferencja naukowa „Prawa dziecka-pacjenta”	25 października 2012 r.
10.	Agencja Rozwoju Lokalnego S.A. w Jaworznie	Program Przyjazna Przychodnia	od sierpnia do grudnia 2012 r.
11.	Warszawskie Towarzystwo Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Psychicznymi i Nerwowo Chorymi	„Dzień Otwarty” Środowiskowego Domu Samopomocy mieszczącego się przy ul. Grochowskiej w Warszawie	20 września 2012 r.
12.	Centrum Systemów Informacyjnych Opieki Zdrowotnej, Federacja Pacjentów Polskich	OKRĄGLY STÓŁ – Krajowa Konferencja „ŁAŃCUCH ZAUFANIA”	25 września 2012 r.
13.	Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, we współpracy z Krajowym Konsultantem ds. Neonatologii, Krajowym Funduszem na Rzecz Dzieci oraz Fundacją Watch Health Care	„Koalicji dla wcześniaka”	od września 2012 r.

Przykładowe formy współpracy z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrony praw pacjentów:

1. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”

Współpraca w zakresie wniosku Stowarzyszenia o wsparcie inicjatywy dotyczącej proponowanych zmian legislacyjnych w zakresie szczepień ochronnych. Kontrowersje związane były z obowiązkiem poddawania się szczepieniom ochronnym, lecz obowiązki wynikające z aktów prawnych rangi ustawowej nie mogą zostać uznane za naruszenie praw pacjentów. Zgodnie z art. 15 i 16 *ustawy* pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. Do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody stosuje się przepisy rozdziału 5 *ustawy*, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Oznacza to, że jeżeli przepisy odrębnych ustaw przewidują, iż zgoda pacjenta na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego nie jest wymagana, w tym zakresie przepisy dotyczące prawa pacjenta do wyrażenia lub odmowy wyrażenia zgody nie mają zastosowania.

Wobec powyższego, jeżeli przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2011 r., Nr 212 poz. 1263, z późn. zm.) przewidują przypadki, w których obowiązek wyrażenia zgody na szczepienia ochronne został wyłączony, taka sytuacja nie może być uznana za naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Niezależnie od powyższego, z uwagi na doniosłość przedmiotowego problemu oraz występujący z tym niepokój społeczny pacjentów, przedmiotową sprawę przekazano do wiadomości i ewentualnego wykorzystania w podejmowanych działaniach Konsultantowi Krajowemu w Dziedzinie Epidemiologii oraz Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Ponadto, przekazane postulaty zostały przeanalizowane w zakresie legislacji, a przedstawione sygnały wykorzystane w toku uzgodnień międzyresortowych przedmiotowego projektu.

2. Naczelna Izba Lekarska

Współpraca w zakresie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 stycznia 2004 r. *w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami*. Kwestionowany przez samorząd lekarski obowiązek wynikający z załącznika 4a ust. 2 oraz załącznika 4b ust. 4 do ww. *rozporządzenia* zobowiązujący lekarza, który podczas wykonywania zawodu, stwierdził u osoby ubiegającej się o prawo jazdy lub posiadającej prawo jazdy, przypadek wystąpienia:

1. epizodu ciężkiej hipoglikemii;
2. napadu o symptomatologii padaczkowej lub podejrzenie albo istnienie padaczki;

niezależnie od okoliczności, powinien niezwłocznie powiadomić organ wydający prawo jazdy o konieczności dokonania oceny predyspozycji zdrowotnych tej osoby do kierowania pojazdami, w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta zgodny jest zarówno z art. 40 ust. 2 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, jak i art. 13 ust. 2 *ustawy*, które zawierają ustawowe wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

3. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków w Bydgoszczy

Współpraca w zakresie nieujęcia na liście leków refundowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych przeznaczonych dla chorych na cukrzycę typu 2. W związku ze zgłoszeniem ww. problemów, wystąpiono do Ministra Zdrowia o wskazanie przyczyn nieujęcia ww. leków oraz proponowanych zmianach w ww. zakresie. Współpraca w niniejszym zakresie jest kontynuowana w 2013 r.

4. Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Koninie

Współpraca w zakresie w sprawie zbadania przepisów ustawy *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, w szczególności art. 42 ust. 1, gdzie nakłada się na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wydawanie orzeczeń o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, bez określenia katalogu takowych przeciwwskazań.

5. Fundacja SYNAPIS

Wystąpienie do Prezesa Fundacji SYNAPSIS *o opinię odnośnie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych osobom z rozpoznaniem F84.5 (Zespół Aspergera) oraz postępowania leczniczo-terapeutycznego wobec ww. osób.* Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 9 ustawy (tj. współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów).

Mając na uwadze specjalistyczny profil działania wskazanej Fundacji, w tym działania na rzecz poprawy jakości życia dzieci i osób dorosłych z autyzmem w Polsce (oraz podejmowane w tym zakresie działania), a także mając na względzie realizację ustawowego zadania Rzecznika podjęto ww. działanie.

W wyniku ww. działania Prezes Fundacji SYNAPSIS i jednocześnie Przewodniczący Porozumienia Autyzm-Polska wyraził chęć podjęcia współpracy w zakresie działań na rzecz osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju.

XII. ANALIZA SKARG PACJENTÓW W CELU OKREŚLENIA ZAGROŻEŃ I OBSZARÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA WYMAGAJĄCYCH NAPRAWY

Na podstawie sygnałów wpływających do Biura zarówno za pośrednictwem infolinii, jak i w formie pisemnych wniosków, Rzecznik podejmował działania systemowe zwracając się do organów, instytucji o podjęcie działań w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw.

1. Szczegółowe dane z zakresu analizy informacji przekazywanych za pośrednictwem infolinii

Tabela 14. Dane statystyczne przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na poszczególne prawa pacjenta w 2011 i 2012 r.

Określenie kategorii praw	Ogółem 2011	% ogółu 2011	Ogółem 2012	% ogółu 2012
Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych	16640	74%	28504	78%
Prawo pacjenta do informacji	739	3%	1690	5%
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji	335	1%	96	0,3%
Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na badanie i leczenie	348	1%	307	1%
Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta	158	1%	383	1%
Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej	1968	9%	3006	8%
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	140	1%	230	1%
Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	698	3%	516	1%

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	0	0%	0	0%
Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	0	0%	38	0,1%
inne	1494	7%	1891	5%
OGÓLEM	22520	100%	36661*	100%

**jedna rozmowa telefoniczna może dotyczyć więcej niż jednego prawa pacjenta*

2. Przykładowe działania Rzecznika w trybie art. 47 ust. 1 pkt 10 ustawy

Przedstawione powyżej dane wskazują na wyraźny wzrost zgłoszeń wpływających za pośrednictwem infolinii, w porównaniu z początkowym okresem jej funkcjonowania. Dokonana analiza zgłoszeń umożliwiła zidentyfikowanie problemu oraz podjęcie działań w trybie art. 47 ust. 1 pkt 10 *ustawy*, w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy. Poniżej opisano przykładowe wystąpienia Rzecznika z zakresu powyższej analizy skarg pacjentów:

- 1) do Rzecznika wpływały informacje o nierespektowaniu przez świadczeniodawców uprawnień wynikających z art. 47c *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, zgodnie z którym pacjenci posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Temat ten był również przedmiotem spotkania Rzecznika z przedstawicielem Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych. Zgodnie z uzyskanymi informacjami świadczeniodawcy w sposób odmienny interpretują ww. przepis nie zawsze respektując prawo ww. osób. W związku z dokonaną analizą Rzecznik zgłosił swoje zastrzeżenia do Ministra Zdrowia w zakresie wątpliwości co do jednolitości stosowania omawianego przepisu, wnosząc przy tym o jego interpretację. W odpowiedzi na przedstawiony problem Ministerstwo Zdrowia przedstawiło swoje stanowisko wskazując, iż w myśl przepisów *ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* wymienione w przepisie osoby mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza tzw. kolejką oczekujących. Znaczący to tyle, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć, wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2 *ww. ustawy*. Co do zasady świadczeniodawca powinien udzielić takiemu pacjentowi świadczeń zdrowotnych w dniu zgłoszenia, natomiast gdy udzielenie świadczenia w dniu

zgłoszenia nie jest możliwe powinien on wyznaczyć inny termin poza kolejnością wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. W związku z otrzymaniem ww. stanowiska Rzecznik skierował wystąpienie do wszystkich wojewodów i marszałków z prośbą o zwrócenie uwagi na respektowanie – przez podległe jednostki – uprawnień pacjentów wynikających z art. 47 c ww. *ustawy*. Obecnie do Biura wpływają odpowiedzi w sprawie przekazania podległym placówkom informacji zawartych w wystąpieniu Rzecznika, w celu zapobieżenia nierespektowania ww. przepisów prawa przez te podmioty;

- 2) analiza wpływających do Rzecznika sygnałów wskazała, iż świadczeniodawcy nie respektują, bądź też dokonują błędnej wykładni treści art. 16 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, dotyczącego możliwości uzyskiwania bezpłatnych (w ramach udzielanego świadczenia zdrowotnego) zaświadczeń, niezbędnych w związku z prowadzonymi postępowaniami o ustalenie uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub instytucji prowadzących postępowania w sprawach o ustalenie stopnia niepełnosprawności czy innych świadczeń na podstawie ustawy *o pomocy społecznej* lub ustawy *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. W związku z tym Rzecznik wystąpił do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu zwrócenia uwagi na zaistniały problem jak również uzyskania czytelnej wykładni ww. normy prawnej. W odpowiedzi na powyższe wystąpienie Rzecznik otrzymał jednoznaczną informację, iż stosowanie praktyki obciążania świadczeniobiorców opłatami za wystawianie zaświadczeń związanych z niezdolnością do pracy jest nieuprawnione i sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) Rzecznik otrzymał informacje dotyczące planowanej likwidacji oddziału ginekologii onkologicznej u jednego ze świadczeniodawców. Dokonując analizy sprawy, w szczególności w kontekście konieczności zapewnienia pacjentkom dostępu do świadczeń zdrowotnych, Rzecznik wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o przekazanie szczegółowych informacji w sprawie. W odpowiedzi udzielonej przez Ministerstwo Zdrowia wyjaśniono, iż nie było planów likwidacji oddziału, a jedynie jego przeniesienie. Wskazano, iż sytuacja ta wynika z szeregu nieprawidłowości w funkcjonowaniu świadczeniodawcy, stwierdzonych w ramach sprawowanego przez Ministerstwo Zdrowia nadzoru, w szczególności w zakresie sytuacji finansowo-ekonomicznej, zagrażającej bytowi placówki. Dlatego też, Minister Zdrowia powołał zespół do spraw reorganizacji świadczeniodawcy. Wprowadzono program naprawczy, który zakładał między innymi przegląd struktur organizacyjnych świadczeniodawcy. Ustalono optymalny schemat

organizacyjny i podjęto decyzję o przeniesieniu oddziału. Zapewniono jednocześnie, iż przeniesienie będzie następowało etapowo, natomiast pacjentkom będą w dalszym ciągu udzielane wszelkie niezbędne świadczenia zdrowotne;

- 4) Rzecznik uzyskał informacje świadczące o stosowaniu przez jednego ze świadczeniodawców formularza zgody na zastosowanie zabiegu operacyjnego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, o czym mowa w art. 18 ust. 1 *ustawy*, w której pacjent oświadcza, że podpisując zgodę zrzeka się wszelkich roszczeń wobec świadczeniodawcy, w przypadku ewentualnych następstw proponowanego leczenia. Rzecznik, dokonując analizy sprawy, wystąpił do świadczeniodawcy o zajęcie stanowiska w przedmiocie zasadności stosowanego zapisu, wnosząc przy tym o zmianę kwestionowanego oświadczenia. Świadczeniodawca przyznał zasadność stanowiska Rzecznika i usunął oświadczenie z formularza zgody na zastosowanie zabiegu operacyjnego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Kopia formularza uwzględniającego ww. zmianę została przesłana Rzecznikowi;
- 5) w związku z napływającymi sygnałami, mającymi potwierdzenie w materiale przekazanym przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, związanymi z częstymi przypadkami nieuzasadnionego pobytu małoletnich pacjentów w placówkach psychiatrycznych, Rzecznik wystąpił do Ministra Sprawiedliwości. W ocenie Rzecznika wskazana sytuacja spowodowana jest brakiem odpowiedniej współpracy świadczeniodawców z sądami opiekuńczymi oraz innymi organami działającymi w zakresie pomocy społecznej. Z uwagi na charakter przedstawionego problemu swoje stanowisko w sprawie Rzecznik przekazał Rzecznikowi Praw Dziecka oraz Ministrowi właściwemu do spraw Zdrowia. Rzecznik wskazał, iż rozważenia wymaga utworzenie nowego świadczenia, które skierowane byłoby tylko do populacji osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii. Ministerstwo Sprawiedliwości poinformowało, iż została powołana, w ramach Międzyresortowego Zespołu do Spraw Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych, Grupa Robocza w celu wypracowania rozwiązań w zakresie zapewnienia w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, w niezbędnym zakresie opieki medycznej nieletnim cierpiącym na schorzenia psychiczne, w szczególności po opuszczeniu szpitala. Podczas prac powołanej grupy, w których brał udział Rzecznik, poruszono istotne zagadnienia dotyczące przedmiotowego problemu. Zakres prac obejmował, w szczególności planowaną w 2014 r. nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia

uzależnień w zakresie rozszerzenia wykazu świadczeń gwarantowanych o nowe świadczenie skierowane dla populacji osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii;

- 6) mając na uwadze uzyskiwane informacje związane z trudnościami umieszczenia małoletnich pacjentów z orzeczonym upośledzeniem umysłowym oraz rozpoznaną chorobą psychiczną w domach pomocy społecznej Rzecznik wystąpił do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej o zajęcie stanowiska w sprawie. W ramach wystąpienia zwrócono się, w szczególności w kwestii czy: na terenie kraju istnieją domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób małoletnich z niepełnosprawnością; domy pomocy społecznej mogą odmówić przyjęcia osobom z rozpoznaną chorobą psychiczną, w szczególności osobom małoletnim; są określone kryteria kwalifikacji przy przyjęciu do domu pomocy społecznej, które można byłoby uznać za priorytetowe, np. stawiające chorobę psychiczną jako czynnik drugorzędny. W odpowiedzi wskazano, iż stosownie do art. 54 ustawy *o pomocy społecznej*, prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Przy kierowaniu do domu pomocy społecznej muszą być spełnione wszystkie przesłanki, nie można natomiast stwierdzić, że jedna z przesłanek jest ważniejsza od innych. W opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w sytuacji gdy zaburzeniem psychicznym dominującym jest niepełnosprawność intelektualna, a współistniejącym choroba psychiczna nie powodująca ataków agresji wobec otoczenia i siebie, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej – taką osobę można skierować do domu pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Niemniej jednak należy wnikliwie analizować każdy taki przypadek, aby nie narażać mieszkańców z niepełnosprawnością intelektualną na utratę poczucia bezpieczeństwa, a nawet zdrowia. Niezależnie jednak od powyższego wskazano, iż osoby małoletnie chore psychicznie powinny być umieszczane w zakładach opiekuńczo leczniczych bądź też w placówkach pielęgnacyjno – opiekuńczych.

3. Ochrona praw reprodukcyjnych kobiet

Z uwagi na duże zainteresowanie w poprzednich okresach sprawozdawczych zagadnieniem ochrony praw reprodukcyjnych kobiet, należy wskazać, iż mechanizmy prawne umożliwiające ochronę ww. praw, zostały wprowadzone w ramach realizacji wyroku w sprawie A. Tysiąc przeciwko Polsce i są przewidziane w *ustawie*. Instrumentem prawnym, z którego pacjentka na gruncie obecnie obowiązujących przepisów miałaby prawo skorzystać, jest prawo żądania, aby udzielający jej świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał

konsylium lekarskie, o którym mowa w art. 6 ust. 3 pkt 1 *ustawy*. Powyższa regulacja umożliwia pacjentom żądanie weryfikacji decyzji lekarza, przy czym jego żądanie nie musi być uzasadnione medycznie. Kolejnym uprawnieniem pacjenta jest prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, o którym mowa w art. 31 *ustawy* w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw może być skutecznie wniesiony w sytuacjach, gdy pacjentowi nie przysługuje inny środek odwoławczy uregulowany w odrębnych przepisach.

Przypadki dotyczące praw kobiet w ciąży są przypadkami niecierpiącymi zwłoki, optymalnym rozwiązaniem jest jak najszybszy kontakt z Biurem, w celu niezwłocznego udzielenia pacjentce pomocy, w tym wskazania odpowiedniego trybu działania w celu uzyskania świadczenia. Wszelkie sygnały w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych są traktowane jako sprawy z najwyższym priorytetem z uwagi na kluczowe znaczenie upływu czasu. Każdej pacjentce zgłaszającej problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych związanych z opieką prenatalną oraz ewentualnym naruszeniem pozostałych praw niezwłocznie zostanie udzielona stosowna pomoc. W 2012 r. do Biura drogą korespondencyjną, osobiście lub za pomocą infolinii zostało zgłoszonych 5 przypadków dotyczących sytuacji kobiet określonej w art. 4a *ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

W trzech zgłoszonych przypadkach wskazano obowiązujące przepisy prawa, w szczególności art. 4a *ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Dwa przypadki dotyczyły wskazania świadczeniodawcy, który udzieliłby świadczenia medycznego zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 3 ww. *ustawy*.

XIII. DZIAŁALNOŚĆ WOJEWÓDZKICH KOMISJI DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

1 stycznia 2012 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych* (Dz. U. Nr 113, poz. 660) na mocy, której został dodany do *ustawy* Rozdział 13a dotyczący zasad i trybu ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Dodany Rozdział 13a wprowadził dla pacjenta możliwość wyboru trybu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec zasad ogólnych określonych w *Kodeksie cywilnym*. Od decyzji pacjenta zależy, czy dochodzić będzie odszkodowania i zadośćuczynienia przed jedną z wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, czy wybierze drogę sądową. Tryb dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia przed wojewódzką komisją jako model pozasądowy ma na celu odciążenie powszechnego systemu sądowego oraz szybkość postępowania. Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku nie później niż w terminie 4 miesięcy. Stosownie do powyższego wykluczone jest równoległe toczenie się postępowania cywilnego oraz quasi-administracyjnego.

Celem postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Ustalenie odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych ma zastosowanie jedynie do przypadków, które wydarzyły się w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 ustawy *o działalności leczniczej*. Przypadki wyrządzenia szkód przez osoby wykonujące zawody medyczne poza szpitalami w ramach działalności leczniczej innej niż szpitalna pozostają poza zakresem regulacji określonej w *ustawie*. W takiej sytuacji pacjentowi pozostaje dochodzenie roszczeń na zasadach ogólnych określonych w *Kodeksie cywilnym*.

Do zadań wojewódzkiej komisji należy orzekanie o zdarzeniach medycznych, w tym ustalanie czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne. W skład komisji wchodzi szesnaście osób, w tym po jednym członku powołują Minister Zdrowia i Rzecznik. Kadencja członków komisji trwa sześć lat. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych orzekają w składzie czteroosobowym. Pracami komisji kieruje przewodniczący, który wyznacza skład orzekający według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy

członków wojewódzkiej komisji. Uchwały są podejmowane zwykłą większością głosów, a w sytuacji równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego. Członek komisji nie może wstrzymać się od głosu, a posiedzenia komisji są protokołowane.

Komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, który określa wewnętrzną organizację i porządek wojewódzkiej komisji, porządek podejmowanych czynności w wojewódzkiej komisji, wykonywanie zadań przez członków wojewódzkiej komisji oraz tok czynności administracyjnych w sprawach należących do właściwości wojewódzkiej komisji.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być wniesiony przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadku śmierci pacjenta także przez jego spadkobierców. Złożony wniosek musi zawierać informacje określone w ustawie, bowiem brak wymaganych informacji może przesądzić o potraktowaniu wniosku jako niekompletnego. Wniosek w formie pisemnej składa się do wojewódzkiej komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Wniosek składa się w terminie roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, ale termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym zdarzenie to miało miejsce.

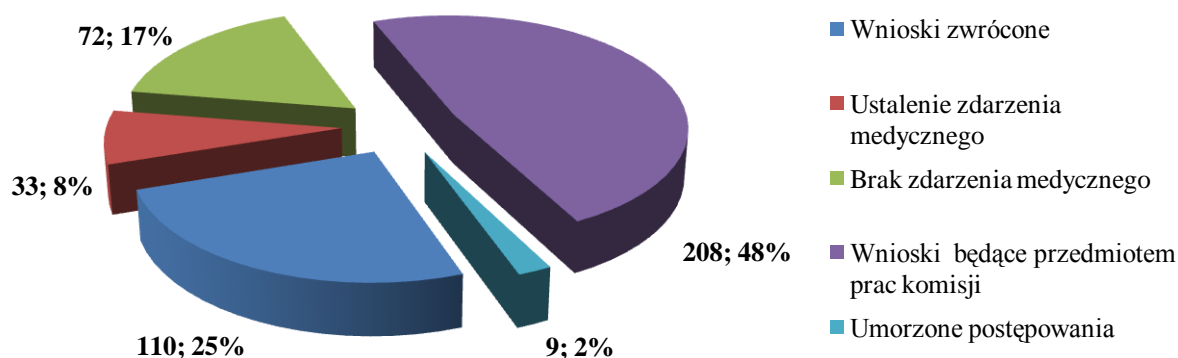
Ocena wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego pod względem formalnym należy do przewodniczącego wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, który kieruje jej pracami. Kompletny i opłacony wniosek wojewódzka komisja przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, którzy przedstawiają swoje stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska w terminie oznacza akceptację wniosku w kwestii przedstawionych okoliczności oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

W terminie 14 dni od dnia doręczenia wniosku wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez komisję. Komisja na ponowne rozpatrzenie sprawy ma 30 dni. Ubezpieczyciel przedstawia wnioskodawcy propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie lub od otrzymania orzeczenia komisji w wyniku ponownego rozpatrzenia. Jeśli propozycja nie zostanie przedstawiona w terminie, ubezpieczyciel jest zobowiązany do ich wypłaty w wysokości przedstawionej we wniosku.

W terminie 30 dni od dnia bezskutecznego upływu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy albo otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem

orzeczenia wojewódzkiej komisji. W sprawie skargi wojewódzka komisja orzeka w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.

Wykres 20. Sposób rozpatrzenia złożonych do komisji wojewódzkich wniosków – stan na dzień 31 grudnia 2012 r.



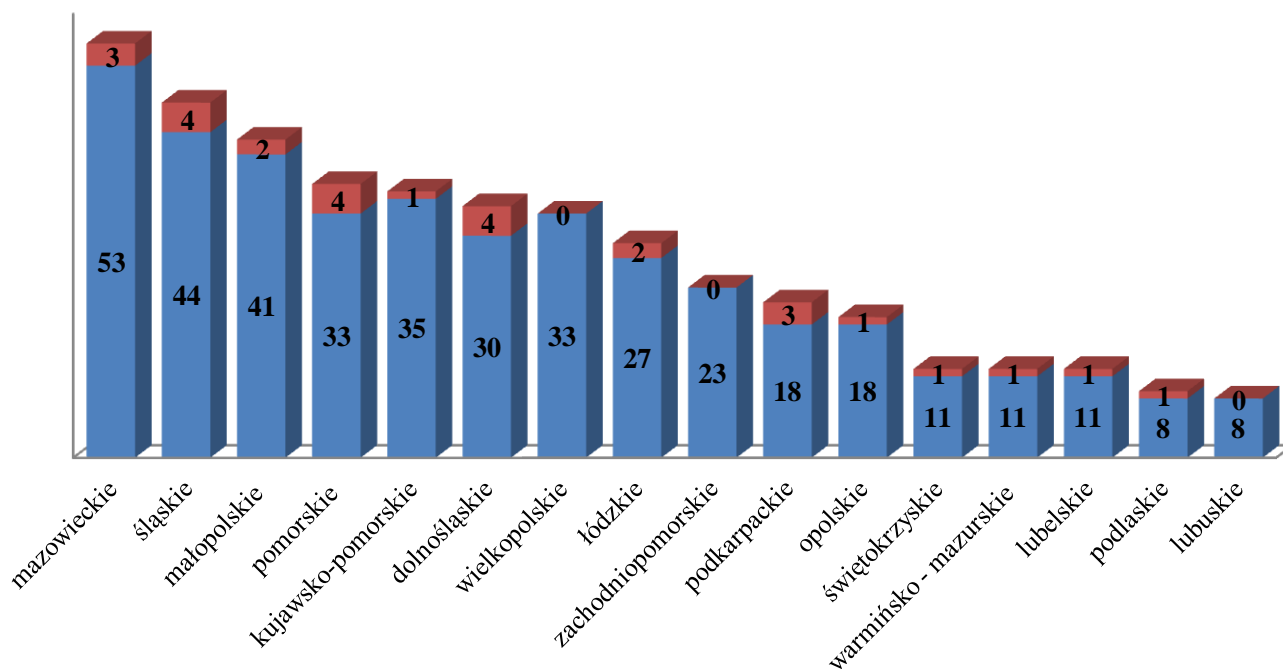
Przyczyny przekroczenia terminu postępowań prowadzonych przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych:

- 1) sprawy o większym stopniu skomplikowania, wymagające większej liczby posiedzeń;
- 2) konieczność uzyskania opinii od biegłego;
- 3) niestawiennictwo wnioskodawcy i konieczność wyznaczenia następnego terminu posiedzenia;
- 4) rezygnacja jednego z członków składu orzekającego z pełnienia funkcji członka komisji;
- 5) odroczenie posiedzenia w celu wezwania świadków, jak również okoliczność nie stawiania się na posiedzenie wezwanych świadków;
- 6) konieczność odroczenia posiedzenia z powodu wystąpienia o udostępnienie dokumentacji medycznej do podmiotu leczniczego;
- 7) przyczyny niezależne od składu orzekającego.

W pierwszym roku działalności wojewódzkich komisji wpłynęło 432 wnioski, w tym 28 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wykres poniżej przedstawia liczbę wniosków, które

wpłynęły w 2012 r. do poszczególnych wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

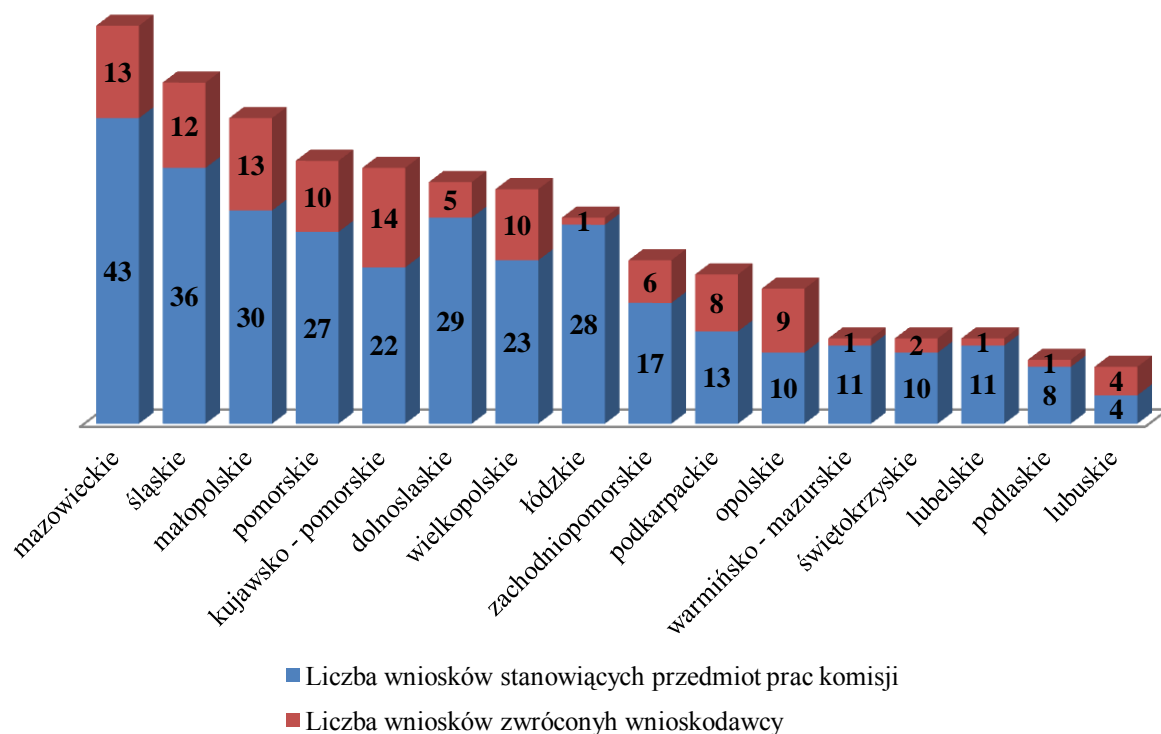
Wykres 21. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2012 r.



- Liczba złożonych wniosków - bez wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy
- Liczba złożonych wniosków o ponowne rozpatrzenie

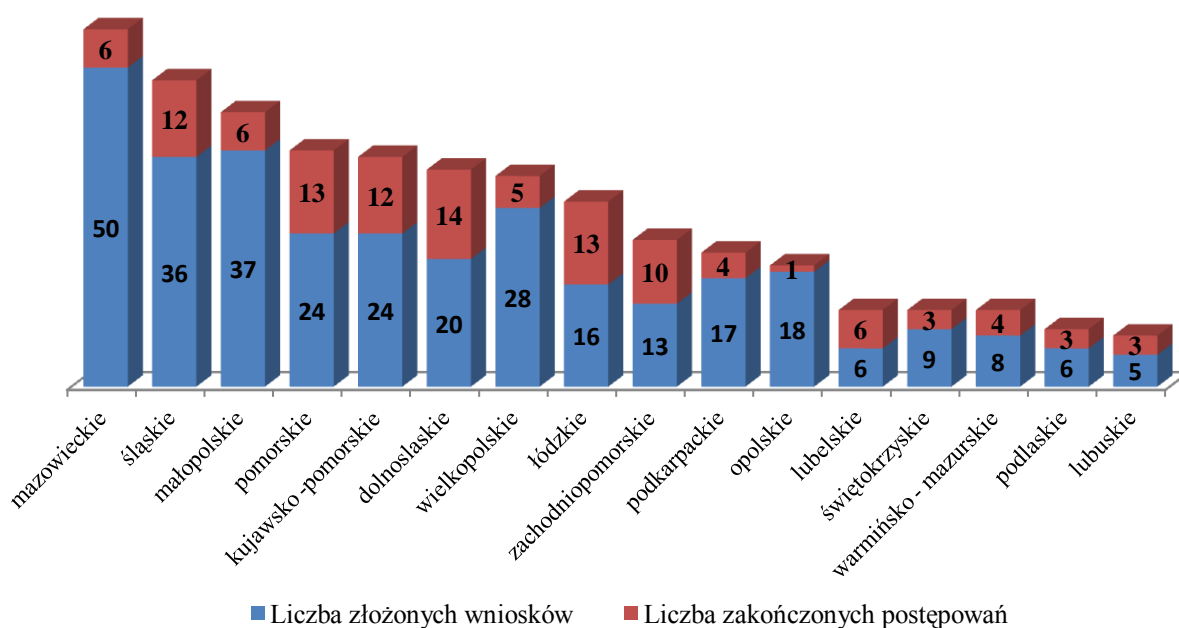
W 2012 r. najczęstszymi przyczynami zwrotu wniosków były braki formalne wniosków (wniosek niekompletny, nieopłacony, brak danych podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, brak propozycji odszkodowania), zdarzenie miało miejsce przed 1 stycznia 2012 r., podmiot nie był szpitalem. Sytuację tą obrazuje poniższy wykres.

Wykres 22. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2012 r., w tym liczba wniosków, które zostały zwrócone



W 2012 r. wpłynęło 432 wnioski wszczynające postępowania, z czego 115 postępowań zostało zakończonych. Sytuację w poszczególnych województwach obrazuje wykres poniżej.

Wykres 23. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2012 r., w tym liczba zakończonych postępowań



W dokonanej przez Rzecznika ogólnej ocenie oraz analizie pierwszego pełnego roku działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych należy stwierdzić, iż coraz więcej pacjentów wybiera pozasądową drogę dochodzenia roszczeń. W 2012 roku do komisji łącznie wpłynęło 432 wnioski, natomiast już w okresie od stycznia do kwietnia 2013 roku wpłynęło 448 wniosków. Działalność wojewódzkich komisji stanowi alternatywę wobec zasad ogólnych określonych w kodeksie cywilnym. Jednym z korzystnych aspektów postępowania przed wojewódzką komisją jest krótki termin rozpoznania sprawy, bowiem wydanie orzeczenia następuje nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Kolejną korzyścią jest niska opłata od wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w wysokości 200 zł bez względu na wysokość żądanej rekompensaty. Wojewódzkie komisje pełnią funkcję quasi-sądu i w odróżnieniu od postępowania sądowego postępowanie jest mniej sformalizowane. Najwyższe przyznane odszkodowanie w ramach postępowań przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w zakresie śmierci pacjenta – przyznano w województwie dolnośląskim – kwota 150 000 zł.

Przedkładając Radzie Ministrów proponowane zmiany do ustawy *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjent*, Rzecznik uwzględnił przepisy w zakresie działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (patrz str. 73)

Część druga

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10a–10d

USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

I. INFORMACJE OGÓLNE

Instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego została powołana do życia w styczniu 2006 r. poprzez nowelizację ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*. Tym samym, ustawodawca zagwarantował pacjentowi korzystającemu ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej prawo do pomocy w dochodzeniu swoich praw, czyniąc Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego odpowiedzialnym za realizację tego prawa (art. 10a – 10d ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*).

Osoby pełniące funkcję Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do maja 2009 r. były pracownikami Biura przy Ministrze Zdrowia. Z dniem wejścia w życie *ustawy*, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego stali się pracownikami Biura (członkami korpusu służby cywilnej) i wypełniają zadania przy pomocy tego Biura (art. 10d ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*; art. 56 *ustawy*). Tym samym, Biuro sprawuje nadzór merytoryczny oraz wynikający ze stosunku pracy nad działaniami osób pełniących powyższą funkcję.

Przed Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zostały postawione trzy podstawowe wymogi:

- 1) musi być łatwo dostępny – spędzać większość czasu na regularnych wizytach oddziałów;
- 2) musi być rozpoznawalny (budzić zaufanie);
- 3) musi być niezależny od dyrektora szpitala.

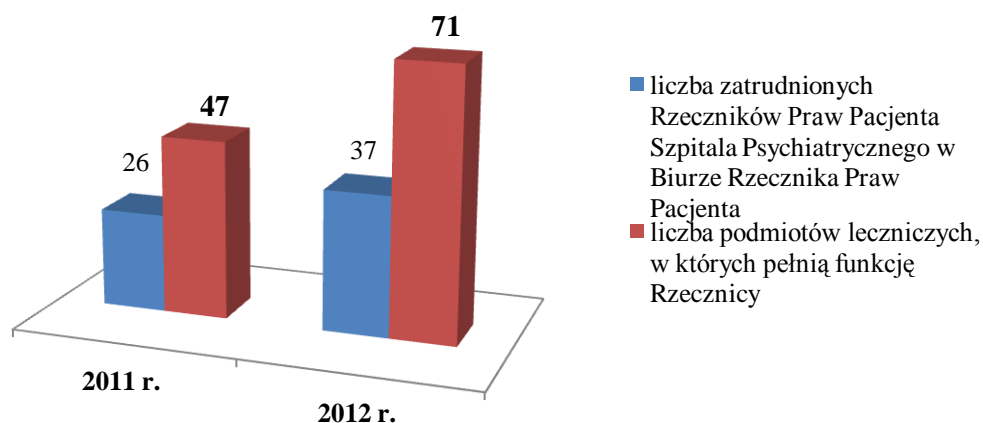
Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego obejmuje swym działaniem pacjentów przebywających w szpitalu psychiatrycznym, oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, klinikach psychiatrycznych i innych podmiotach leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową.

Na koniec okresu sprawozdawczego w Biurze zatrudnionych było 37 osób pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Osoby te realizowały swoje zadania w 71 podmiotach leczniczych na terenie 15 województw. Z uzasadnienia do nowelizacji ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* wynika, iż docelowo ma być nawiązany stosunek pracy z 50 osobami pełniącymi funkcje Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Planuje się podejmowanie ciągłych działań zmierzających do osiągnięcia rekomendowanego stanu

zatrudnienia celem zwiększenia dostępności do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pacjentom hospitalizowanym w szpitalach psychiatrycznych, co w konsekwencji przyczyni się do podniesienia skuteczności w zakresie ochrony ich praw.

Poniżej przedstawiono zestawienie porównawcze obejmujące liczbę osób pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zatrudnionych w Biurze oraz liczbę podmiotów leczniczych, w których pełnią ww. funkcję w 2011 i 2012 roku.

Wykres 24. Dynamika zatrudnienia Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w latach 2011 – 2012



Mapa 5. Liczba Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w poszczególnych województwach w 2012 r.

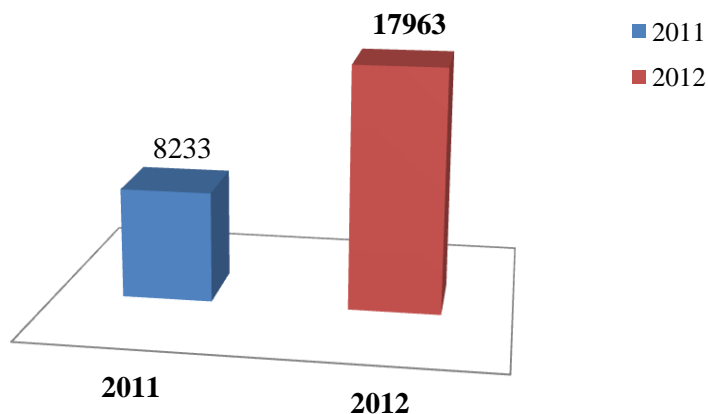


W strukturze organizacyjnej Biura funkcjonuje Zespół ds. Zdrowia Psychicznego. W skład ww. Zespołu wchodzi: Sekcja Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz Sekcja Postępowań Wyjaśniających i Kontrolnych.

Zaznaczyć należy, iż do zadań Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego należy również realizacja prawa do pomocy w ochronie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w których nie ma Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

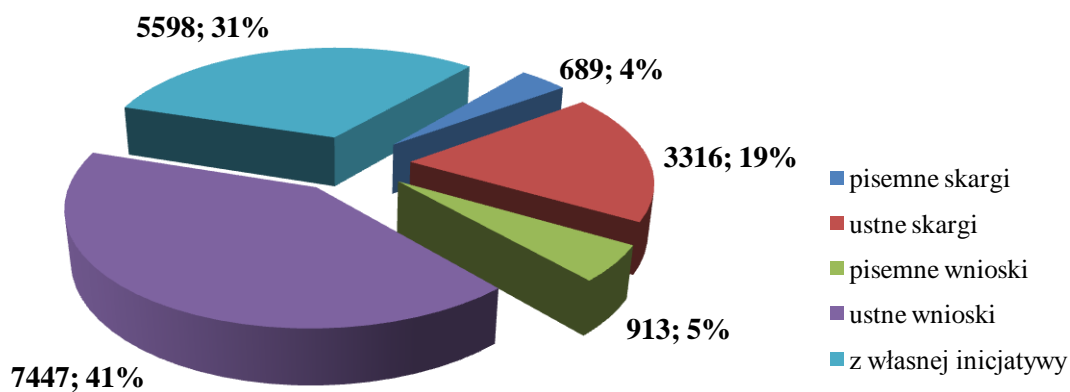
W 2012 r. do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpłynęły i zostały rozpatrzone **17 963** sprawy, co oznacza istotny wzrost w porównaniu do liczby spraw rozpatrzonych w poprzednim okresie sprawozdawczym.

Wykres 25. Liczba spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2011 i 2012r.

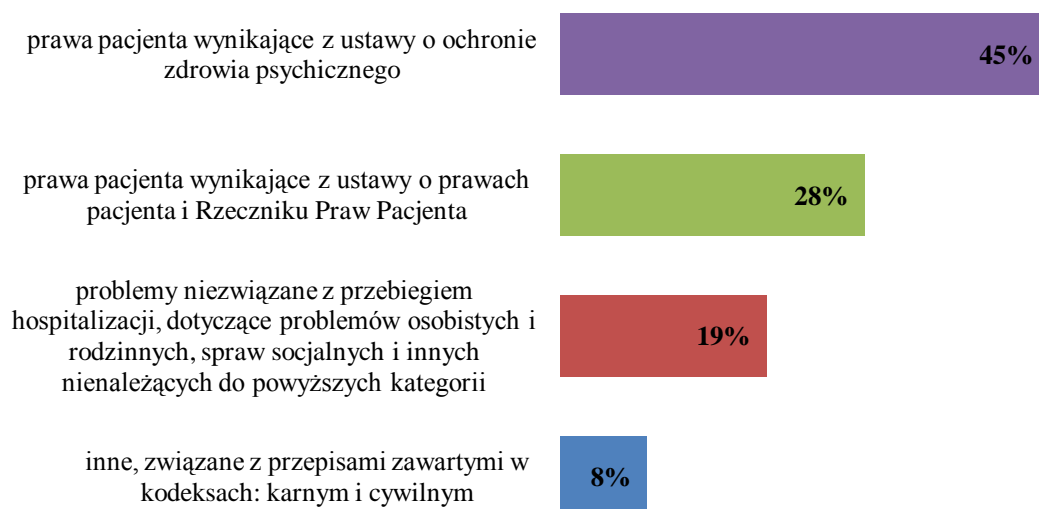


Poniżej przedstawiono podział spraw rozpatrzonych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w 2012 roku z uwzględnieniem: formy zgłoszeń pacjentów oraz charakteru i podstawy prawnej stwierdzonych naruszeń.

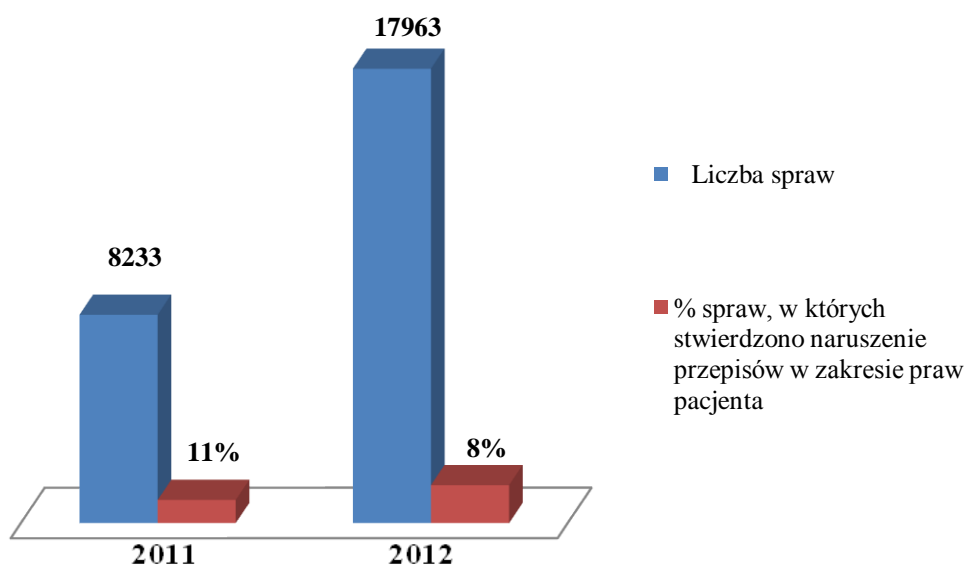
Wykres 26. Podział spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2012 r. (z uwzględnieniem formy zgłoszeń)



Wykres 27. Podział spraw ze względu na charakter i podstawę stwierdzonych naruszeń



Wykres 28. Skala naruszeń przepisów w zakresie praw pacjenta ogółem w 2012 r. w porównaniu z 2011 r.



II. USTAWOWE ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Zgodnie z przepisami art. 10b ust. 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy 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 osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny;
- 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym ww. osób;
- 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego służące realizacji zadań (zgodnie z art. 10b ust. 4 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*) to prawo do:

- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 2) występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego oraz do podmiotu, który utworzył ten podmiot, 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;
- 4) porozumiewania się z osobą korzystającą ze świadczeń zdrowotnych, jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym bez udziału innych osób.

Ponadto, w myśl § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie *szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* (Dz. U. z 2006 r., Nr 16, poz. 126, z późn. zm.), Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego 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, jeśli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona.

W tym miejscu warto wskazać, iż Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w ramach ustawowych zadań podejmuje także działania z własnej inicjatywy. W myśl § 3 ww. rozporządzenia, wskazany Rzecznik, z własnej inicjatywy, dokonuje oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do pacjentów:

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

1. Charakterystyka poszczególnych form działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2012 r.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2012 r., tak jak w poprzednich latach, podejmowali działania na rzecz ochrony praw pacjenta w ramach czterech rodzajów działalności: interwencyjnej, doradczej, informacyjno-edukacyjnej oraz kontrolnej.

1) Działalność interwencyjna

Działalność interwencyjna polegała na reagowaniu na każdy sygnał uprawdopodobniający naruszenie praw pacjenta pochodzący od pacjentów, jego rodziny, personelu oraz wynikający z obserwacji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Przedmiotowa działalność polegała na podejmowaniu interwencji o charakterze:

- a) „miękkim” – sprawy załatwiane w drodze ugody, mediacji, łagodzenia sporów, wyjaśniania nieporozumień powstałych między pacjentem a personelem medycznym;

Działania te charakteryzowały się doraźnością oraz osiąganiem bezpośrednich celów, dając pacjentowi gwarancję wyjaśnienia sprawy „na bieżąco”. Bardzo często pacjent był aktywnym uczestnikiem postępowania wyjaśniającego. Niejednokrotnie interwencje „miękkie” powiązane były z udzieleniem emocjonalnego wsparcia pacjentowi, który na skutek doznawanych zaburzeń niewłaściwie ocenił sytuację;

- b) „twardym” – złożenie wniosku (żądania) dotyczącego bezzwłocznego zaniechania praktyk naruszających prawa pacjenta.

Działania „twarde” miały zarówno charakter ustnego żądania, jak i pisemnych wystąpień do osób odpowiedzialnych za zaistniałe naruszenie bądź sprawujących nadzór nad tymi osobami. Ustne interwencje miały miejsce na ogół w sytuacji dającego się stwierdzić oczywistego naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta, którego naprawa powinna nastąpić bezzwłocznie (np. stwierdzenie niewłaściwego zastosowania unieruchomienia pacjenta).

Na ogół interwencje pisemne odnosiły się do zdarzeń, będących skutkiem niewłaściwych procedur formalno-organizacyjnych, których realizacja naruszała ustawowe prawa pacjenta, bądź związane były z przeprowadzonymi przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wizytacjami ujawniającymi odstępstwa stanu faktycznego od unormowań prawnych. Przykładowo Rzecznicy występowali do osób kierujących szpitalem w sprawach dotyczących: niewłaściwych zabezpieczeń pokoiów chorych, braku działań modernizacyjnych i remontowych, zapisów regulaminów pozostających w sprzeczności z zapisami obowiązujących aktów prawnych.

Ponadto, przedmiotowa działalność wiązała się w większości przypadków z koniecznością przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego (tj.: wyjaśnienie sprawy z personelem medycznym, zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjenta, zapoznanie się z opinią innych pacjentów, przeprowadzenie rozmowy z rodziną – w celu zbadania skali ewentualnego problemu).

2) Działalność doradcza (edukacyjna)

Polegała głównie na udzielaniu informacji z zakresu obowiązujących przepisów prawa – stanowiła najczęstszą formę pomocy udzielanej pacjentom oraz ich rodzinom.

Powyższa działalność miała charakter spotkań indywidualnych, w trakcie których omawiano konkretne sprawy i problemy zgłaszane na bieżąco przez pacjentów i ich rodziny.

W tym miejscu rola Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego polegała na konfrontacji oczekiwań (wyobrażeń) pacjenta z przysługującymi mu prawami oraz wyjaśnieniu

kwestii, czy w przedstawionej sprawie rzeczywiście doszło do naruszenia obowiązujących przepisów prawa.

W związku z powyższym, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego często prowadził rozmowy z personelem medycznym w celu uzyskania pełnej informacji o ewentualnym problemie.

W sytuacji, gdy sprawy, z którymi zgłaszali się pacjenci (lub ich rodziny), wykraczały poza zakres ustawowych zadań nałożonych na Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wskazywał on pacjentowi właściwe instytucje, organy bądź procedury. W ramach realizacji rzezonego zadania, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pomagał pacjentom w formułowaniu pism urzędowych, takich jak: wnioski o przyznanie pełnomocnika z urzędu, wnioski o wydanie opinii biegłego, wnioski o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej, wnioski o zwołanie konsylium lekarskiego, wnioski o zniesienie lub zmianę ubezwłasnowolnienia.

3) Działalność informacyjno-edukacyjna (spotkania w grupach)

Działalność informacyjno-edukacyjna miała na celu podnoszenie świadomości pacjentów z zakresu obowiązujących przepisów prawa (w szczególności praw człowieka, praw pacjenta, kwestii dotyczących warunków ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego).

W okresie sprawozdawczym Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przeprowadzili 159 spotkań informacyjno-edukacyjnych dla dzieci młodzieży oraz 986 spotkań dla dorosłych pacjentów. Charakter spotkań i ich tematyka były dostosowywane do konkretnego oddziału (np. oddziały dziecięco-młodzieżowe, oddziały leczenia uzależnień) i do potrzeb hospitalizowanych tam pacjentów. Przybierały one najczęściej formę wykładów lub warsztatów w formie kierowanej dyskusji. Pacjenci podczas ww. spotkań mieli okazję zadawać pytania Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wyjaśniać wątpliwości, konfrontować własne wyobrażenia o prawach pacjenta z rzeczywistymi unormowaniami prawnymi.

W trakcie omawianych spotkań pacjenci mieli ponadto możliwość umówienia się na indywidualne spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

W tym miejscu warto wskazać, iż pacjenci korzystając z anonimowości – jaką daje grupa – zgłaszali skargi, których nie przedstawiali w kontakcie indywidualnym obawiając się np. konsekwencji ze strony personelu. Informacje uzyskane od pacjentów w czasie tego typu spotkań niejednokrotnie stanowiły podstawę do podjęcia działań interwencyjnych przez Rzecznika.

4) Działalność kontrolna

Działalność kontrolna, podobnie jak w ubiegłym roku, polegała na systematycznym pozyskiwaniu informacji o pacjentach przyjętych i leczonych bez zgody – kontakcie ze wskazanymi przez innych pacjentów lub personel medyczny pacjentami, systematycznych wizytach w salach obserwacyjnych, kontroli zasad stosowania przymusu bezpośredniego, analizowaniu sytuacji związanych z bezpieczeństwem pacjentów w oddziale (próby samobójcze, ucieczki ze szpitala, spożywanie alkoholu itp.).

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w szczególności kontrolował, czy pacjenci informowani byli o przysługujących im prawach i obowiązkach, czy informacja ta była łatwo dostępna, czy pacjenci otrzymywali zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia, czy mieli prawo wglądu we własną dokumentację medyczną, czy wyrażali świadomą zgodę na wykonywane procedury i zabiegi, czy krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogli uczestniczyć w sprawowaniu opieki nad chorym, czy opieka nad pacjentem sprawowana była z zachowaniem intymności i godności, czy pacjent i odwiedzający mieli zapewnioną możliwość identyfikowania pracowników szpitala, czy pacjenci mieli możliwość korzystania z telefonu, czy mieli zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej, czy unieruchomiony pacjent znajdował się w pobliżu personelu pielęgniarstwa.

Wyjaśnianie skarg pacjentów powiązane było z kontrolą dokumentacji medycznej pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego analizował prawidłowość wszystkich aspektów w zakresie procedur postępowania szpitala w przedmiocie przyjęcia bez zgody (przestrzegania terminowego zawiadomienia sądu oraz możliwości osobistego uczestnictwa pacjenta w rozprawie sądowej), analizował dokumentację w przedmiocie zastosowania przymusu bezpośredniego. Przedmiotowa analiza dokumentacji dokonywana była w szczególności w aspektach uwalniania pacjenta w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, czasu trwania zastosowania przymusu, przesłanek legalności zastosowania określonych form przymusu bezpośredniego. Ponadto Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ustalał, czy w dokumentacji medycznej zamieszczano adnotację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi o tym, że ma być zastosowany wobec niej przymus bezpośredni.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego kontrolował jakość i warunki spożywania posiłków (w tym udzielania pomocy w spożywaniu posiłków osobom niezdolnym do zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych) oraz warunki pobytu (stan czystości i stan techniczny pomieszczeń oraz urządzeń sanitarnych, temperaturę i wentylację pomieszczeń, zabezpieczenie okien i zaopatrzenie w ciepłą wodę).

Przedmiotem zainteresowania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego był również sposób organizacji czasu wolnego pacjentów. Poczynione działania miały na celu ustalenie, czy pacjenci mieli zapewnioną możliwość korzystania ze spacerów na terenie rekreacyjnym szpitala oraz jak przebiegała realizacja całego procesu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Obserwacje i rozmowy z pacjentami ukierunkowane były również na ustalenie, czy zapewnione było bezpieczeństwo pobytu pacjentów m.in. w zakresie sprawowania opieki pielęgniarstwa (tj. zapewniania całodobowej obsady pielęgniarstwa na wszystkich odcinkach oddziałów). Kontrola dotyczyła także dostępności do konsultacji specjalistycznych oraz sprawowania opieki lekarskiej poprzez wykonywanie codziennych obchodów lekarskich w oddziałach. W powyższym zakresie Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podejmował także działania kontrolne w odniesieniu do sytuacji wystąpienia zdarzeń niepożądanych w szpitalu.

W kontekście powyższego warto wskazać, iż z uwagi na specyfikę prezentowanych przez pacjentów zachowań destrukcyjnych, wynikających niejednokrotnie z przebiegu choroby psychicznej, na terenie podmiotów leczniczych dochodzi do *zdarzeń niepożądanych*, takich jak: samobójstwa, zachowania agresywne wobec innych osób (w wyniku których dochodziło do trwałego uszczerbku zdrowia), akty autoagresywne (w tym samookaleczenia), molestowania (miało miejsce w 1 podmiocie leczniczym), ucieczki (w tym skoki z okna, w wyniku których dochodziło do trwałych urazów ciała, podejmowane skuteczne próby samobójcze), nagłe zgony, upadki, etc. W związku z powyższym Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego analizował sytuację pacjenta oraz działania podejmowane przez personel (w tym analizował zachowania personelu medycznego w powyższej sytuacji).

W działalność kontrolną Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpisuje się również analiza dokumentacji medycznej pacjenta (za jego pisemną zgodą). W 2012 r. badana była dokumentacja trzech kategorii pacjentów:

- a) przyjętych do szpitala za ich zgodą – w 380 sprawach spośród 5938 prowadzonych,
- b) przyjętych bez zgody – w 425 sprawach spośród 3044 prowadzonych,
- c) przyjętych do szpitala psychiatrycznego na podstawie innych ustaw niż ustawa *o ochronie zdrowia psychicznego* – w 58 sprawach spośród 969 prowadzonych.

5) Formy kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zamieszcza na tablicach informacyjnych (w izbie przyjęć i w oddziałach szpitala psychiatrycznego) informację

o możliwości skorzystania z jego pomocy. Informacje coraz częściej umieszczane są na stronach internetowych szpitala. Do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego można zwrócić się bezpośrednio, telefonicznie, w formie pisemnej lub składając pisma (skargi, wnioski, pytania) do skrzynki umieszczonej na drzwiach gabinetu Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

2. Relacje Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pacjentami

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego był postrzegany przez pacjentów przede wszystkim jako osoba właściwa do reprezentowania ich praw oraz podejmowania mediacji i negocjacji z personelem szpitala w sprawach związanych z pobytem w szpitalu.

Na sposób kształtowania się relacji pomiędzy pacjentem a Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpływały następujące czynniki: osobowość pacjenta, przebieg jego choroby, czas trwania lub częstotliwość hospitalizacji pacjenta, wcześniejsze doświadczenia w kontakcie z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, zasób wiedzy ogólnej, zawodowa aktywność pacjenta lub jej brak, relacje pacjenta z rodziną.

Nastawienie pacjentów względem Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w dużej mierze uzależnione było od oczekiwań pacjentów, wiedzy na temat funkcji Rzecznika, specyfiki spraw, z którymi się zgłaszali oraz formy przyjęcia do szpitala (za zgodą lub bez zgody).

Pacjenci zwykle liczyli na uzyskanie od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego rzetelnej informacji z zakresu obowiązujących przepisów prawa. Niekiedy oczekiwali bezpośredniej pomocy w rozwiązaniu zgłaszanych problemów. Nadal zauważa się liczną grupę pacjentów, którzy z uwagi na towarzyszący im lęk przed ewentualnym pogorszeniem się relacji z personelem o zaobserwowanych podczas hospitalizacji nieprawidłowościach informowali Rzecznika wyłącznie w trakcie grupowych zajęć edukacyjnych lub dopiero w dniu wypisu ze szpitala.

Poziom zaufania wobec osoby Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wzrastał wraz z powzięciem przez pacjentów informacji o braku podległości służbowej pomiędzy Rzecznikiem a dyrektorem placówki. Powyższa niezależność Rzecznika ma istotny wpływ na kwestię zwrócenia się do niego przez pacjenta o pomoc w konkretnej sprawie.

Niektóre z wnoszonych przez pacjentów spraw wykraczały poza kompetencje Rzecznika, ponieważ dotyczyły spraw niezwiązanych z hospitalizacją. Do najczęściej podnoszonych kwestii niemieszczących się w ramach wykonywanych przez Rzecznika obowiązków ustawowych należały następujące zagadnienia: potencjalna stygmatyzacja i dyskryminacja związana z chorobą psychiczną (lęk przed niezrozumieniem choroby, przejawy uprzedzeń ze strony członków

społeczeństwa), możliwość uzyskania renty, zasiłku, skierowania do domu pomocy społecznej. Pacjenci oczekiwali od Rzecznika wsparcia, porady, a niekiedy wyłącznie aktywnego słuchania. Wielokrotnie podkreślali towarzyszącą im potrzebę stałego kontaktu z Rzecznikiem.

Warto zaznaczyć, iż specyfika niektórych zaburzeń psychicznych oraz stan zdrowia pacjenta w momencie zgłoszenia się do Rzecznika często stanowiły źródło barier w komunikacji interpersonalnej pomiędzy Rzecznikiem a pacjentem. W celu osiągnięcia skutecznego porozumienia z pacjentem praktykowano odroczenie wizyty o kilka dni przy jednoczesnym monitorowaniu możliwości nawiązania kontaktu z danym pacjentem. Powyższe decyzje najczęściej były poprzedzone uzyskaniem przez Rzecznika od lekarza prowadzącego/ordynatora informacji odnośnie specyfiki problemu zdrowotnego pacjenta.

Podkreślić należy, iż charakter pracy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, cechujący się udzielaniem pacjentom wsparcia, w szczególności informacyjnego i instrumentalnego, generuje pozytywne nastawienie pacjentów wobec osoby i instytucji Rzecznika. Towarzysząca pacjentom wiedza odnośnie możliwości zwrócenia się do Rzecznika z prośbą o udzielenie pomocy w zakresie ochrony przysługujących im praw niewątpliwie wzmacnia poczucie podmiotowości i przyczynia się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa w trakcie pobytu w szpitalu. Powyższe bez wątpienia pozostaje w korelacji z procesem terapeutycznym.

Budowanie przez Rzecznika relacji z pacjentami wymaga każdorazowo zindywidualizowanego podejścia, uwzględniającego w szczególności specyfikę zachowań danego pacjenta uwarunkowanych jego stanem zdrowia, jak również faktu, iż pacjenci to często osoby wykluczone społecznie, które nie otrzymują wsparcia ze strony najbliższego środowiska społecznego. W związku z powyższym w kontaktach z pacjentami Rzecznik okazuje szczególną empatię i zrozumienie dla artykułowanych przez pacjenta potrzeb.

Jako trudność w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z pacjentami należy wskazać na prezentowane niekiedy przez pacjentów negatywne postawy wobec Rzecznika, przejawiające się w formułowaniu roszczeń, agresji werbalnej oraz stosowaniu manipulacji (groźba złożenia skargi w sytuacji niezalutwienia sprawy zgodnie z wolą pacjenta).

3. 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 był niezbędny w przypadku konieczności m.in. wyrażenia zgody na wgląd Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w dokumentację medyczną

hospitalizowanego pacjenta (który nie był w stanie lub z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa nie mógł takiej zgody wyrazić).

Rzecznicy zorganizowali łącznie 165 spotkań informacyjno-edukacyjnych dla rodzin pacjentów. Tematyka dostosowana była do potrzeb uczestniczących w nich osób, a dotyczyła głównie – tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym – zagadnień z zakresu *ustawy, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Kodeksu cywilnego, Kodeksu postępowania cywilnego* (dot. ubezwłasnowolnienia).

W grupie osób związanych z pacjentem można w dalszym ciągu wyróżnić:

- 1) osoby faktycznie działające na rzecz pacjenta – osoby bezsilne wobec choroby psychicznej w rodzinie, oczekujące od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wsparcia i zrozumienia oraz informacji o obowiązujących przepisach prawa. Rzecznik oprócz udzielania informacji w powyższym zakresie, wskazywał również możliwości udziału w grupach wsparcia, psychoedukacji dla rodzin oraz zapewniał kontakt do organizacji pozarządowych zajmujących się udzielaniem pomocy osobom chorym psychicznie oraz ich rodzinom;
- 2) osoby pozornie działające w interesie pacjenta – osoby zwracające się do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego o udzielenie informacji w zakresie możliwości: przymusowej hospitalizacji, przymusowego umieszczenia w domu pomocy społecznej, pobierania dochodów pacjenta (np.: renty, emerytury). Charakterystyczny u tych osób był brak chęci rzeczywistej pomocy pacjentowi, a raczej potrzeba uwolnienia się od osoby chorej psychicznie.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego mając wątpliwości co do intencji osób związanych z pacjentem, zwracał 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 decyzji.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – jeżeli była taka możliwość – prosili pacjenta o zgodę na rozmowę z jego rodziną. Na ogół pacjenci chętnie przystawali na taką propozycję. Jednakże, podobnie jak w poprzednich okresach sprawozdawczych, Rzecznicy zaobserwowali, iż rodziny unikały z nimi kontaktu, prezentując tym samym obojętną postawę wobec problemów hospitalizowanego pacjenta.

4. Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z kadrami zarządzającą oraz pracownikami podmiotu leczniczego

Zmiany w zakresie podejścia do funkcji, jaką Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełni w szpitalu, nastąpiły w konsekwencji zdecydowanych interwencji podjętych przez Rzeczników oraz przez Rzecznika Praw Pacjenta w latach poprzednich.

Niemniej nadal do Rzecznika wpływają sygnały dotyczące utrudniania/uniemożliwiania przez środowisko medyczne wykonywania Rzecznikom Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych ustawowych zadań, w szczególności w zakresie możliwości wglądu do dokumentacji pacjenta (mimo posiadanego upoważnienia pacjenta).

Rzecznik otrzymuje również sygnały dotyczące niezadowolenia personelu z wizytowania przez osoby pełniące funkcje Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych. W opinii personelu Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego rozpatrując sprawę wniesioną przez pacjenta działa na niekorzyść pacjenta, tj. podtrzymuje go w treściach urojonych, burzy relacje terapeutyczne, etc.

Wykonywanie przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nałożonych na niego obowiązków (tj. wizytowanie oddziałów) personel medyczny postrzega jako swego rodzaju nadgorliwość i nakłanianie pacjentów do składania skarg.

Niezależnie od powyższego zaznaczyć należy, iż coraz większa grupa kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi rozumie i docenia funkcję Rzeczników i ich rolę w systemie ochrony zdrowia.

III. NARUSZENIA PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

- 1) Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością** – art. 8 *ustawy* – 60% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) brak stosownej opieki nadzoru nad pacjentami, przejawiającymi tendencje samobójcze, zachowania destrukcyjne, wskutek czego dochodziło do aktów samopodpalenia (miało miejsce w dwóch podmiotach leczniczych), ucieczek, agresji czynnej wśród współpacjentów, prób samobójczych, a w konsekwencji do urazów ciała bądź śmierci.

- 2) Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności**, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, w tym prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej– art. 20 ust. 1 i art. 21 ust. 1,2 *ustawy* – 54% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczb spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) prewencyjne stosowanie kajdanek wobec pacjentów, odbywających środki zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym w rozumieniu art. 200 ust. 1 i ust. 2 *ustawy* z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks karny wykonawczy* (Dz. U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.) ;
- b) stosowanie „kar” wobec pacjentów, szczególnie przejawiających uciążliwe zachowania poprzez wystawianie łóżka poza salę, bądź nakazanie spędzenia nocy na materacu w oddzielnym pomieszczeniu oddziału;
- c) stosowanie kar odpowiedzialności zbiorowej (zakaz wychodzenia na spacer, zakaz oglądania TV);
- d) zakaz uczestniczenia osoby bliskiej, mimo wyrażenia zgody pacjenta podczas badania przy przyjęciu do szpitala.

- 3) Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia** – art. 9 ust. 1, 2 *ustawy* – 35% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) brak informacji o złożeniu przez szpital wniosku o umieszczenie pacjentki bez zgody w Domu Pomocy Społecznej, nieinformowanie pacjentki o złym rokowaniu w procesie leczenia i konieczności przymusowej opieki;
- b) nieinformowanie pacjentów o zlecanych lekach w ramach stosowanej farmakoterapii;

4) Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych – art. 16 *ustawy* – 27% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) podawanie pacjentom przebywającym za zgodą, wymaganą w art. 22 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w szpitalu psychiatrycznym*, leków wbrew woli z zastosowaniem przymusu bezpośredniego – poprzez przytrzymanie;
- b) pobranie pacjentce krwi na badanie morfologii, pomimo braku jej zgody.

5) Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej – art. 23 w zw. z art. 24 *ustawy* – 26% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) nierzetelne dokumentowanie zastosowanego środka przymusu bezpośredniego (w tym niezgodne z zapisem monitoringu);
- b) niezapoznanie pacjentów z treścią postanowienia sądu opiekuńczego;
- c) uniemożliwianie Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wglądu do dokumentacji pacjenta mimo posiadanego upoważnienia pacjenta.

Powyższy przykład wskazuje, iż w dalszym ciągu dostrzegalny jest problem związany z brakiem uprawnień Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta z urzędu. Wymóg każdorazowego uzyskiwania zgody pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, bądź faktycznego pacjenta w dużej mierze utrudnia dokonywanie na bieżąco czynności związanych z oceną przestrzegania praw pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni oraz niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia. Z uwagi, iż środowisko medyczne różnie interpretuje ustawowe uprawnienia Rzecznika do wglądu do dokumentacji medycznej, tym samym procedura realizacji ww. zadania niejednokrotnie znacząco wydłuża czas trwania postępowania wyjaśniającego.

Pacjenci składali skargi na to, że lekarze nie chcą im udzielać informacji o ich stanie zdrowia oraz odmawiają im wglądu do dokumentacji medycznej. Lekarze, pytani przez Rzecznika o powód tych działań, wyjaśniali, że nie chcą wywołać pogorszenia stanu psychicznego pacjentów, nie chcą doprowadzić do zerwania więzi terapeutycznej na skutek ujawnienia zapisów w dokumentacji o objawach, które pacjent neguje z powodu braku wglądu w chorobę. Mając na uwadze powyższe, Rzecznik Praw Pacjenta skierował wystąpienie do Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii z prośbą o wyrażenie opinii w przedmiotowym zakresie (sprawa w toku).

- 6) Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych** – art. 6 ust. 1 *ustawy* – 18% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) u pacjenta, który doznał urazu podczas pobytu w oddziale psychiatrycznym nie wykonano podstawowego badania obrazowego (Rtg). Mimo, iż zmiany zostały zauważone przez personel medyczny na ciele pacjenta (tj. liczne zasinienia i krwawe podbiegnięcia) – co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta – nie wykonano przedmiotowego badania. Przedmiotowe badanie wykonano dopiero w kilka dni po doznanym urazie, tj. w oddziale internistycznym szpitala ogólnego. W wyniku ww. badania stwierdzono u pacjenta liczne złamania kości żeber, kręgosłupa i kończyny dolnej;
- b) brak wskazań medycznych do pobytu małoletnich pacjentów w szpitalu psychiatrycznym.

W odniesieniu do ww. przykładu, należy wskazać, iż na podstawie zebranego materiału od Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz od kadry medycznej, iż nieuzasadniony pobyt małoletnich pacjentów w placówkach psychiatrycznych był spowodowany brakiem odpowiedniej współpracy świadczeniodawców z sądami opiekuńczymi oraz innymi organami działającymi w zakresie pomocy społecznej. Świadczeniodawcy wskazywali na problemy takie, jak: długi okres oczekiwania na decyzje (postanowienia) sądu opiekuńczego w zakresie ustanowienia opiekuna, kuratora bądź wskazania właściwego podmiotu, do którego można byłoby skierować małoletniego pacjenta po wypisie ze szpitala. Ponadto, świadczeniodawcy podnosili, iż wielokrotnie wysyłane do sądów opiekuńczych informacje o stanie zdrowia małoletniego pacjenta, ukończonej terapii oraz braku zasadności dalszej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym, zostawały bez odpowiedzi. Powyższy problem został podjęty przez Rzecznika w ramach działań systemowych (Rozdział XII, strona 122).

- 7) Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie** – art. 39 *ustawy* – 14% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) brak informacji o możliwości pozostawiania rzeczy wartościowych (w tym pieniędzy) w depozycie szpitalnym;
- b) niewydawanie pacjentom karty depozytowej.

- 8) Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego** – art. 33 *ustawy* – 13% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) uniemożliwianie osobom poniżej 14. roku życia możliwości odwiedzenia pacjenta;
- b) wprowadzenie zakazu korzystania z telefonu osobom pozostającym w odcinkach obserwacyjnych oddziału psychiatrycznego.

W odniesieniu do ww. przykładów naruszeń należy wskazać, iż problem uniemożliwiania osobom poniżej 14. roku życia możliwości odwiedzenia pacjenta był przedmiotem działań systemowych Rzecznika.

- 9) Prawo pacjenta do informacji o prawach pacjenta** określonych w *ustawie* oraz w przepisach odrębnych – art. 11 *ustawy* – 12% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

- a) nieinformowanie pacjenta, przyjmowanego bez zgody wymaganej w art. 22 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* do szpitala psychiatrycznego, o jego prawach, w tym możliwości spotkania się z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego; brak możliwości skorzystania z wglądu do *ustawy*;
- b) umieszczenie w oddziałach szpitalnych Karty Praw i Obowiązków Pacjenta”, nawiązujących w swojej treści do nieaktualnych przepisów prawa.

- 10) Prawo pacjenta tajemnicy informacji z nim związanych** – art. 13 *ustawy* – 7% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

Przykłady naruszeń:

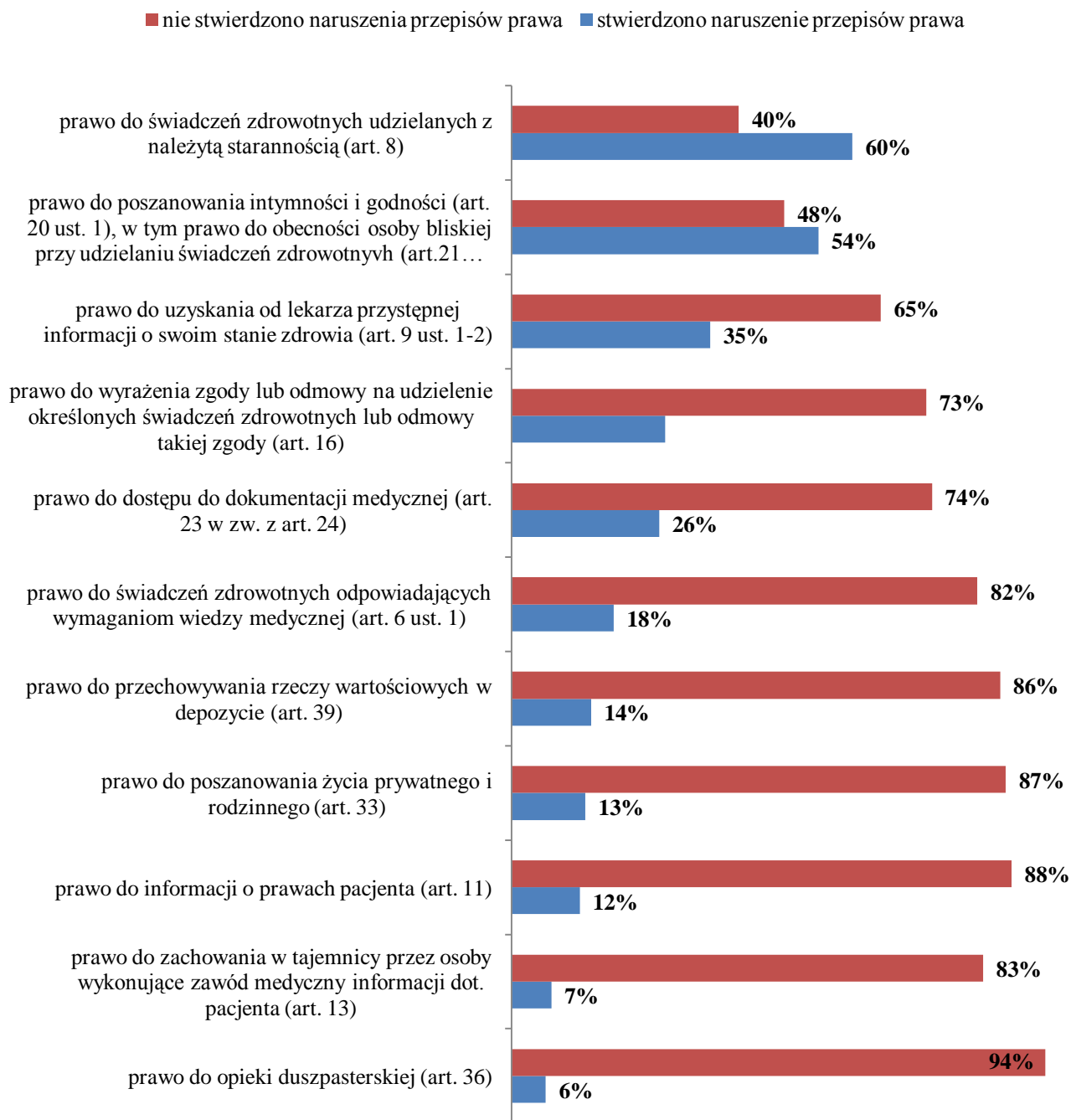
- a) w szpitalu zamknięto pracownię RTG; w celu wykonania zdjęcia rentgenowskiego pacjentów prowadzono ulicą do pobliskiej przychodni, w ubraniach szpitalnych i sanitariuszem w ubraniu szpitalnym. Pacjenci byli narażeni na ich publiczną identyfikację jako chorych psychicznie. Ponadto naruszano ich intymność i godność nakazując przemieszczanie się w ubraniu szpitalnym;
- b) pomimo złożonego przez pacjenta oświadczenia (załączonego do historii choroby) odnośnie zakazu informowania o stanie zdrowia oraz pobycie w szpitalu psychiatrycznym, personel udzielił informacji w ww. zakresie postronnym osobom.

11) Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej – art. 36 *ustawy* – 6% stwierdzonych naruszeń przepisów w stosunku do liczby spraw podjętych/zgłoszonych w przedmiotowym zakresie.

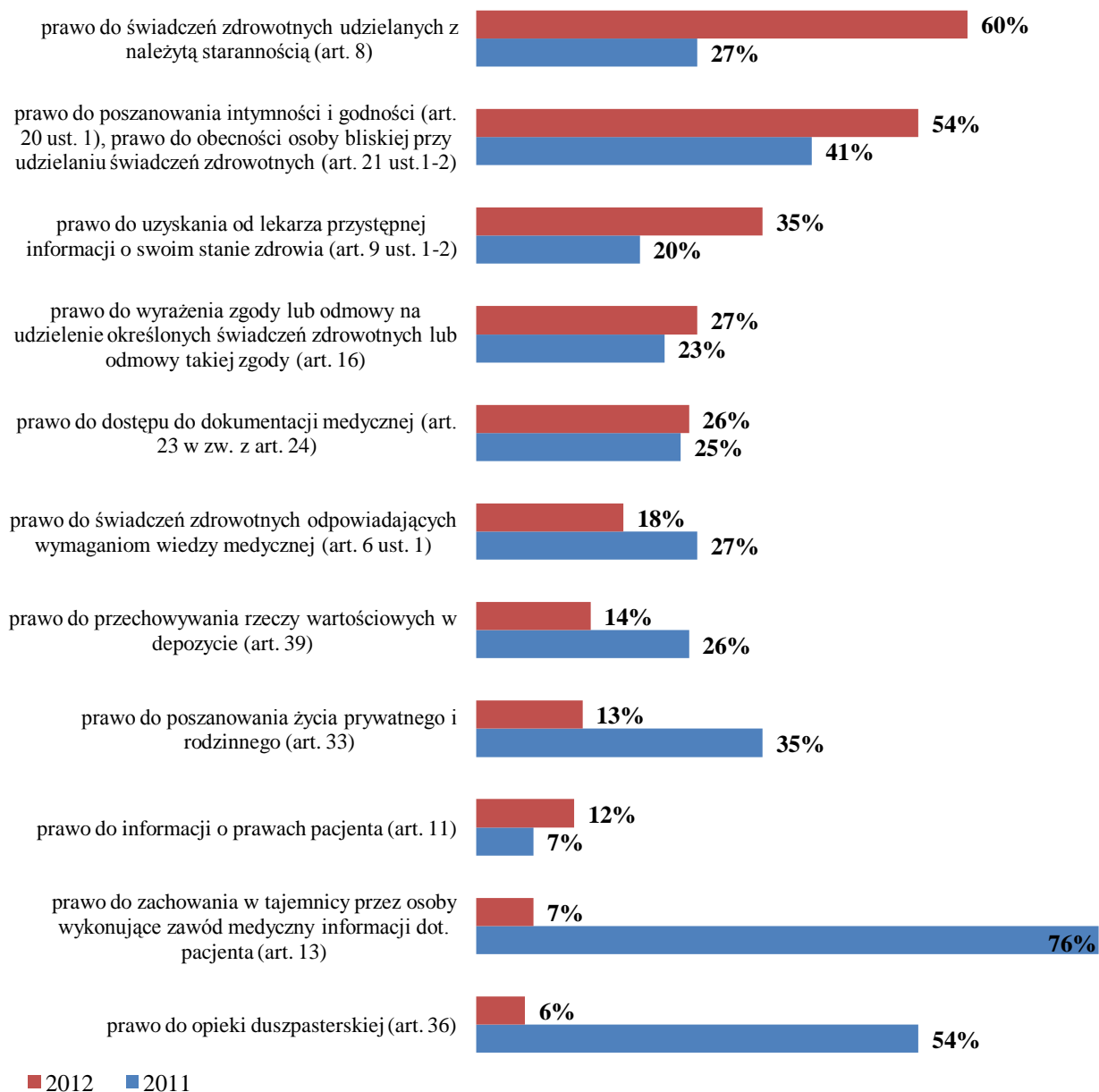
Przykłady naruszeń:

- a) niedostateczna opieka duszpasterska (w niektórych oddziałach aktywność zatrudnionego przez Szpital kapelana ogranicza się do kilku wizyt rocznie);
- b) brak możliwości uczestniczenia przez pacjentów we wszystkich niedzielnych Mszach Św. z powodu braku możliwości zapewnienia przez personel medyczny opieki pacjentom, którzy nie wyrażają chęci korzystania z powyższego uprawnienia.

Wykres 29. Naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w 2012 r.



Wykres 30. Stwierdzone naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w 2011 i w 2012 r.



**liczba stwierdzonych naruszeń przepisów w zakresie praw pacjenta nie jest tożsama z liczbą skarg wniesionych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta*

IV. NARUSZENIE PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE Z USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 R. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ AKTÓW WYKONAWCZYCH

1. Prawa przysługujące pacjentowi w trakcie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego:

- 1) osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 *ustawy* o ochronie zdrowia psychicznego tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób – art. 23 ust. 1 ww. *ustawy* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 7,6% zgłoszonych spraw;**
- 2) wyrażenie zgody lub odmowy na leczenie w szpitalu psychiatrycznym. W przypadkach nagłych przyjęcie do szpitala psychiatrycznego może nastąpić bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa – art. 22 ust. 2 i ust. 2a ww. *ustawy* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,9% zgłoszonych spraw;**
- 3) o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu pacjenta (po uprzedzeniu o przyczynach przeprowadzenia badania) i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz ten jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach – art. 21 ust. 2, art. 23 ust. 2 i ust. 3 ww. *ustawy* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,4% zgłoszonych spraw;**
- 4) przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia – art. 23 ust. 4 ww. *ustawy* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,3% zgłoszonych spraw.**

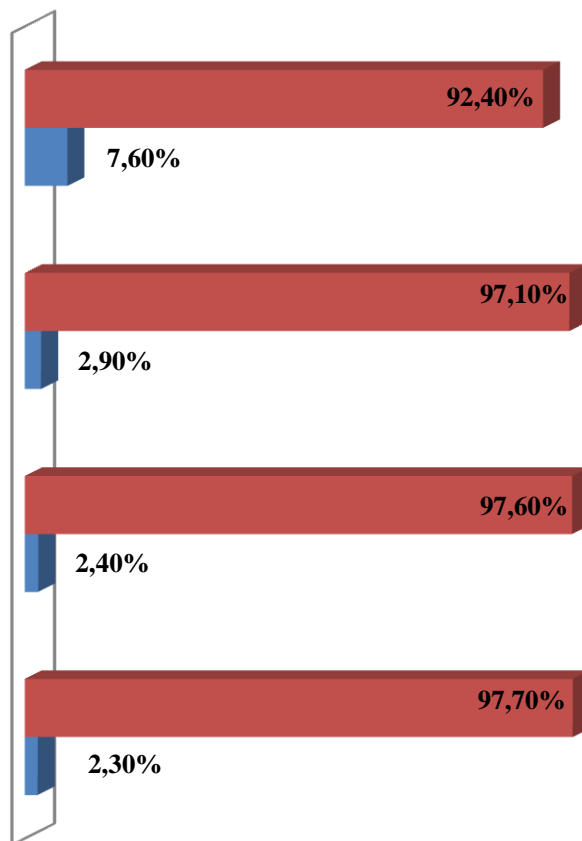
Wykres 31. Prawa przysługujące pacjentowi zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego w trakcie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego

Pacjent może być przyjęty do szpitala psych. bez zgody wymaganej w art. 22 ww. ustawy, tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych ludzi (art. 23 ust. 1)

Nagle przyjęcie do szpitala może nastąpić bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. Wówczas lekarz przyjmujący ma obowiązek (...) zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza lub psychologa (art. 22 ust. 2 i ust. 2a)

O przyjęciu do szpitala decyduje lekarz po osobistym zbadaniu pacjenta, uprzedza o przyczynach przeprowadzenia badania (...). Lekarz wyjaśnia choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i informuje go o jego prawach (art. 21 ust. 2 w zw. z art. 23 ust. 2-3)

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godz. od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o tym sąd opiekuńczy w ciągu 72 godz. od chwili przyjęcia (art. 23 ust. 4)



■ nie stwierdzono naruszenia prawa ■ stwierdzono naruszenie prawa

2. Prawa przysługujące pacjentowi w trakcie hospitalizacji:

- 1) krótkotrwałe uwalnianie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny – § 14 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego¹ (Dz. U. z 1995, Nr 103, poz. 514, z późn. zm.) – **naruszenia przepisów stwierdzono w 6,3% zgłoszonych spraw;**
- 2) złożenie w dowolnej formie wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli pacjent hospitalizowany jest za swoją zgodą – art. 36 ust. 1 ustawy o ochronie

¹ Niniejsze rozporządzenie zostało uchylone z dniem wejścia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012, poz. 740).

zdrowia psychicznego – **naruszenia przepisów stwierdzono w 5,7% zgłoszonych spraw;**

- 3) uwzględnianie przez personel medyczny przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego nie tylko celów zdrowotnych, ale także interesów oraz innych dóbr osobistych pacjenta i dążenie do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej uciążliwy – art. 12 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 4,8% zgłoszonych spraw;**
- 4) uzyskanie, zgodnie z art. 10a ust. 1 i 4 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, pomocy w ochronie własnych praw jako pacjenta, w szczególności poprzez:
 - a) spotkanie z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby;
 - b) przekazywanie ustnych i pisemnych skarg w zakresie dotyczącym naruszenia praw pacjenta;
 - c) uzyskanie informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy;**naruszenia przepisów stwierdzono w 4,5 % zgłoszonych spraw;**
- 5) ograniczenie czasu trwania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na zlecenie lekarza do 4 godzin. W razie potrzeby lekarz, po osobistym zbadaniu Pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne – § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. *w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 3,2% zgłoszonych spraw;**
- 6) uzyskanie informacji o planowanym postępowaniu leczniczym – art. 33 ust. 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,7% zgłoszonych spraw;**
- 7) uzyskanie zgody ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu (przepustki), jeżeli pacjent nie zagraża życiu albo życiu i zdrowiu innych osób – art. 14 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,6% zgłoszonych spraw;**
- 8) uzyskanie informacji o planowanych zastosowaniu przymusu bezpośredniego – art. 18 ust. 8 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,3% zgłoszonych spraw;**

- 9) wysłuchanie pacjenta przez sędziego wizytującego nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania przez sąd opiekuńczy zawiadomienia od kierownika szpitala psychiatrycznego, jeżeli pacjent został przyjęty w trybie art. 23, 24 lub 28 – art. 45 ust. 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,3% zgłoszonych spraw;**
- 10) złożenie, w dowolnej formie, wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego, nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia bez zgody pacjenta. O wypisie Pacjenta postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, że ustały przewidziane w ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu u osoby w szpitalu psychiatrycznym – art. 35 ust. 1 i art. 36 ust. 1 i ust. 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 2,3% zgłoszonych spraw;**
- 11) uczestniczenie w zajęciach rehabilitacyjnych prowadzonych w szpitalach psychiatrycznych oraz domach pomocy społecznej, które nie są podporządkowane celom gospodarczym – art. 15 ust. 1 ustawy – **naruszenia przepisów stwierdzono w 1,2% zgłoszonych spraw;**
- 12) dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz bezpłatnych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, jeżeli pacjent jest osobą chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychiatryczne) lub upośledzoną umysłowo, nawet jeżeli nie jest osobą ubezpieczoną – art. 10 ust. 1 i ust. 2, art. 3 pkt 1 lit. a i b ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,8% zgłoszonych spraw;**
- 13) złożenie odwołania od postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta, do sądu drugiej instancji – art. 42 i art. 47 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,7% zgłoszonych spraw;**
- 14) przyjęcie za zgodą pacjenta (lub zgodą przedstawiciela ustawowego) do domu pomocy społecznej, jeżeli nie jest w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego – art. 38 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,6% zgłoszonych spraw;**
- 15) zawiadomienie przez kierownika zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej sądu opiekuńczego o niewykonywaniu przez przedstawiciela ustawowego obowiązków wobec

pacjenta w sposób należyty – art. 17 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,5% zgłoszonych spraw;**

16) złożenie wniosku o adwokata z urzędu w toczącym się postępowaniu przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w ustawie – art. 48 ustawy – **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,5% zgłoszonych spraw;**

17) wystąpienie do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny, o nakazanie wypisania pacjenta ze szpitala psychiatrycznego, w razie odmowy wypisania. Pacjent powinien złożyć wniosek w terminie 7 dni od powiadomienia ww. osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku – art. 36 ust. 3 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,4 % zgłoszonych spraw;**

18) złożenie wniosku do sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala psychiatrycznego o ustanowienie kuratora, jeżeli pacjent uważa, iż w czasie pobytu w szpitalu potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw albo spraw określonego rodzaju – art. 44 ust. 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* – **naruszenia przepisów stwierdzono w 0,3% zgłoszonych spraw.**

Stopień naruszeń praw pacjenta, wynikających z ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* przedstawiono w poniższej tabeli:

Tabela 15. Naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta w trakcie hospitalizacji w 2012 r.

Prawa pacjenta	stwierdzono naruszenie przepisów	nie stwierdzono naruszenia przepisów
krótkotrwałego uwalniania od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny (§ 14 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie <i>sposobu stosowania przymusu bezpośredniego...</i>)	6,3%	93,7%
złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala – jeżeli pacjent hospitalizowany jest za swoją zgodą (art. 36 ust. 1 ustawy)	5,7%	94,3%
przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego, bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste pacjenta (art. 12 ustawy)	4,8%	95,2%
do spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (...); prawo do uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy (art. 10a ust. 1 i ust. 4 ustawy)	4,5%	95,5%
tego, by przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji na zlecenie nie mógł trwać dłużej niż 4 godz. Po osobistym zbadaniu pacjenta, lekarz może przedłużyć ww. środek na następne okresy 6-godzinne (§ 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie <i>sposobu stosowania przymusu bezpośredniego ...</i>)	3,2%	96,8%
prawo do informacji o planowanym postępowaniu leczniczym (art. 33 ust. 2 ustawy)	2,7%	97,3%

skierowanie do innego lekarza albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby (art. 11 <i>ustawy</i>)	2,6%	97,4%
przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty (art. 18 ust. 8 <i>ustawy</i>)	2,3%	97,7%
wysłuchania pacjenta przez sędziego wizytującego (art. 45 ust. 2 <i>ustawy</i>)	2,3%	97,7%
złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala, nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu (art. 35 ust. 3 i art. 36 ust. 1 i ust. 2 <i>ustawy</i>)	2,3%	97,7%
tęgo, aby zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalu psychiatrycznym nie były podporządkowane celom gospodarczym (art. 15 ust. 1 <i>ustawy</i>)	1,2%	98,8%
bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art. 10 ust. 1-2, art. 3 pkt 1 lit. a i b <i>ustawy</i>)	0,8%	99,2%
złożenia odwołania od postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala psych. bez zgody, do sądu drugiej instancji (art. 42 i art. 47 <i>ustawy</i>)	0,7%	99,3%
przyjęcia za zgodą pacjenta (lub zgodą przedstawiciela ustawowego) do domu pomocy społecznej, jeżeli nie jest w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego (art. 38 <i>ustawy</i>)	0,6%	99,4%
tęgo, aby kierownik szpitala psychiatrycznego w razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec pacjenta, zawiadomił o tym sąd opiekuńczy (art. 17 <i>ustawy</i>)	0,5%	99,5%
złożenia wniosku o adwokata z urzędu w toczącym się postępowaniu przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w ww. ustawie (art. 48 <i>ustawy</i>)	0,5%	99,5%
wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania pacjenta ze szpitala psychiatrycznego, w razie odmowy wypisania (art. 36 ust. 3 <i>ustawy</i>)	0,4%	99,6%
złożenia wniosku do sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala o ustanowienie kuratora (art. 44 ust. 1 <i>ustawy</i>)	0,3%	99,7%

Spośród 17 963 wszystkich spraw w 1 500 (tj. 8%) sprawach stwierdzono naruszenie przepisów prawa. W pozostałych przypadkach nie ujawniono nieprawidłowości, bądź skarżący/wnioskodawcy nie uprawdopodobnili naruszenia praw pacjenta. Często Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego informował szczegółowo o obowiązujących przepisach, procedurach, wskazując podstawy prawne działań pracowników szpitala.

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

Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie *szczególowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*, Rzecznik zobowiązany jest dokonywać oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia, jak również wobec pacjentów przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

Podczas wizyt w poszczególnych oddziałach Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przeprowadzali – podobnie jak w poprzednim okresie sprawozdawczym – szereg rozmów z pacjentami oraz z personelem odnośnie do przebiegu hospitalizacji osób, które przebywają w szpitalu bez zgody oraz czy zostały zachowane procedury przyjęcia bez zgody – zgodnie z normą art. 23 ust. 2–5, 24; 25, 27, 29; 45, 46 ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*.

W przypadkach zastosowania wobec pacjenta środków przymusu bezpośredniego Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego starali się uzyskać informacje od personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek) o przyczynach zastosowania przymusu bezpośredniego, analizowali zasadność jego zastosowania, ustalali czas trwania stosowania przymusu, oraz czy pacjent był uwalniany na zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i higienicznych zgodnie z przepisami § 14 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie *sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*. W przypadkach zastosowania przymusu w formie unieruchomienia, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego dokonywali również oceny, czy w sposób prawidłowy zastosowano unieruchomienie – oceniali, czy pasy nie są założone zbyt ciasno lub luźno.

Ponadto, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zwracali uwagę na kwestie związane z realizacją procesu pielęgnowania wiążącego się z identyfikowaniem oraz zaspakajaniem indywidualnych potrzeb pacjentów, w szczególności:

- 1) czy podczas spożywania posiłków udzielano pomocy osobom niezdolnym do zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych?;
- 2) czy czynności związane ze sprawowaniem opieki wykonywane były z poszanowaniem intymności i godności pacjenta, itp.?

Ponadto, Rzecznicy wskazywali na zły stan techniczny pomieszczeń, w tym wyposażenia (tj. mebli, łóżek), a także na budzące zastrzeżenia dotyczące pomieszczeń sanitarnych (ubytki w glazurze, zagrzybianie ścian, brak dozowników z mydłem, pojemników z papierem jednorazowego użycia). Niemniej Rzecznicy podnosili, iż Dyrektorzy podmiotów leczniczych sukcesywnie podejmują stosowne działania w zakresie realizacji planów dostosowawczych.

W okresie sprawozdawczym Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zwracali uwagę na kwestię dotyczącą sposobu prowadzenia zajęć terapeutycznych (tj. braku opracowanych indywidualnych planów terapeutycznych), ubogi program terapeutyczny, niedoposażenie pracowni terapeutycznych w materiały (pomoce dydaktyczne). W tym zakresie Dyrektorzy wskazywali na trudności finansowe. Wskazywano na niedofinansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna.

W związku z otrzymywanymi sygnałami dotyczącymi naruszeń przepisów wynikających z omawianych ustaw Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podejmowali następujące działania:

- 1) wystąpienia z wnioskiem do kadry zarządzającej podmiotów leczniczych o weryfikację obowiązujących procedur bądź o opracowanie i wdrożenie procedur w zakresie korzystania przez pacjenta z depozytu szpitalnego;
- 2) wystąpienia o wyjaśnienia okoliczności zdarzeń niepożądanych, takich jak: samobójstwa, zachowania agresywne wobec innych osób (w wyniku których dochodzi do trwałego uszczerbku zdrowia), akty autoagresywne (w tym samookaleczenia), molestowania (miało miejsce w jednym podmiocie leczniczym), ucieczki (w tym skoki z okna, w wyniku których dochodzi do trwałych urazów ciała, podejmowane skuteczne próby samobójcze), nagłe zgony, upadki, etc. Ponadto, występowało o podjęcie przez świadczeniodawcę stosownych działań w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa hospitalizowanym pacjentom;
- 3) wystąpienia z wnioskiem o opracowanie regulaminu dotyczącego monitoringu pomieszczeń oddziału ze szczególnym uwzględnieniem okresu przechowywania zapisów z monitoringu, jak również kręgu osób upoważnionych do wglądu do nagrań;
- 4) wystąpienia dotyczące zaniechania wobec pacjentów stosowania „odpowiedzialności zbiorowej”;
- 5) wystąpienia o zaniechanie stosowania wszelkich „kar” oraz innych środków przymusu bezpośredniego, innych niż wskazano w ustawie *o ochronie zdrowia psychicznego*;
- 6) wystąpienia dotyczące nieprawidłowości w zakresie stosowanego wobec pacjenta środka przymusu bezpośredniego;
- 7) wystąpienia dotyczące stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej (w tym dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego);
- 8) wystąpienia dotyczące usunięcia wszelkich komunikatów (w tym list imiennych pacjentów) wywieszanych na tablicach informacyjnych oraz informacji zawartych w regulaminach oddziału, sprzecznych z *ustawą* oraz *ustawą o ochronie zdrowia psychicznego*;

- 9) udzielanie informacji w zakresie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności dotyczących systemu ochrony zdrowia oraz praw pacjenta;
- 10) formułowanie ustnych wniosków do lekarzy o podjęcie rozmowy z pacjentem, celem udzielenia stosownych informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- 11) występowanie do kadry zarządzającej podmiotów leczniczych o przeprowadzenie szkolenia w zakresie obowiązujących przepisów *ustawy* i *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*;
- 12) organizowanie spotkań informacyjno-edukacyjnych dla personelu oraz pacjentów i ich rodzin w zakresie ochrony praw pacjenta.

W wyniku przesyłanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego sygnałów dotyczących ww. naruszeń przepisów prawa, wynikających z *ustawy* i *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Rzecznik podejmował decyzje o zbadaniu sprawy na miejscu na podstawie art. 50 ust. 3 w zw. z art. 52 ust. 2 pkt 1 *ustawy*.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego w zakresie przestrzegania praw pacjenta, w protokole ze zbadania sprawy na miejscu formułowano zalecenia, celem wdrożenia ich przez świadczeniodawcę. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego na bieżąco monitorowali sposób realizacji przez podmioty lecznicze zaleceń pokontrolnych.

Efekty podjętych działań przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- 1) kadra medyczna, w wyniku interwencji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego często podejmowała na nowo dialog z pacjentem, w zakresie udzielenia pełnej i rzetelnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- 2) kadra zarządzająca przedstawiała plany dostosowawcze, w których wskazywano oddziały do modernizacji/remontu; sukcesywnie podejmowano działania w ww. zakresie;
- 3) w rocznych planach szkoleń ujęto tematykę ochrony praw pacjenta, wynikających z *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, w szczególności dotyczącą sposobu stosowania wobec pacjenta środka przymusu bezpośredniego. W wielu podmiotach leczniczych opracowano stosowne procedury;
- 4) w jednym ze szpitali dyrektor wydanym zarządzeniem zakazał stosowania przez personel kajdanek wobec dzieci;

- 5) w wielu podmiotach zaniechano wyznaczania granicy wieku dla osób odwiedzających pacjentów, hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych; w części oddziałów wydzielono pomieszczenie do odwiedzin;
- 6) kadra zarządzająca podejmowała działania w zakresie poprawienia jakości podawanych posiłków (zmieniała dostawcę posiłków);
- 7) w przypadkach, w których stwierdzono naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta, kadra zarządzająca podejmowała działania dyscyplinujące wobec personelu;
- 8) organizowano na terenie szpitali szkolenia w zakresie ochrony praw pacjenta, w tym sposobu stosowania i dokumentowania środka przymusu bezpośredniego. Często zapraszano do aktywnego udziału Rzecznika.

WNIOSKI

Prowadzenie przez Rzecznika postępowań wyjaśniających w zakresie naruszenia praw pacjenta stanowi jedno z podstawowych jego zadań. Ponadto, zgłaszane przez pacjentów trudności w zakresie realizacji ich praw pozyskane w ich toku stanowią istotne źródło informacji. Dokonując ich syntezy koniecznym jest podjęcie działań systemowych ukierunkowanych na zwiększenie ochrony w zakresie opieki okołoporodowej oraz skuteczniejszej realizacji praw reprodukcyjnych kobiet.

W tym celu Rzecznik rozszerzy współpracę m.in. z konsultantami wojewódzkimi oraz organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta. Dodatkowo Rzecznik zauważa również konieczność ściślejszej współpracy z jednostkami państwowej inspekcji sanitarnej, w kontekście realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom sanitarnym, oraz dokonaniu weryfikacji sposobu realizacji i skuteczności podejmowanych działań, w zakresie wdrożonych systemów zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych przez podmioty lecznicze wykonujące działalność w rodzaju świadczenia szpitalne.

Analizując pozyskane dane w zakresie liczby wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, które wpłynęły z wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w roku 2012, w tym szczególności mając na uwadze liczbę wniosków zwróconych, które stanowią 25% wszystkich złożonych wniosków, koniecznym jest podjęcie działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym na rzecz osób, które zdecydują się na dochodzenie roszczeń przed komisjami wojewódzkimi. W tym celu Rzecznik uznaje za konieczne przygotowanie informatora o skutecznym dochodzeniu roszczeń przed komisjami wojewódzkimi.

W kwestii ochrony zdrowia psychicznego, z analizy spraw rozpatrzonych w 2012 r. oraz sygnałów wpływających zarówno od środowiska psychiatrycznego, jak i od samych pacjentów i ich rodzin wynika, iż sytuacja w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w Polsce wymaga dalszego kontynuowania działań zarówno o charakterze systemowym, jak i weryfikujących przestrzeganie praw pacjentów ww. podmiotów leczniczych, w tym w ramach badania spraw na miejscu.

W związku z zakresem nieprawidłowości w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych, stwierdzonych w wyniku zbadania spraw na miejscu w latach 2011-2012, na rok 2013 zaplanowano rozpoczęcie przeprowadzenia powyższego działania w pozostałych podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w ww. rodzaju.

Ponadto, za najbardziej priorytetowe należy uznać przede wszystkim realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz zapewnienie osobom

z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej. Osiągnięcie powyższego nie jest możliwe bez rozwiązania problemów finansowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej oraz problemów kadrowych w dziedzinie psychiatrii w szczególności w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, a także w innych zawodach istotnych dla wyżej wskazanego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Tym samym, Rzecznik uznaje za wskazane podejmowanie oraz kontynuowanie działań, we wskazanym wyżej obszarze zidentyfikowanych zagrożeń w systemie ochrony zdrowia psychicznego wymagających naprawy.

Jednocześnie, analiza spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w okresie sprawozdawczym prowadzi do wniosku, iż zagadnieniem wymagającym podejmowania ciągłych działań systemowych jest również bezpieczeństwo pacjentów.

Mając na uwadze powyższe, w ramach kontynuowania zainicjowanej w 2011 r. ogólnopolskiej akcji na rzecz poprawy warunków hospitalizacji pacjentów Rzecznik wystąpi w 2013 r. do organów odpowiedzialnych za pełnienie nadzoru nad zapewnieniem bezpieczeństwa pobytu pacjentów (tj. Państwowej Straży Pożarnej, Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego, Głównego Inspektoratu Sanitarnego) o przekazanie informacji w zakresie wykonania przez podmioty lecznicze obowiązków nałożonych przez właściwe organy w toku przeprowadzonych kontroli.

Zasadnym wydaje się być również zgromadzenie szczegółowych danych na temat zdarzeń niepożądanych występujących w szpitalach psychiatrycznych, takich jak: samobójstwa, zachowania agresywne wobec innych osób (w wyniku których dochodzi do trwałego uszczerbku zdrowia), akty autoagresywne (w tym samookaleczenia), akty molestowania, ucieczki (w tym opuszczenie budynku przez okno, w wyniku których dochodzi do trwałych urazów ciała, podejmowanych skutecznych prób samobójczych), nagłe zgony, upadki, etc. Wychodząc naprzeciw poruszonej problematyce Rzecznik na początku 2013 r. zwrócił się do dyrektorów wszystkich podmiotów leczniczych, w których pełnią funkcję Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego o współpracę w zakresie poruszonej problematyki występowania zdarzeń niepożądanych.

Ponadto do zdarzeń niepożądanych dochodziło podczas stosowania instytucji przymusu bezpośredniego. W związku z powyższym, Rzecznik planuje podjęcie stosownych działań w zakresie rozważenia wydania zaleceń oraz instrukcji (ujednoliconego standardu) w zakresie przedmiotowego zagadnienia, w szczególności w obszarze tematyki komunikacji interpersonalnej z osobami będącymi w stanach naglących oraz z zakresu technik zastosowania środków przymusu bezpośredniego, uwzględniających ryzyka wystąpienia urazów u osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni.

Analiza zebranego materiału może przyczynić się do opracowania i wdrożenia przez szpitale psychiatryczne działań zmierzających do zminimalizowania częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych.

Wskazane w sprawozdaniu dane determinują również do ciągłego podejmowania działań o charakterze systemowym ukierunkowanych na szeroko rozumianą edukację w zakresie praw pacjenta.

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Liczba zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2011 oraz 2012	10
Wykres 2. Zgłoszenia skierowane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w 2012 r.	10
Wykres 3. Liczba zgłoszeń za pośrednictwem infolinii w 2011 r. oraz 2012 r.	13
Wykres 4. Podział podmiotów, których dotyczyły zgłoszenia na infolinii w 2011 r. i 2012 r.	13
Wykres 5. Rodzaj podejmowanych działań na podstawie zgłoszeń za pośrednictwem infolinii w 2011r. oraz w 2012 r.	14
Wykres 6. Liczba wizyt w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w roku 2011 oraz 2012	14
Wykres 7. Liczba wizyt u Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w latach 2011 oraz 2012	15
Wykres 8. Liczba spraw rozpatrzonych przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy w 2011 roku oraz w 2012 roku	17
Wykres 9. Wskazanie sposobu zakończenia postępowań prowadzonych na wniosek i z własnej inicjatywy Rzecznika w 2012 r.	18
Wykres 10. Wskazanie sposobu zakończenia postępowań prowadzonych na wniosek w 2012 r.	19
Wykres 11. Wskazanie sposobu zakończenia postępowań prowadzonych z własnej inicjatywy Rzecznika w 2012 r.	19
Wykres 12. Procentowy udział podmiotów, w działalności których stwierdzono naruszenia praw pacjenta	25
Wykres 13. Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy w 2012 r. - rozstrzygnięcia	27
Wykres 14. Podmioty lecznicze, w których sprawa była badana na miejscu	36
Wykres 15. Liczba postępowań prowadzonych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w latach 2011-2012	54
Wykres 16. Forma zakończenia postępowań prowadzonych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w 2012 r.	56
Wykres 17. Sposób rozpatrzenia spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami rejonowymi w latach 2011–2012	65
Wykres 18. Sposób rozpatrzenia spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami okręgowymi w latach 2011–2012	67
Wykres 19. Dane dotyczące formy zakończenia postępowań będących przedmiotem współpracy poszczególnych jednostek prokuratury z Rzecznikiem w 2012 r.	71
Wykres 20. Sposób rozpatrzenia złożonych do komisji wojewódzkich wniosków - stan na dzień 31 grudnia 2012 r.	131
Wykres 21. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2012 r.	132
Wykres 22. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2012 r., w tym liczba wniosków, które zostały zwrócone	133
Wykres 23. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2012 r., w tym liczba zakończonych postępowań	133
Wykres 24. Dynamika zatrudnienia Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w latach 2011-2012	136
Wykres 25. Liczba spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2011 i 2012r.	138

Wykres 26. Podział spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2012 r. (z uwzględnieniem formy zgłoszeń)	138
Wykres 27. Podział spraw ze względu na charakter i podstawę stwierdzonych naruszeń	139
Wykres 28. Skala naruszeń przepisów w zakresie praw pacjenta ogółem w 2012 r. w porównaniu z 2011 r.	139
Wykres 29. Naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta wynikające z ustawy <i>o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> w 2012 r.	156
Wykres 30. Stwierdzone naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta wynikające z ustawy <i>o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> w 2011 i w 2012 r.	157
Wykres 31. Prawa przysługujące pacjentowi zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego w trakcie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	160

SPIS TABEL

Tabela 1. Liczba spraw rozpatrzonych w 2012 r. przez Rzecznika w trybie art. 51 <i>ustawy</i>	17
Tabela 2. Liczba postępowań wyjaśniających prowadzonych w 2012 r. wraz z podziałem na poszczególne prawa	25
Tabela 3. Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy – sprawy zbadane na miejscu w 2012 r.	36
Tabela 4. Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy. Sprawy zbadane na miejscu – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych w 2012 r.	37
Tabela 5. Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy. Sprawy zbadane na miejscu – w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w 2012 r.	39
Tabela 6. Naruszenia praw pacjenta do informacji. Sprawy zbadane na miejscu – podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 2012 r.	41
Tabela 7. Dane dotyczące spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami rejonowymi w latach 2011–2012	66
Tabela 8. Dane dotyczące pozwanych w sprawach o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami rejonowymi w latach 2011–2012	66
Tabela 9. Dane dotyczące spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami okręgowymi w latach 2011–2012	68
Tabela 10. Dane dotyczące pozwanych w sprawach o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, prowadzonych przed sądami okręgowymi w latach 2011–2012	68
Tabela 11. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi w 2012 r.	117
Tabela 12. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi w 2012 r. w sprawach indywidualnych	118
Tabela 13. Inicjatywy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych objęte honorowym patronatem przez Rzecznika Praw Pacjenta w 2012 r.	119
Tabela 14. Dane statystyczne przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na poszczególne prawa pacjenta w 2012 r.	123
Tabela 15. Naruszenia przepisów w zakresie praw pacjenta w trakcie hospitalizacji w 2012 r.	163

SPIS MAP

Mapa 1. Wpływ sygnałów telefonicznych za pośrednictwem infolinii z podziałem na województwa w 2012 r.	12
Mapa 2. Procentowe ujęcie postępowań, w których stwierdzono naruszenie praw pacjenta w podziale na województwa	26
Mapa 3. Liczba spraw zbadanych na miejscu w latach 2011-2012 w poszczególnych województwach	35
Mapa 4. Liczba podmiotów leczniczych, których dotyczyły prowadzone postępowania o zbiorowe naruszenie praw pacjentów w 2012 r. według województw	57
Mapa 5. Liczba Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w poszczególnych województwach w 2012 r.	137

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w latach 2011–2012 – sądy rejonowe	61
Rysunek 2. Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w latach 2011-2012 - sądy okręgowe	62
Rysunek 3. Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011, 2012 – sądy okręgowe	63
Rysunek 4. Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011, 2012 – sądy rejonowe	64
Rysunek 5. Plakat – konferencja „Seniorzy w systemie ochrony zdrowia”	87