

RAPORT

**O korespondencji i kontaktach
między Rzecznikiem Praw Obywatelskich
i Ministrem Zdrowia
w sprawie przestrzegania praw obywateli
do ochrony zdrowia
w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009**

BIAŁA KSIĘGA



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

RAPORT

O korespondencji i kontaktach
między Rzecznikiem Praw Obywatelskich
i Ministrem Zdrowia
w sprawie przestrzegania praw obywateli
do ochrony zdrowia
w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009

BIAŁA KSIĘGA

Warszawa, czerwiec 2009

**BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2009, nr 4
ŹRÓDŁA**

**RAPORT o korespondencji i kontaktach
między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia
w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia
w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009
BIAŁA KSIĘGA**

Komitet Redakcyjny Biuletynów RPO

Redaktor Naczelny:

Prof. dr hab. Marek Zubik

Członkowie Komitetu:

- Prof. dr hab. Andrzej Blikle
- Prof. dr hab. Stefan Jackowski
- Ks. Prof. dr hab. Franciszek Longchamps de Bérier
- Prof. dr hab. Cezary Mik
- Prof. dr hab. Lech Morawski
- Prof. dr hab. Grażyna Skąpska
- Prof. dr hab. Zbigniew Stawrowski
- Prof. dr hab. Janusz Szymborski
- Prof. dr hab. Jerzy Zajadło

Redakcja naukowa:

Prof. dr hab. Janusz Szymborski

Tłumaczenie na j. angielski:

Tadeusz Z. Wolański

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
www.rpo.gov.pl

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa 2009

Skrót do cytowania Biuletyn RPO. Źródła 2009, nr 4
--

ISSN 0860-7958

Oddano do składu w maju 2009 r.

Podpisano do druku w czerwcu 2009 r.

Opracowanie graficzne, DTP, korekta, druk i oprawa:
Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak
www.grzeg.com.pl

Spis treści

Nota redakcyjna	5
Rozdział I Uwagi na temat stanu przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia	7
1.1. Główne przesłanki i cele opracowania Raportu	7
1.2. Zasadnicze problemy i naruszenia praw obywateli do ochrony zdrowia	9
1.3. W jaki sposób władze publiczne mogą wykorzystać ten dokument?	41
Rozdział II Wystąpienia do Ministra Zdrowia	43
2.1. Reforma systemu ochrony zdrowia	43
2.2. Szczegółowe problemy legislacyjne w ochronie zdrowia i prawa pacjenta	82
2.2.1. Dostęp do świadczeń, leków i sprzętu medycznego	82
2.2.2. Ratownictwo medyczne; monitorowanie wypadków i urazów	178
2.2.3. Zapobieganie i zwalczanie przemocy i uzależnień	216
2.2.4. Poszanowanie godności, dostęp do dokumentacji i informacji	264
2.2.5. Przeciwdziałanie dyskryminacji	311
2.3. Opieka nad matką i dzieckiem	357
2.3.1. Opieka okołoporodowa; Karta Praw Kobiety Rodzącej	357
2.3.2. Dostęp do leków i świadczeń	410
2.3.3. Medycyna szkolna; Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej	473
2.3.4. Domowa opieka paliatywno-hospicyjna; Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu	514
2.4. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi i ludźmi starszymi	534
2.4.1. Dostęp do świadczeń i leków	534
2.4.2. Opieka paliatywno-hospicyjna; zwalczanie bólu przewlekłego	595
2.5. Zakażenia i choroby zakaźne	630
2.5.1. Zakażenia szpitalne; sepsa; szczepienia ochronne	630

2.5.2. Biegunki; choroby przenoszone drogą płciową; gruźlica	674
2.6. Sprawy personelu medycznego	723
2.6.1. Migracje zarobkowe i uprawnienia pracownicze	723
2.6.2. System kształcenia	776
2.6.3. Odpowiedzialność zawodowa	802
Rozdział III. Zestawienie rezultatów wystąpień w sprawach ochrony zdrowia	833
REPORT on the correspondence and contacts between the Commissioner for Civil Rights Protection and the minister for health in the matter of the observation of the rights of citizens to health care in the period from 14 february 2006 to 30 april 2009	
WHITE PAPER	835
Contents	837
Summary	839
Wykaz sygnatur spraw RPO	843

NOTA REDAKCYJNA

Białą Księgę otwiera rozdział prezentujący uwagi Rzecznika Praw Obywatelskich na temat stanu przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia. Na podstawie własnych analiz, skarg i wniosków obywateli oraz doniesień medialnych, jak również ocen zawartych w dostępnych raportach i opiniach środowiska medycznego, Rzecznik występował do Ministra Zdrowia o udzielenie informacji, ustosunkowanie się do podniesionych problemów bądź podjęcie działań zaradczych. Analiza odpowiedzi Ministra Zdrowia oraz uwzględnienie danych z monitoringu sytuacji w ochronie zdrowia pozwoliły na zobiektywizowanie oceny stanu przestrzegania praw obywateli, jak również zaproponowanie rekomendacji dotyczących poprawy sytuacji pacjentów.

Zasadniczą częścią opracowania jest rozdział zawierający pełną dokumentację korespondencji Rzecznika z Ministrem Zdrowia. Ze względów redakcyjnych księga nie obejmuje korespondencji pomiędzy Zespołami Biura Rzecznika Praw Obywatelskich a Departamentami Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia i Głównym Inspektoratem Sanitarnym. Z analogicznych przyczyn przyjęto formułę raczej tematycznego a nie wyłącznie chronologicznego prezentowania korespondencji. Zamieszczono natomiast oświadczenia, komunikaty, wnioski z opracowań Rzecznika oraz streszczenia wystąpień do Trybunału Konstytucyjnego ściśle wiążących się z treścią korespondencji przekazywanej do Ministerstwa Zdrowia. Ze względów redakcyjno-technicznych odręczne akapity oraz treści pieczętek w pismach Ministerstwa Zdrowia zostały zapisane w formie drukowanej.

Zakres spraw obejmuje różnorodne aspekty ochrony zdrowia, zarówno o wymiarze systemowym, jak i indywidualnym. Wspólną cechą podejmowanych przez Rzecznika spraw jest ich odniesienie do praw człowieka jako pacjenta, jako podmiotu systemu ochrony zdrowia i zdrowotnej polityki publicznej. Takie podejście sprawia, że w zdecydowanej większości wystąpienia Rzecznika do Ministra Zdrowia zawierają pogłębioną analizę prawną i merytoryczną spraw z wykorzystaniem wielu materiałów źródłowych.

Korespondencja została podzielona na sześć grup tematycznych, z których dwie dotyczą reformy systemu ochrony zdrowia oraz szczegółowych

problemów legislacyjnych, wiążących się z prawami pacjenta. W okresie ostatnich trzech lat problematyka ta budziła żywe zainteresowanie opinii publicznej, a trwający od lat brak systemowych rozwiązań reformatorskich doprowadził do głębokiej dysfunkcji w ochronie zdrowia i zagroził bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli.

Trzy podrozdziały odnoszą się bezpośrednio do problemów i trudności jakich doświadczają obywatele korzystający z opieki zdrowotnej.

Ze szczególną jaskrawością skutki niedostatków w polityce zdrowotnej państwa uwidoczniły się w systemie opieki nad matką i dzieckiem. Dotyczy to zwłaszcza dwóch kategorii wiekowych: dzieci rozpoczynających życie oraz dzieci i młodzieży szkolnej. Świadczą o tym opracowania przekazane do Ministerstwa Zdrowia: Karta Praw Kobiety Rodzącej; Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole; Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu.

Podrozdział poświęcony problemom dotyczącym ochrony zdrowia osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i ludzi starszych obejmuje wystąpienia w sprawach: dostępu do leków, świadczeń diagnostyczno-leczniczych i sprzętu rehabilitacyjnego; chorób przewlekłych i opieki paliatywno-hospicyjnej; bezpieczeństwa w placówkach ochrony zdrowia.

Podrozdział „Zakażenia i choroby zakaźne” zawiera korespondencję odnoszącą się do sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju.

Część Raportu dotycząca personelu medycznego obejmuje szerokie spektrum zagadnień, m.in. migracji zarobkowej, spraw pracowniczych i odpowiedzialności zawodowej.

Białą Księgę zamyka zestawienie rezultatów wystąpień Rzecznika w sprawach ochrony zdrowia.

/-/ prof. Janusz Szymborski

ROZDZIAŁ I

UWAGI NA TEMAT STANU PRZESTRZEGANIA PRAW OBYWATELI DO OCHRONY ZDROWIA

I. Uwagi Rzecznika Praw Obywatelskich o stanie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w świetle dokumentów „Białej księgi”

1.1. Główne przesłanki i cele opracowania Raportu

Prawo do ochrony zdrowia należy do podstawowych praw człowieka i jest chronione przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej. W art. 68 gwarantuje ona zarówno prawo do ochrony zdrowia, jak i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym.

Publikacja niniejszego raportu ma na celu prezentację całokształtu kontaktów pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, będącym centralnym organem odpowiedzialnym za politykę zdrowotną państwa a Rzecznikiem Praw Obywatelskich, instytucją powołaną do ochrony praw człowieka, w tym prawa do ochrony zdrowia i praw pacjenta.

Dodatkową przesłanką mojego szczególnego zainteresowania obszarem bezpieczeństwa zdrowotnego jest pogłębiający się w Polsce kryzys systemu ochrony zdrowia i wynikający z niego brak właściwych warunków do realizacji konstytucyjnych praw obywateli.

Warto podkreślić, że bezpieczeństwo zdrowotne jest również strategicznym priorytetem Unii Europejskiej. Złożyło się na to szereg przyczyn, m.in.

- zmiany demograficzne, które w skutek starzenia się społeczeństw podnoszą koszty leczenia, zagrażając równowadze unijnych systemów zdrowotnych;

- zmiany warunków środowiska fizycznego (np. klimat) i społecznego (np. nierówności społeczne, migracje) które przyczyniają się do zwiększe-

nia ryzyka występowania katastrof naturalnych oraz zagrożeń epidemicznych;

– rozwój nowych technologii wykorzystywanych w celu promocji zdrowia, zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym i leczenia chorób.

Strategia Komisji Europejskiej przyjęta na lata 2008– 2013 obejmuje trzy główne zadania: propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie; ochronę obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia; monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii. Podstawowym założeniem tej strategii jest równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, tak aby każdy, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność, w razie poczucia zagrożenia zdrowia mógł skorzystać z odpowiedniej opieki.

Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności naszego kraju, należy mieć na uwadze fakt, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako odsetek PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Przy czym udział wydatków na hospitalizację – w wydatkach na ochronę zdrowia – jest niższy niż w większości krajów UE, ale poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na leki jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Oczywiście zdajemy sobie sprawę z wysiłku, jaki podejmują w celu realizacji prawa obywateli do ochrony zdrowia różne instytucje publiczne, w tym zwłaszcza Ministerstwo Zdrowia i podległe mu jednostki, jak również samorządy. Wydaje się jednak, że w kwestii równego dostępu do ochrony zdrowia mamy nadal sporo do zrobienia – stan faktyczny jest wciąż więcej niż niezadowolający. Nietrudno zauważyć, że w tej sferze brakuje nam dalekosiężnej strategii, a cząstkowe reformy są nieskoordynowane i mało efektywne.

Wyzwania współczesności, takie jak chociażby przewidywany rozwój procesów demograficznych, nie pozwalają nam na bierność. Za dzisiejsze zaniechania przyjdzie nam zapłacić w przyszłości, obawiam się, że cenę wyższą niż się możemy spodziewać. Dlatego też istnieje paląca potrzeba inicjowania debaty publicznej w wielu podstawowych kwestiach ochrony zdrowia. Powinniśmy się zastanawiać nie tylko nad tym, jak wyjść z obecnego kryzysu, ale przede wszystkim, jak zadbać o zdrowie każdego obywatela. Ważną rolę mają do odegrania systemowe działania w zakresie nowoczesnej promocji zdrowia, efektywnej profilaktyki zagrożeń i chorób oraz możliwie najpełniejszej restytucji zdrowia. Mam nadzieję, że zebrane w Raporcie dokumenty będą stanowiły inspirację dla takich działań.

1.2. Zasadnicze problemy i naruszenia praw obywateli do ochrony zdrowia

Trudności w reformowaniu systemu ochrony zdrowia

Od początku sprawowania funkcji Rzecznika było dla mnie oczywiste, że możliwość realnego rozwiązania istniejących problemów w obszarze ochrony zdrowia zależy od podjęcia merytorycznej debaty publicznej i od uzgodnienia warunków ustanowienia nowego systemu ochrony zdrowia (SOZ). W celu włączenia się do tej debaty powołałem zespół ekspertów, którzy opracowali podstawowe założenia SOZ. Wyniki działalności zespołu zostały przedstawione opinii publicznej podczas trzech debat w drugiej połowie 2007 roku.

Zaproponowane kierunki zmian systemowych uwzględniały:

- wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie;

- obowiązkową partycypację obywateli w systemie ochrony zdrowia,
- zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz koszyka świadczeń ponadstandardowych wymagających współfinansowania, zawierających procedury i ich wyliczenia;

- skonstruowanie trójfilarego systemu obejmującego świadczenia gwarantowane, otrzymywane w ramach składki na zdrowotne ubezpieczenie obowiązkowe, świadczenia spoza zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach składki obowiązkowej, finansowane bezpośrednio lub z ubezpieczenia dodatkowego oraz pozostałe świadczenia, w całości finansowane bezpośrednio lub dzięki ubezpieczeniu komercyjnemu;

- wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, gwarantujących dostęp do szerszego zakresu świadczeń;

- wprowadzenie konkurencji między płatnikami, publicznymi i prywatnymi, w obszarze świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych;

- wprowadzenie standardów procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali oraz wyznaczenie sieci szpitali odpowiednio do rodzaju i jakości wykonywanych świadczeń medycznych;

- wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach;

- uporządkowanie przepisów prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia;

- etapowe wprowadzanie nowych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych.

Dzięki opiniom i uwagom przedstawionym przez środowiska medyczne, pracownicze i polityczne odnośnie do nowego systemu ochrony zdrowia, dokument został wzbogacony o istotne treści, a dzięki środowisku dziennikarskiemu i prezentacji programu w różnych mediach, podjęte przeze mnie prace nad budową docelowego systemu opieki zdrowotnej zostały przyjęte z aprobatą i nadzieją przez opinię publiczną.

Z pracami programowymi współgrały podejmowane przeze mnie wysiłki na rzecz wprowadzenia konkretnych zmian legislacyjnych, warunkujących powodzenie reform. W mojej ocenie wyłączenie rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu z ponoszenia ciężarów składki na ubezpieczenie zdrowotne – pomimo wykazywania dochodowej zdolności płatniczej – nie znajdowało racjonalnego uzasadnienia. W zasadach finansowania kosztów opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne wyodrębnione zostały dwie grupy osób podlegających powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Pierwsza z nich, nie wykazując zdolności płatniczej, korzysta z ubezpieczenia na zasadzie równości, bez odpowiedniego udziału w formie składki w kosztach finansowania publicznej opieki zdrowotnej. Druga grupa, która osiąga dochody z racji prowadzonej działalności zarobkowej, zobowiązana jest do opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne z własnych środków, przy czym ich dochód „opodatowany” jest w formie składki bez istotnych ograniczeń.

Rolnicy podlegający ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z tytułu prowadzenia działalności rolniczych na gruntach rolnych zostali wyłączeni przez ustawodawcę z ponoszenia ciężaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, choć zapewne – w różnym stopniu – wykazują dochodową zdolność płatniczą z racji prowadzenia tej działalności. Wobec powyższego w dniu 12 listopada 2007 r. skierowany został wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją zasad finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników.

W lutym 2008 roku miałem możliwość, wraz z grupą ekspertów, przedstawienia Pani Minister Zdrowia uwag co do reformy SOZ oraz poszerzonych informacji dotyczących założeń projektu reformy. W marcu tego samego roku uczestniczyłem, także wraz ze współpracownikami, w pracach Białego Szczytu przedstawiając konstruktywne propozycje rozwiązań.

Niestety w kolejnych miesiącach debata publiczna zaczęła zanikać. Moje wystąpienie z kwietnia 2008 r. w sprawie udzielenia przez resort informacji o stanie prac nad fundamentalną dla reformy kwestią koszyka świadczeń gwarantowanych, doczekało się, po upływie ponad 4. miesięcy, lakonicznej odpowiedzi Podsekretarza Stanu.

Jeszcze 24 czerwca 2008 r., organizując seminarium poświęcone prywatnym ubezpieczeniom w systemie ochrony zdrowia i koszykowi gwarantowanych świadczeń medycznych, usiłowałem ożywić dialog z resortem zdrowia w sprawie reformy SOZ. Zwróciłem wówczas po raz kolejny uwagę na **potrzebę debaty merytorycznej** o poszczególnych elementach stanowiących podstawę nowego systemu. Wyraziłem także wątpliwości, czy wykorzystywane są zalecenia opracowane w trakcie Białego Szczytu i czy strona społeczna ma rzeczywisty wpływ na projekty reformy.

Obawy te znalazły potwierdzenie, gdy umownie zwane „pakietem ustaw zdrowotnych”, poselskie projekty ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, o przepisach wprowadzających ustawy z zakresu ochrony zdrowia poselskim projekcie, o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, o akredytacji w ochronie zdrowia, o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia – zostały zaprezentowane w Parlamencie. W grudniu 2008 r. Sejm nie odrzucił weta Prezydenta zgłoszonego do pierwszych trzech z wymienionych sześciu ustaw, które przewidywały m.in. obligatoryjne przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

W proponowanych rozwiązaniach trudno było się jednak doszukać wyraźnego związku z wynikami debaty społecznej i postulatami zespołu ekspertów Rzecznika.

Brak spójnej polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym utrudnia realizację zadań na wszystkich szczeblach administracji publicznej. Ostatnia informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego w województwie łódzkim (marzec 2009 r., Nr: 166/2008/P/08/146/LLO) dowodzi, że realizacja opracowanej przez samorząd województwa strategii podniesienia stanu zdrowotności mieszkańców, m.in. poprzez zwiększenie dostępu do lecznictwa szpitalnego, jest utrudniona w wyniku braku stabilnej koncepcji funkcjonowania lecznictwa szpitalnego w kraju. Okazało się, że przeprowadzane w ostatnich latach działania mające na celu usprawnienie m.in. lecznictwa szpitalnego (ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z kwietnia 2005 r.) oraz poprawę warunków płacowych jej pracowników (ustawa o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń z lipca 2006 r.), nie wpłynęły zasadniczo na sytuację ekonomiczną szpitali i podniesienie standardów udzielanych świadczeń. Zmniejszenie zadłużenia szpitali spowodowane zostało jednorazowymi rezultatami restrukturyzacji finansowej w posta-

ci umorzenia niektórych zobowiązań i udzielenia innych form pomocy publicznej. Na niewielkie efekty procesów restrukturyzacyjnych wpłynęły także nierealne planowanie i nierzetelna realizacja przyjętych w programach restrukturyzacyjnych zadań naprawczych. Zdaniem NIK, potwierdza to powszechną opinię o potrzebie głębokiego zreformowania systemu funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego, co wymaga wypracowania przez Ministra Zdrowia stabilnej koncepcji jego funkcjonowania, uwzględniającej m.in. wyposażenie jednostek samorządu terytorialnego, współodpowiedzialnych ustawowo za zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w możliwości finansowe pozwalające na efektywną realizację tego obowiązku.

Z ustaleń kontroli NIK wynika, że w 37% szpitali samorządowych nie opracowano procedur przyjmowania pacjentów, w 30% zasad postępowania w nagłych wypadkach, a w co 5. placówce nie dokonywano regularnych ocen przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów, zgonów, reoperacji i zdarzeń niepożądanych, co zostało ocenione negatywnie pod względem rzetelności. NIK wydała także negatywną ocenę – pod względem legalności – w sprawie przestrzegania przez skontrolowane szpitale samorządowe obowiązujących wymagań w zakresie ochrony przeciwpożarowej obiektów i pomieszczeń szpitalnych oraz prawa budowlanego. Szpitale nie spełniały także wymogów fachowych i sanitarnych ustalonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. W opinii NIK, niskie zaawansowanie prac nad dostosowaniem tych szpitali do powyższych standardów, spowodowane brakiem środków finansowych, stwarza realne zagrożenie niedotrzymania terminu ich zakończenia, wyznaczonego w powołanym rozporządzeniu na 31 grudnia 2012 r. Skala stwierdzonych w kontrolowanych placówkach szpitalnych nieprawidłowości, wskazujących zwłaszcza na niską jakość zarządzania, a nawet na działalność wbrew interesom ekonomicznym szpitali – stanowi podstawę negatywnej oceny pod względem rzetelności i legalności sprawowanego nad nimi nadzoru przez jednostki samorządu terytorialnego. Brak kompletności sprawozdań o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wskazuje na niską skuteczność i niewielki zakres działań kontrolnych prowadzonych przez NFZ. Nierzetelnie wywiązywali się z obowiązków konsultanci wojewódzcy.

W mojej opinii powyższe wnioski z ustaleń kontroli NIK mogą być odniesione do sytuacji w całym kraju i powinny być brane pod uwagę w debacie nad możliwościami samorządów terytorialnych w ponoszeniu zwiększonej odpowiedzialności za funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia oraz nad wspierającą i nadzorczą rolę władz centralnych.

Także w dokumencie „Podsumowanie 500 dni pracy Rządu Donalda Tuska i koalicji PO-PSL” (17.04.2009) znalazło się stwierdzenie, że pomimo znacznego zwiększenia w ostatnich latach środków przeznaczanych na ochronę zdrowia zadłużenie jednostek ochrony zdrowia nie zmniejszyło się w sposób znaczący. Dodatkowo, światowy kryzys gospodarczy, którego jednym z efektów w Polsce może być zmniejszenie środków finansowych wpływających do Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, może uniemożliwić dalszy dynamiczny wzrost tych nakładów w 2009 r. W związku z tą sytuacją, szczególnie istotne staje się wprowadzenie zmian, które poprawią sposób zarządzania w sektorze ochrony zdrowia. Oczekuje się, że efektywność dalszych systemowych zmian (m.in. wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, reforma płatnika, wycena technologii medycznych, wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych) uwarunkowana jest poprawą sytuacji organizacyjno – ekonomicznej świadczeniodawców, czemu ma służyć zaakceptowany przez rząd projekt uchwały pod nazwą: „Program wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Zmiana formy organizacji prawnej ma umożliwić poprawę zarządzania szpitali oraz skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi i procedury medyczne.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich, także praw pacjentów, chciałbym mieć nadzieję na powodzenie tych przedsięwzięć. Równocześnie, mając na uwadze dotychczasowe, kilkunastoletnie doświadczenia w podejmowanych przez kolejne rządy próbach reform systemowych, wydaje się, że jak w poprzednich latach, tak i dziś, uzasadniona może być obawa, iż reformowanie systemu ochrony zdrowia „drogą na skróty” może nie przynieść oczekiwanych efektów. Realizacja praw pacjenta bez wyraźnego określenia zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – koszyka świadczeń gwarantowanych, jest znacznie utrudniona. Dopiero jego przyjęcie umożliwiłoby otwarcie kolejnych etapów niezbędnych zmian. Odwracanie kolejności poprzez rozpoczynanie reform od przekształceń własnościowych może nie wydać owoców z pożytkiem dla pacjenta, zgodnie z oczekiwaniami pracowników ochrony zdrowia i na miarę interesu ogółu społeczeństwa.

Wydaje się, że dziś znajdujemy się po raz kolejny w punkcie wyjścia. Początku obecnych trudności można doszukiwać się w przyjętych w 1997 i realizowanych od 1998 roku błędnych założeniach zmian systemu organizacji i finansowania ochrony zdrowia z systemu budżetowego na system składkowo-ubezpieczeniowy. zasadniczych. Pierwotną przyczyną obecnej sytuacji szpitalnictwa i nieskuteczności kolejnych prób działań napraw-

czych był i pozostaje niedostatek środków, zaniżanie przez płatnika wyceny kontraktów na świadczenia szpitalne w stosunku do rzeczywistych kosztów funkcjonowania szpitali. Koszty te są generowane nie tylko przez złe zarządzanie ale w wielu przypadkach przez uwarunkowania zewnętrzne, np. rosnące koszty leków, energii, obsługi zadłużenia, wynagrodzeń pracowniczych.

Te wszystkie uwarunkowania zostały wzięte pod uwagę zarówno w moim wystąpieniu w debacie sejmowej w dniu 7 czerwca 2006 roku, jak i w przedłożonych Ministrom Zdrowia założeniach reformy opracowanych przez zespół ekspertów. Oferta udziału Rzecznika w dziele rzeczywistego reformowania systemu ochrony zdrowia pozostaje aktualna.

Niedowład legislacyjno-organizacyjny instytucji systemu ochrony zdrowia

Rozdział pt. *Szczegółowe problemy legislacyjne w ochronie zdrowia i prawa pacjenta* zawiera dokumentację moich kontaktów z Ministerstwem Zdrowia w sprawach poprawy jakości przepisów prawa związanych z ochroną zdrowia obywateli. Poniżej przedstawiono przykładowe przejawy niedowładu legislacyjno-organizacyjnego instytucji systemu ochrony zdrowia przyczyniającego się do utrudnienia dostępu obywateli do świadczeń, leków i sprzętu medycznego, problemów z funkcjonowaniem ratownictwa medycznego, zapobieganiem i zwalczaniem urazów, przemocy i uzależnień, a także do naruszania praw pacjentów do poszanowania godności, dostępu do dokumentacji i informacji, oraz przeciwdziałania dyskryminacji. Problemy legislacyjno-organizacyjne stanowią ponadto podłoże wielu trudności w opiece nad matką i dzieckiem oraz w opiece nad osobami przewlekle chorymi, a także rzutują na pogorszenie sytuacji epidemiologicznej zakażeń i chorób zakaźnych.

Niezadowolająca jakość prac legislacyjnych utrudniająca opiekę medyczną

Od sierpnia 2007 r. prowadzę korespondencję z Ministerstwem w sprawie odmowy osobie niepełnosprawnej refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia wózka inwalidzkiego aluminiowego (lekkiego) z systemem szybkiego demontażu kół. Ten jednostkowy przykład ujawnił konieczność zmiany rozporządzenia MZ, którego przepisy wskutek nieprecyzyjnego pojęcia osób samodzielnie poruszających się na wózku – „czynnych zawodowo”, powodują ograniczenie dostępu osobom niepełnosprawnym przy ubieganiu się o tego rodzaju zaopatrzenie.

Z otrzymanego w tej materii wyjaśnienia ówczesnego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia wynikało, że „problem braku spójności zapisów

powołanych rozporządzeń został zidentyfikowany w Ministerstwie Zdrowia i trwają intensywne prace nad opracowaniem założeń dotyczących przepisów w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w ramach utworzonego w Ministerstwie Zdrowia roboczego zespołu ekspertów”. Według kolejnego zapewnienia Ministerstwa ze stycznia 2008 „zostały podjęte dynamiczne prace nad stworzeniem przejrzystego systemu dostępu świadczeniobiorców do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze”. Okazuje się jednak, że uprzednia „intensywność” i obecna „dynamika” działań resortu nie przekładają się na razie na dobro osób niepełnosprawnych – w październiku 2008 zostałem poinformowany, że „w dalszym ciągu trwają prace nad projektem rozporządzenia” a w grudniu tegoż roku, że „wersja rozporządzenia nie jest jeszcze wersją ostateczną”.

Mimo zapewnień resortu nie usunięto także błędu pisarskiego z art. 63c ust. 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, który dotyczy zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Od wielu miesięcy trwa korespondencja dotycząca opracowania medycznych standardów przeprowadzania badań kodu genetycznego DNA w sprawach cywilnych. Celem moich działań jest doprowadzenie do stworzenia regulacji wykonawczej, wprowadzającej techniczne i medyczne standardy wykonywania badań kodu genetycznego uniemożliwiające manipulacje np. przy pobieraniu, oznaczaniu i magazynowaniu próbek. Z tego właśnie powodu zwracałem się do Ministerstwa Zdrowia, organu właściwego w sprawie przygotowania projektu stosownego aktu wykonawczego. Właściwość ta została potwierdzona na spotkaniu roboczym przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia w listopadzie 2007 r. Tymczasem w piśmie października 2008 Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia poinformował, że „Ministerstwo Zdrowia dostrzega potrzebę uregulowania technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA”, jednak „inicjatywa wprowadzenia stosownych przepisów regulujących wykorzystanie badań DNA w sprawach cywilnych należy do Ministra Sprawiedliwości”.

Podjęty przeze mnie jeszcze w styczniu 2007 r. problem niedożywienia pacjentów w szpitalach publicznych nie został dotąd przez resort rozwiązany. Fakt, że jest to nadal problem realny, znalazł potwierdzenie w ustaleniach kontroli NIK (Nr 9/2009/P08141/LKR, marzec 2009 r.). Zdaniem NIK pacjenci kontrolowanych szpitali publicznych nie są właściwie odżywiani. W co drugim szpitalu wartość kaloryczna posiłków oparta była na niewłaściwie zbilansowanych składnikach, we wszyst-

kich jadłospisy były sporządzane nierzetelnie, gdyż nie zapewniały odpowiedniej wartości odżywczej posiłków oraz właściwego udziału warzyw i owoców. W diecie stwierdzono też niedobory produktów zbożowych i nabiału, stosowanie wędlin niskiej jakości, a także nadużywanie soli. Nadzór służb szpitali nad żywieniem pacjentów był nierzetelny, stan profilaktyki żywieniowej w szpitalach należy uznać za niezadowalającą. Stan bloków żywienia w szpitalach był niedostateczny a ocena realizacji programów dostosowawczych w kontrolowanych szpitalach wskazuje, że inwestycje w tym zakresie nie zostaną zakończone do końca 2012 r.

Niedostatki regulacji prawnych w zakresie ratownictwa medycznego oraz w prewencji zagrożeń życia i zdrowia ludzi

W kwietniu 2006 roku, w związku z katastrofą na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich, przedstawiłem ówczesnemu Premierowi uwagi na temat potrzeby poszukiwania rozwiązań systemowych dotyczących zapobiegania katastrofom budowlanym oraz usprawniających działania ratownicze. Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynikało, że tragedia katowicka w znacznym stopniu przyczyniła się do przyśpieszenia prac nad nową ustawą o ratownictwie medycznym, która zawierać będzie szereg uregulowań, usprawniających akcje ratownicze w zdarzeniach masowych oraz przyczyni się do poprawy organizacji i podniesienia standardu pomocy medycznej niesionej ofiarom katastrof. Po upływie roku, już w okresie obowiązywania nowej ustawy, zwróciłem się do Ministerstwa Zdrowia w związku doniesieniami medialnymi na temat trudności w zapewnieniu osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, odpowiedniego dostępu do szpitalnych oddziałów ratunkowych o zabezpieczenie właściwego finansowania i kadry specjalistów tych oddziałów. Zostałem poinformowany, że w Centrali NFZ trwają prace zespołu roboczego nad zmianą koncepcji finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez korelację wysokości ryczałtu dobowego z liczbą udzielonych świadczeń oraz ciężkością stanu zdrowia pacjentów.

10 kwietnia 2009 r. w wystąpieniu do Ministerstwa przekazałem stanowisko środowiska naukowego odnośnie do niedoceniającego najważniejszego ogniwa systemu ratownictwa, jakim są szpitalne oddziały ratunkowe, dla których na 2009 rok NFZ przewidział ok. 470 mln zł., tj. ok. 1/3 ich rzeczywistych kosztów. Jednocześnie zdaniem towarzystwa naukowego prace nad zmianami ustawowymi są przewlekane i nie uwzględnia się w nich postulatów specjalistów medycyny ratunkowej w sprawie konieczności przygotowania szpitali do zabezpieczenia medycznego katastrofy lub zdarzenia masowego, uregulowania w sposób jednoznaczny zasad orga-

nizacji i funkcjonowania Centrów Powiadamiania Ratunkowego, a także jakości kształcenia ratowników medycznych. Z przeprowadzonej przez moje Biuro analizy wynika ponadto, że potrzebne są zmiany przepisów w kierunku uwzględnienia specyficznych problemów ratownictwa w odniesieniu do dzieci.

Istotnym elementem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w krajach UE jest system monitorowania wypadków konsumenckich. W wyniku badania sprawy przez Biuro RPO ustalono, iż w Polsce zorganizowano wprowadzić sieć zakładów opieki zdrowotnej – po jednym na województwo, które rejestrują wypadki mające cechy wypadków konsumenckich i przekazują informacje o okolicznościach tych wypadków administratorowi systemu w Ministerstwie Zdrowia. Równocześnie jednak Ministerstwo stwierdza wprost, że zasięg działania systemu monitorowania nie daje podstaw do analiz i ocen epidemiologicznych skali zagrożenia wypadkami konsumenckimi, zaś ograniczenia wynikają nie tylko z podstaw prawnych systemu, ale także z uwarunkowań ekonomicznych – w obecnych warunkach nie jest możliwe opłacenie ankietów we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, do których mogą zgłaszać się osoby poszkodowane w wypadkach, a informacje z 16 wybranych ośrodków nie upoważniają do uogólnionych ocen epidemiologicznych. W świetle powyższych ustaleń można wątpić w sens funkcjonowania systemu w takim kształcie jak obecnie. Skoro bowiem nie jest możliwe wyciągnięcie wiążących wniosków, cele i funkcje istnienia monitoringu w tym zakresie wydają się nie być spełniane. Taka sytuacja jest bardzo niepokojąca z uwagi na fakt, iż w świetle przepisów z tego zakresu, przede wszystkim unijnych, system ma na celu nie tylko prowadzenie określonych statystyk, ale również zapobieganie szeroko rozumianym wypadkom konsumenckim, czego obecny, ułomny system nie spełnia.

Inny mój postulat dotyczący konieczności powstania centralnego rejestru urazów dzieci uwzględniającego informacje zarówno o urazach niezamierzonych, jak i zamierzonych, m.in. urazach wynikających z przestępstw wobec dzieci, również nie zyskał przychylności Ministerstwa Zdrowia. W Polsce nie ma, i – jak wynika ze stanowiska resortu – nie będzie ogólnokrajowego rejestru urazów, który pozwoliłby lepiej planować leczenie i rzetelnie ocenić problem. Wydaje się, że resort ogranicza się do zapewnieniu dzieciom – ofiarom przemocy, odpowiednich świadczeń medycznych i nie dostrzega potrzeby swego udziału w szerszych działaniach prewencyjnych. A przecież utworzenie rejestru urazów u dzieci mogłoby zwiększyć wiedzę dotyczącą epidemiologii, przyczyn oraz sposobów i miejsc leczenia urazów u dzieci. W stanowisku Ministerstwa prezentowa-

nym przez Podsekretarza Stanu zdumiewają i budzą troskę stwierdzenia, które wydają się stać w sprzeczności zarówno z opiniami środowisk zaangażowanych w zwalczanie przemocy wobec dzieci w kraju, jak i z dokumentami Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego i Światowej Organizacji Zdrowia. Przekonanie resortu, że jest „brak realnych możliwości przeciwdziałania temu zjawisku” oraz że „rozwiązanie problemu przemocy możliwe jest przede wszystkim poprzez edukację i zwiększenie wrażliwości ogółu społeczeństwa” wyrażane w 2 tygodnie od przyjęcia przez Radę Ministrów i ogłoszeniu przez Premiera nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, wymaga niewątpliwie zastanowienia się nad potrzebą weryfikacji podejścia Ministerstwa Zdrowia do tego ważnego społecznego problemu zdrowia publicznego.

Wydaje się, że przyjęty paradygmat działania w wymienionych powyżej sprawach leży również u podłoża braku realizacji przepisów znowelizowanego Ustawą z dnia 27 lipca 2005 r., art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego znacznie rozszerzających zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym i zobowiązujących placówki opieki zdrowotnej do podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpowiednich przedsięwzięć leczniczo – terapeutycznych. W sprawie tworzenia warunków do realizacji wskazanych wyżej przepisów zwracałem się już trzykrotnie do Ministra Zdrowia, w wystąpieniach z dnia 30 listopada 2006 r., 17 kwietnia 2007 r. i 11 lutego 2008 r. Jedynie w piśmie z dnia 28 maja 2007 r. zostałem poinformowany, że od 11 lipca 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia pracuje międzyresortowy Zespół do spraw opracowania systemowych rozwiązań dotyczących postępowania wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych. Od tego czasu brakuje jednak miarodajnej informacji o sposobie wprowadzenia w życie przygotowanych rozwiązań systemowych. Nadal więc obowiązujące od ponad trzech lat przepisy ustawowe, tak istotne z punktu widzenia interesu społecznego i zdrowia publicznego, nie znajdują zastosowania w praktyce. Nie powstały bowiem wyposażone w odpowiednie programy lecznicze oraz rehabilitacyjne placówki zamknięte i leczenia ambulatoryjnego przeznaczone dla sprawców przestępstw o charakterze seksualnym.

Brak jest także dotychczas zapowiadanej przez Ministerstwo nowelizacji *rozporządzenia MZ z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.*

*Niepełna ochrona praw pacjenta do poszanowania godności
i uzyskania informacji*

W pismach kierowanych do Prezesa Rady Ministrów oraz właściwych ministrów (tj. Ministra Zdrowia i Ministra Sprawiedliwości), wyraziłem zaniepokojenie przedłużającym się brakiem efektywnych działań ze strony organów władzy państwowej, które miałyby na celu zapewnienie właściwych standardów ochrony podstawowych praw człowieka, tj. prawa do życia oraz prawa do ochrony zdrowia.

Moje zastrzeżenia wywoływał brak uzupełnienia luki prawnej wskazanej przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie *Ali-cja Tysiąc przeciwko Polsce*, polegającej na braku odpowiednich gwarancji proceduralnych, umożliwiających efektywną realizację przysługujących praw. Brak przejrzystych i jasno określonych procedur prowadzących do ewentualnego uznania, że w danej sprawie indywidualnej spełnione zostały prawne warunki do dokonania aborcji terapeutycznej skutkuje tym, że w praktyce kobiety nie mogą skorzystać z przysługującego im prawa; lekarze zaś, nie chcąc narazić się na ewentualną odpowiedzialność karną, nie wydają koniecznych zaświadczeń.

Zawarte w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* rozwiązania przyjętej procedury odwoławczej wywołują pewne wątpliwości. Moim zdaniem należałoby się zastanowić, czy nie zachodzi niezgodność z wymogami, jakie wynikają z konstytucyjnego prawa do sądu (według ustawy orzeczenie Komisji Lekarskiej jest ostateczne – por. art. 31 ust. 7). Trzeba też postawić pytanie, czy zaproponowany mechanizm – wyłączony spod zewnętrznej kontroli – nie jest jedynie iluzją skutecznego dla obywatela środka prawnego. Obawy te dodatkowo wzmacnia następująca kwestia. Ustawa nakłada na pacjenta, który wnosi sprzeciw do Komisji Lekarskiej, obowiązek sporządzenia uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, na których wpływ ma skarżona opinia albo orzeczenie. Niespełnienie tych wymagań będzie skutkowało zwrotem wniosku. Jak należy rozumieć, zadanie formalnego badania sprzeciwu będzie spoczywało na Rzeczniku Praw Pacjenta, gdyż sprzeciw ma być wnoszony za jego pośrednictwem, a Komisja Lekarska – jako złożona wyłącznie z lekarzy – ma orzekać wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej. Rodzi się zatem pytanie, czy należy uznać, że Rzecznik Praw Pacjenta ma realizować zadania swego „przedsądu”, dodatkowo bez prawa do ewentualnego uzupełnienia sprzeciwu w interesie pacjenta. Takie rozwiązanie nie tylko wydaje się nie wspierać realizacji praw pacjentów, ale raczej w niepotrzebny sposób je ograniczać.

Minister Zdrowia nie podzielił moich zastrzeżeń. Zaznaczył jednak, że w przypadku, gdy zaproponowane w ustawie rozwiązania w praktyce okażą się niewystarczające lub nie spełnią swojego zadania, podjęte zostaną pilne prace nad ich zmianą, z uwzględnieniem przedstawionych uwag. Takie stanowisko jedynie połowicznie wychodzi naprzeciw moim oczekiwaniom, sformułowanym z punktu widzenia ochrony praw podstawowych obywateli.

Dodatkowo wydaje się również, że rozwiązania proceduralne zawarte w ustawie o prawach pacjenta nie realizują pewnych wskazań zawartych w wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *Alicja Tysiąc*. W szczególności, ETPC w wyroku tym stwierdził, że „procedura powinna gwarantować kobiecie ciężarnej co najmniej możliwość bycia osobiście wysłuchaną i rozważenia przez organ jej argumentacji. Organ właściwy w sprawie powinien również na piśmie uzasadnić swoją decyzję”. Uregulowania tych kwestii zabrakło w ustawie. Ustawodawca postanowił przekazać szczegółową redakcję procedury ministrowi, nie określając jednak szczegółowych wytycznych w tym względzie, zwłaszcza zaś zaleceń wynikających z orzeczenia ETPC. Zapewnienie gwarancji proceduralnych praw pacjenta zależeć więc będzie od decyzji ministra i rodzi stan niepewności. Trybunał w Strasburgu podkreślił ponadto, że sprawność postępowania w sprawach związanych z przerywaniem ciąży jest czynnikiem o znaczeniu decydującym. To samo z pewnością można powiedzieć o wielu innych procedurach medycznych, co uzasadniać będą różnorodne względy natury zdrowotnej. Komisja lekarska rozstrzyga sprzeciw niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od dnia jego wniesienia. Ustawa nie przewidując jednak możliwości uzupełnienia braków formalnych sprzeciwu, o czym była mowa powyżej, sprawia, że ponowne jego wniesienie może znacznie wydłużyć całą procedurę, kosztem ochrony praw pacjenta.

W mojej opinii niezwłoczne działania legislacyjne powinny być także podjęte w celu doprecyzowania niektórych przepisów ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Najpoważniejsze zastrzeżenia w tej sprawie dotyczą sposobu sformułowania jednej z przesłanek określającej wyjątki od generalnej zasady zakazu przerywania ciąży, tj. „zagrożenie dla (...) zdrowia kobiety ciężarnej”.

W prowadzonej korespondencji z Prezesem Rady Ministrów, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sprawiedliwości wyraziłem ocenę, że wskazany przepis jest niedostatecznie określony, a sama przesłanka – arbitralna. Arbitralność ta wynika przede wszystkim z tego, że ustawodawca dowolnie

zrównał wartość, jaką jest życie płodu, z szeroko rozumianym zdrowiem kobiety ciężarnej. Ustawodawca nie wyważył bowiem ani stopnia, ani charakteru zagrożenia dla zdrowia kobiety wynikającego z donoszenia ciąży – odmiennie niż miało to miejsce we wcześniejszym stanie prawnym. Ustawodawca, dokonując w 1996 r. nowelizacji ustawy pominął bowiem istniejącą uprzednio przesłankę „poważnego zagrożenia dla zdrowia”, jako dookreślającą warunki niekaralności przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki. Warto dodatkowo zauważyć, iż wyrażone w tej samej jednostce redakcyjnej ustawy inne przesłanki zawierają określenia je precyzujące, takie jak „duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu”, „nieuleczalnej choroby”, „uzasadnione podejrzenie”. Jest to istotny argument interpretacyjny, w szczególności ze względu na prawnokarny charakter tego przepisu. Arbitralność kwestionowanego przepisu wzmacnia brak ograniczenia czasowego dopuszczalności aborcji oraz brak określenia trybu postępowania zmierzającego do stwierdzenia zajścia tej przesłanki. W mojej ocenie obecne brzmienie przepisu narusza zasadę określoności przepisów prawa, wynikającą z zasady demokratycznego państwa prawnego – art. 2 Konstytucji. Zastrzeżenia wynikają także z niedopełnienia wymogu ustawowego określenia przesłanek dopuszczających ograniczenia w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw – art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz nierespektowania obowiązku zapewnienia prawnej ochrony życia płodu ludzkiego, a tym samym godności człowieka w tym aspekcie, co stanowi naruszenie art. 38 w zw. z art. 30 Konstytucji.

Liczne wpływające do Biura RPO skargi pokazują, że realny i często się pojawiający w praktyce problem stanowi rejestracja zgonu i pochówek dzieci martwo urodzonych. W wyniku braku informacji o płci dziecka na karcie zgonu, niektóre urzędy stanu cywilnego odmawiają sporządzenia aktu urodzenia. W konsekwencji rodzice przechodzą długotrwałą drogę administracyjną, nie mogąc pochować swoich dzieci. Niestety, pomimo upływu już prawie 2 lat i moich wielokrotnych monitów, prace nad zmianą przepisów prawnych w zakresie rejestracji i pochówku dzieci martwo urodzonych utknęły w martwym punkcie. Od wielu miesięcy Ministerstwo Zdrowia przekazuje te same, jednakowo brzmiące zapewnienia, iż do uregulowania sytuacji, konieczne jest dokonanie zmian na poziomie ustawowym tj. prawa o aktach stanu cywilnego. Ministerstwo Zdrowia miało przekazać w trybie roboczym swoje propozycje, w tym zakresie do przygotowywanej nowelizacji i od wielu miesięcy bezskutecznie oczekuje na stanowisko MSWiA. Jednocześnie w Głównym Inspektoracie Sanitarnym rozpoczęto prace nad częścią projektu do nowej ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, która to regulacja mieści się w zakresie kompeten-

cji Ministra Zdrowia. Korespondencja i ogólnikowe wyjaśnienia udzielone przez ministerstwa w tej sprawie mogą jednak wskazywać na niedocenie-
nie wagi lub brak zainteresowania w/w urzędów podniesionym proble-
mem.

Wobec braku efektów międzyresortowej współpracy powstała ko-
nieczność zwrócenia się do Prezesa Rady Ministrów w sprawie rozstrzy-
gnięcia sporu w zakresie interpretacji przepisów dotyczących wydawania
zaświadczeń o stanie zdrowia dla celów ubezpieczenia społecznego oraz
w zakresie organu zobowiązanego do podjęcia w tej materii działań mają-
cych na celu usunięcie występujących nieprawidłowości. Wg Ministerstwa
Zdrowia w przypadku spraw związanych z uzyskaniem prawa do świad-
czeń rentowych – podmiotem, którego ww. przepis dotyczy jest organ ren-
towy. Tego stanowiska nie podziela Minister Pracy i Polityki Społecznej.
Trwa pat w ważnej dla wielu pacjentów sprawie.

Niedostatki w opiece zdrowotnej nad matką, dzieckiem i młodzieżą

Problemy w opiece okołoporodowej

W korespondencji z Ministerstwem Zdrowia zwracałem uwagę, że
opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierw-
szych latach życia dziecka, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego roz-
woju dziecka w kolejnych etapach życia i wywiera wpływ na późniejsze
dorosłe życie. Tymczasem obserwujemy pogorszenie się w ostatnich latach
dostępności kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwat-
nej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej. Ujawnił się z całą ostro-
ścią problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych.
W wielu rejonach kraju pogorszyły się standardy udzielanych świadczeń
z powodu odstępowania od realizacji zasad wypracowanego w latach 90-
tych XX wieku i, niestety, zaniechanego przez Ministerstwo Zdrowia, trój-
stopniowego systemu opieki perinatalnej. Choć w licznych placówkach
ochrony zdrowia w Polsce zapewnia się dziś bardzo wysoki poziom opieki,
to z przeprowadzonych w Biurze RPO analiz wynika, że jest jeszcze wiele
do zrobienia, aby w całym kraju opieka nad kobietą w wieku rozrodczym,
nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz opieka nad noworodkiem była łatwo
dostępna, kompetentna i udzielana w stosownym czasie, bez opóźnień,
a promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń i chorób uzyskała rzeczywisty,
a nie tylko deklarowany, priorytet.

Od 2007 roku wskazuję w wystąpieniach do Ministra Zdrowia na na-
ruszenia praw kobiet w okresie okołoporodowym, m.in. na bezprawne
pobieranie przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi po-

nadstandardowe, których katalog i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale na podstawie zarządzeń ich kierowników. Ministerstwo Zdrowia dokonując własnej interpretacji obowiązujących przepisów, od lat toleruje te niedopuszczalne praktyki, naruszające prawa pacjentek i ubezpieczonych oraz prowadzące do wytworzenia podwójnych standardów opieki. Wprowadzenie opłat za niektóre świadczenia zdrowotne związane z porodem i opieką okołoporodową wymaga, moim zdaniem, stosownych zmian legislacyjnych, a w szczególności ustalenia podstawowego zakresu świadczeń, umożliwiającego publicznym szpitalom legalne pobieranie opłat za tzw. świadczenia ponadstandardowe. Do tego czasu, zapewnić należy respektowanie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

W swoich wystąpieniach wielokrotnie wskazywałem na palącą potrzebę opracowania i upowszechnienia nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które zapewniłyby szczególny status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej. Najpierw uzyskaliśmy informację, że przygotowywane jest powołanie zespołu ds. opracowania projektu rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, potem że zespół pracuje – jak dotąd nie można doszukać się widocznych efektów jego działalności. Jest to tym bardziej zaskakujące, że odpowiednie standardy zostały już wypracowane w Polsce w latach 90-tych dzięki realizacji programów polityki zdrowotnej państwa, także w warunkach zreformowanego systemu ochrony zdrowia – w okresie funkcjonowania kas chorych. Podjąłem działania programowe wspierające resort w postaci opracowanej przez ekspertów Karty Praw Kobiety Rodzącej, jednak oferta ta w praktyce nie została przyjęta.

Najnowszy raport Fundacji Rodzić po Ludzku, obrazujący wyniki realizowanego na przełomie lat 2008/2009 projektu „Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem”, wykazał, że zbyt ogólne zapisy ustaw ustrojowych oraz brak precyzyjnie sformułowanych ustaw prawa materialnego, konkretyzujących przedmiotowo i podmiotowo zadania samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem powodują, że władza publiczna nie w pełni wywiązuje się z konstytucyjnych zapisów i obowiązków. Wiele jednostek samorządu terytorialnego uznaje, że nie ponosi odpowiedzialności za realizację zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem lub odpowiedzialność tę rozumie wąsko, jedynie jako nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej, dla których są organami założycielskimi. Rzadkością jest dokonywanie pełnej diagnozy opieki nad matką i dzieckiem, mającej na celu określenie potrzeb kobiet w okresie okołoporodowym (zarówno ściśle zdrowotnych, jak i dotyczących edukacji oraz

profilaktyki), zasobów lokalnego systemu ochrony zdrowia, satysfakcji kobiet z usług medycznych, stopnia przestrzegania praw pacjenta. Niska jest świadomość, co do jakości oferowanej na danym terenie opieki okołoporodowej oraz tolerowane jest naruszające prawa pacjenta pobieranie opłat. Zwraca uwagę brak współdziałania różnych szczebli samorządu w obszarze opieki nad matką i dzieckiem.

Raport Fundacji udowadnia, jak sądzę, że brak stosownej do rangi problemu polityki zdrowotnej państwa przekłada się na z niedostateczną świadomość, niedostatek woli lub brak umiejętności w wypełnianiu obowiązków w zakresie opieki okołoporodowej na pozostałych szczeblach administracji publicznej.

Sygnalizowane zjawiska stoją w sprzeczności zarówno z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, jak i z prawem dziecka do ochrony zdrowia, zawartym w art. 24 Konwencji o prawach dziecka, który wskazuje w ust. 2 pkt d, iż Państwa – Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

Likwidacja medycyny szkolnej

Prowadzona od dłuższego czasu, budząca zainteresowanie opinii publicznej, moja korespondencja z Ministerstwem Zdrowia w sprawie nadmiernego obciążenia uczniów tornistrami oraz profilaktyki wad postawy nie przyniosła dotąd oczekiwanych efektów. Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Edukacji Narodowej nie podjęły żadnych działań legislacyjnych w celu wprowadzenia normy określającej dopuszczalny ciężar tornistrów i plecaków noszonych przez uczniów.

Tymczasem skala problemu zdaje się narzucać potrzebę potraktowania działań zaradczych jako ważnego zadania polityki edukacyjnej i zdrowotnej państwa. Moim zdaniem, przy współpracy obu Ministerstw istnieją możliwości prawnego uregulowania dopuszczalnych ciężarów noszonych przez dzieci w wieku szkolnym. Jednym z możliwych rozwiązań jest przyjęcie, w drodze nowelizacji wspomnianego wyżej rozporządzenia, masy 3 kg za ciężar dopuszczalny dla plecaków noszonych przez uczniów klas I–III szkół podstawowych. Regulacje wskazujące maksymalne dopuszczalne obciążenie pracowników młodocianych z powodzeniem funkcjonują bowiem w prawie pracy.

W kolejnych pismach Minister Zdrowia oraz Minister Edukacji Narodowej poinformowali mnie o planowanym powołaniu międzyresortowego zespołu ekspertów do opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie ćwiczeń profilaktyki wad postawy, potem o powołaniu tego zespołu (w styczniu 2008 r.), którego prace miał koordynować Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia,

jednak do chwili obecnej nie zostałem poinformowany o efektach pracy zespołu. Niepokój budzi brak jakichkolwiek rekomendacji dla nauczycieli wychowania fizycznego odnośnie do ćwiczeń istotnych dla profilaktyki wad postawy.

Nie mogę przyjąć jako usprawiedliwienia dla braku inicjatywy programowej na szczeblu krajowym, podawanych przez Ministerstwo licznych przykładów podejmowanych przez samorządy lokalne programów zdrowotnych obejmujących zapobieganie występowaniu i ograniczanie następstw wad postawy. Nie wiadomo bowiem jaka liczba dzieci została nimi objęta w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie, jakie mierzalne, zweryfikowane przez specjalistów, efekty zdrowotne przyniosła realizacja tych programów a nade wszystko, czy spełniają one kryteria *Evidence Based Medicine*, co zgodnie z informacją Ministerstwa Zdrowia jest warunkiem dopuszczenia programu do realizacji.

W odpowiedzi na moje wystąpienia domagające się zaprzestania dyskryminacji uczniów przewlekle chorych, Ministerstwo Zdrowia, powołując się jedynie na istniejące, zdaniem Rzecznika ulomne, przepisy prawa, uznało, że *Dzieci przewlekle chore i niepełnosprawne mają pełne prawo do korzystania ze świadczeń na równi z innymi osobami ubezpieczonymi, adekwatnie do istniejącego problemu zdrowotnego oraz Niezbędne świadczenia zdrowotne są udzielane przez fachowy personel medyczny w ramach funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia*. Tymczasem wnikliwa analiza informacji medycznych, informacji docierających od rodziców i z mediów, może prowadzić do wniosku przeciwnego – w Polsce zagrożone są prawa uczniów przewlekle chorych do równych szans edukacyjnych oraz do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej. Brakuje, o czym świadczą opisywane w moich wystąpieniach problemy uczniów chorych na hemofilię i cukrzycę, zarówno międzyresortowej koordynacji, która stwarzałaby takie szanse dzieciom przewlekle chorym, jak i zrozumienia istoty problemów, z jakimi się boryka dziecko przewlekle chore w szkole.

Na podstawie badań GUS można oszacować, iż co piąty uczeń potrzebuje opieki z powodu choroby przewlekłej. Dotychczas w wielu ogólnodostępnych szkołach w Polsce zapewniano dzieciom przewlekle chorym, np. na hemofilię, możliwość dobrego funkcjonowania. W przypadku niektórych schorzeń dostępne są poradniki przeznaczone dla nauczycieli i wychowawców dzieci chorych, a także dla pracowników kuratorium oświaty. Wprowadzane od kilku lat zmiany organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami mogą sytuację tych dzieci znacznie pogorszyć, bowiem zmienia się też sposób podejścia władz oświatowych, wyrażony m.in. w komuni-

kacie MEN z dnia 26 września 2007 w sprawie wykazywania w Systemie Informacji Oświatowej, uczniów i wychowanków z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym niepełnosprawnością sprzężoną – *Przepisy prawa oświatowego nie przewidują organizowania dzieciom przewlekle chorym kształcenia specjalnego.*

Biorąc powyższe pod uwagę, z nadzieją powitałem komunikaty o odbytej w dniu 18.03.2009 w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów konferencji prasowej, z udziałem Ministrów: edukacji narodowej, zdrowia i pełnomocnika rządu do spraw równego traktowania. W trakcie konferencji zostały przedstawione wyniki prac Zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych, co samo w sobie jest godne uznania, potwierdza bowiem zasadność wcześniejszych opinii z moich wystąpień w tej sprawie.

Odnosząc się pozytywnie do tej inicjatywy, pragnę jednak zasygnalizować pewne istotne okoliczności. Publicznie zapowiadany przed trzema laty – w dniu 15 maja 2006 odbyło się spotkanie ówczesnego Premiera, Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia – powrót opieki zdrowotnej do szkół okazał się słowną deklaracją, bowiem powołany wówczas na szczeblu dyrektorów departamentów resortów edukacji narodowej i zdrowia, zespół ds. opieki zdrowotnej nad uczniami, nigdy nie podjął prac merytorycznych.

Pewne wątpliwości rodzą się dziś, gdy Panie Minister wypowiadają następujące opinie: „dzieci chorujące przewlekle nie są dziećmi niepełnosprawnymi, nie wymagają szczególnej troski czy wsparcia, ale wymagają od czasu do czasu odpowiedniej reakcji”; „to, w jaki sposób takie chore dziecko radzi sobie z chorobą w warunkach zarówno szkolnych, jak i domowych, ma ogromny wpływ na efekty leczenia, stan zdrowia i jakość życia w przyszłości”.

Podzielając opinię, że dzieci przewlekle chore, w zdecydowanej większości, powinny się uczyć w szkole razem ze zdrowymi rówieśnikami, ponieważ jest to warunkiem prawidłowego ich rozwoju, jednocześnie biorę poważnie pod uwagę stanowisko ekspertów, że choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych. Niezależnie od rodzaju i ciężkości zaburzeń, u uczniów przewlekle chorych, mogą istnieć inne czynniki ujemnie wpływające na funkcjonowanie dziecka w szkole, w tym **utrudniona dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekle chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej**, nieprzygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem przewlekle chorym – nieznanomość specyfiki jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów

wymagających pomocy. Należy przy tym uwzględnić fakt, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, jej wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego. **Z tymi problemami samo chore dziecko i jego rodzice prawdopodobnie sobie nie poradzą.**

Istnieje zatem nagląca potrzeba przywrócenia w Polsce systemu medycyny szkolnej, co jest stałym postulatem środowisk medycznych usiłujących, jak dotąd bezskutecznie, przeciwstawić się trwającemu od lat procesowi likwidacji systemu monitorowania, nadzoru, organizacji, profilaktyki zagrożeń i chorób, kompleksowego leczenia i rehabilitacji, orzecznictwa dla potrzeb ucznia i szkoły.

Jeżeli dziś powszechnie uważa się, iż jednym z największych błędów polityki zdrowotnej okresu transformacji w Polsce była rozpoczęta w 1992 roku likwidacja medycyny szkolnej najpierw z „wyprowadzaniem” stomatologów i pediatrów ze szkół, potem likwidacją struktur poradnictwa i nadzoru w ochronie zdrowia uczniów, to zrozumiałe staje się oczekiwanie na podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Edukacji Narodowej konkretnych przedsięwzięć realizacyjnych. Tymczasem od kilku lat obserwuję raczej końcowe stadium procesu likwidacji systemu opieki nad uczniami. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, wydane w celu załagodzenia lokalnego konfliktu lekarzy rodzinnych i pielęgniarek szkolnych, spowodowało „wyprowadzanie” ze szkół w całym kraju kolejnego, ważnego elementu systemu opieki medycznej, jakim są szczepienia ochronne i nie wpłynęło, jak wynika z danych Ministerstwa, na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży.

Niemal codziennie pojawiają się niepokojące informacje w sprawie zaniedbań w opiece nad uczniami. Z opublikowanych 25 kwietnia br. danych (Express Bydgoski/Rynek Zdrowia) wynika np., że tylko 25% szkół podstawowych i gimnazjów w powiecie świeckim ma gabinety pielęgniarskie a zaledwie 5% szkół dysponuje gabinetami stomatologicznymi. Prawdopodobnie nie lepiej wygląda sytuacja w całym kraju.

Moje dotychczasowe ostrzeżenia i wnioski, nie spotkały się z odpowiednią do rangi problemu reakcją resortu. Należy podkreślić, bez satysfakcji, że to analizy prezentowane w moich wystąpieniach, a nie w korespondencji Ministerstwa, znalazły potwierdzenie w ustaleniach kontroli NIK.

Najwyższa Izba Kontroli (nr 150/208/P/07/132/LBY, grudzień 2008) oceniła negatywnie organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad ucznia-

mi, w tym brak koordynacji sprawowania nadzoru i kontroli tej opieki przez zobowiązane i upoważnione instytucje. Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, sprawowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentyków i pielęgniarki bądź higienistki szkolne nie zapewniała uczniom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami. Brak przepływu informacji o wykonywanych świadczeniach i stanie zdrowia uczniów, tak pomiędzy świadczeniodawcami, jak i sprawującymi nadzór, co więcej, brak współpracy między tymi instytucjami, uniemożliwiał im przeprowadzenie rzetelnej analizy funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami i jego pełne wdrożenie.

Zdaniem NIK, Minister Zdrowia, odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu i tworzenie podstaw prawnych opisujących szczegóły jego funkcjonowania, wykonując założenia Rządowego programu z 2004 r., ograniczył się do wydania rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W ramach statystyki publicznej nie zagwarantowano gromadzenia pełnych informacji o realizacji zadań opisanych wyżej wymienionym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, co nie sprzyjało także zapewnieniu uczniom równego dostępu do świadczeń profilaktycznych oraz komplikowało sprawną kontrolę i nadzór nad ich jakością.

Istotnym mankamentem był brak koordynacji działań i współpracy między publicznymi instytucjami sprawującymi kontrolę i nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami. Nadzór sprawowany przez oddziały wojewódzkie NFZ nad realizacją umów w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej a zwłaszcza profilaktyki stomatologicznej nad uczniami, NIK ocenia negatywnie. NFZ nie gromadził danych o stanie zdrowia populacji w wieku szkolnym, więc też nie dokonywał ich analiz i nie wykorzystywał wyników do planowania potrzeb zdrowotnych uczniów. Skutkiem braku rzetelnego planowania odsetek uczniów objętych opieką stomatologiczną wynosił w latach 2005–2006 średniorocznie zaledwie około 47,6% w stosunku do liczby uczniów objętych opieką lekarzy poz.

Zawyżona liczba uczniów przypadających na jeden etat pielęgniarki, w ocenie NIK, nie gwarantowała wykonywania wszystkich zadań wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, a także mogła mieć negatywny wpływ na jakość tych świadczeń. Najwyższa Izba Kontroli oceniła negatywnie działania Ministra Zdrowia, NFZ i WCZP w zakresie tworzenia, realizacji i koordynacji programów profilaktyki zdrowotnej oraz

monitorowania ich efektów. Jednostki samorządu terytorialnego, pełniące rolę organów prowadzących dla kontrolowanych szkół nie zajmowały się, z nielicznymi wyjątkami, problematyką profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Istotną przyczyną braku znaczących postępów w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, zdaniem Izby, było znaczne rozproszenie świadczeniodawców, a także mało skuteczny i źle zorganizowany nadzór nad podmiotami świadczącymi tę opiekę. Praktycznie poza nadzorem pozostawali lekarze dentyści. Najwyższa Izba Kontroli, mając na uwadze konieczność poprawy dostępności i jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, przekazała do Ministra Zdrowia wniosek o podjęcie działań, w tym legislacyjnych:

1) umożliwiających koordynację nadzoru i kontroli nad wszystkimi podmiotami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;

2) zobowiązujących instytucje sprawujące ten nadzór i kontrolę do współpracy, w celu umożliwienia pełnego monitorowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Pragnę wyrazić przekonanie, że te krytyczne wobec władz publicznych, ustalenia NIK, choć dotyczą tylko jednej ze składowych medycyny szkolnej – opieki profilaktycznej – (w pozostałych obszarach opieki medycznej sytuacja jest jeszcze trudniejsza) spowodują weryfikację polityki zdrowotnej resortu i przyczynią się do podjęcia systemowych kroków zaradczych w odniesieniu do całokształtu ochrony zdrowia uczniów. W tym kontekście ogłoszenie na wspomnianej konferencji prasowej, opracowania nowych edycji poradników na temat „zasad współpracy i komunikacji pomiędzy lekarzami, a rodzicami dzieci przewlekle chorych oraz pomiędzy rodzicami, a nauczycielami”, winno być, w moim przekonaniu, traktowane jako wstępny sygnał do podjęcia trudu rzeczywistej poprawy opieki zdrowotnej nad uczniami, której zasadniczym warunkiem jest przywrócenie trwałej współpracy pomiędzy lekarzem a nauczycielem, między szkołą o wyspecjalizowaną placówką medyczną, między sektorem zdrowia i sektorem edukacji na wszystkich szczeblach administracji publicznej.

Oferuję wszelką możliwą pomoc, rolę Rzecznika Praw Obywatelskich widzę bowiem nie tylko w monitorowaniu realizacji praw dzieci i jakości współpracy międzysektorowej, ale także we wspieraniu władz publicznych w opracowywaniu i wdrażaniu strategicznych rozwiązań na rzecz zdrowia i rozwoju i dzieci. W wydanym, przy współudziale Głównego Urzędu Statystycznego, Biuletynie RPO *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, dokonano oceny aktualnych warunków życia i rozwoju dzieci i młodzieży, omówiono wyniki drugiego ogólnopolskiego, reprezentacyjne-

go badania stanu zdrowia ludności Polski prezentując dane o dzieciach i młodzieży, przedstawiono odnoszące się do tej grupy wiekowej wyniki badań z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej, dodatkowo wykorzystując uogólnione wyniki badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”. W Biuletynie szeroko omówiono wyniki najnowszej (2006 r.) polskiej edycji cyklicznych międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC). W kolejnych rozdziałach poddano analizie wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży (zaburzenia zdrowia psychicznego, choroby nowotworowe, choroby zakaźne i zakażenia) oraz zaprezentowano ocenę stanu przestrzegania prawa dzieci i młodzieży do zdrowia. Na podstawie wyników szeroko zakrojonych badań sformułowane zostały moje rekomendacje do działań programowych na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce. Ta unikatowa publikacja stała się dla środowisk medycznych i pedagogicznych, a także dla środowisk i instytucji zajmujących się polityką społeczną, bezpieczeństwem i prawami dziecka oraz dla środków masowego przekazu źródłowym materiałem dostarczającym aktualnej i rzetelnej wiedzy na temat sytuacji dzieci w naszym kraju. Do pilnego wdrożenia są np. przepisy zawarte w Karcie Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole.

Bariery w zapewnieniu dzieciom śmiertelnie chorym domowej opieki paliatywnej

W wystąpieniach do Ministra Zdrowia, a także w przekazach adresowanych do szerokiej opinii publicznej w formie konferencji i publikacji prasowych (J. Kochanowski: *Gdy dziecko umiera w domu*, miesięcznik „Więź”, nr 11/12, 2007) podkreślałem, że domowa opieka hospicyjna nad dziećmi dotyczy bardzo cierpiących, nieuleczalnie chorych dzieci i ich rodzin i dlatego nie można jej rozpatrywać wyłącznie w suchych kategoriach prawnych i ekonomicznych. Dostrzegając potrzebę zapewnienia dzieciom śmiertelnie chorym pełnej opieki w warunkach domowych, doprowadziłem do opracowania i podpisania w dniu 29 listopada 2007 Karty Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu. Treści Karty znalazły odniesienie do Ustawy zasadniczej i Konwencji o Prawach Dziecka oraz do wypracowanego w Polsce na przestrzeni wielu lat, modelowego systemu opieki paliatywno – hospicyjnej nad dziećmi i ich rodzinami. Rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej nad dziećmi w Polsce, zapoczątkowanej spontanicznym ruchem hospicyjnym, ujawnił potrzebę objęcia opieką paliatywną także dzieci z nieuleczalnymi chorobami innymi niż nowotworowe, a zatem wymaga dostosowania regulacji prawnych do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Obowiązujące regulacje prawne, w tym przepisy wewnętrzne

Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie kontraktowania świadczeń w dziedzinie opieki paliatywnej nad dziećmi, naruszały konstytucyjną zasadę równości dostępu do świadczeń m. in. poprzez różnicowanie pacjentów ze względu na rodzaj choroby. Karta powinna stanowić moralny, prawny i merytoryczny punkt odniesienia dla instytucji i organizacji odpowiedzialnych za zapewnienie dzieciom śmiertelnie chorym pełnej opieki w warunkach domowych i zaangażowanym w sprawowanie tej opieki.

Na początku 2008 r. kierując się wagą i pilnością sprawy, uwzględniając także potrzebę legislacyjnego wsparcia dla Ministerstwa Zdrowia w kwestii realizacji upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej do określenia standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, zdecydowałem o włączeniu własnych ekspertów do zespołu społecznie opracowującego projekt rozporządzenia w sprawie pediatrycznej, domowej opieki paliatywnej. Projekt, jako materiał wyjściowy do pracy w resorcie, przygotowany wspólnie z przedstawicielami Naczelnej Rady Adwokackiej, Fundacji – Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, przy udziale legislatora w Sejmie RP, został w dniu 5.03.2008 r. złożony w Ministerstwie Zdrowia. Zaproponowane przepisy rozporządzenia wypełniają potrzeby dzieci zapisane Karcie praw dziecka śmiertelnie chorego w domu. Szczegółowe standardy postępowania i procedury medyczne określono w załącznikach do projektu rozporządzenia. 12 maja 2008 r. odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z konkluzją, iż dzieci nieuleczalnie chore wymagają odrębnych niż dorośli standardów opieki paliatywno-hospicyjnej. Tymczasem 3.10.2008 r., na kolejnym spotkaniu, resort, wbrew jednolitej opinii środowisk medycznych, wycofał się z korzystnego dla ciężko chorych dzieci i ich rodzin, stanowiska.

Należy wyrazić nadzieję, że trudny do zrozumienia impas legislacyjny w resorcie zdrowia zostanie wreszcie przełamany, tym bardziej, iż zgodnie z treścią pierwszego z czterech punktów Rekomendacji RE (2003) 24 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich dotyczącej organizacji opieki paliatywnej przyjętej podczas 860 sesji Rady Europy zaleca się rządowi Państw Członkowskich by: „Podjęty programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej”.

Przedstawione w Białej Księdze dokumenty poświadczają brak spójnej polityki zdrowotnej Ministerstwa w odniesieniu do matki, dziecka i młodzieży. W tym kontekście powołanie w Ministerstwie Zdrowia nowego Departamentu Matki i Dziecka może okazać się mało efektywnym posu-

nięciem z punktu widzenia realizacji potrzeb zdrowotnych dzieci i przestrzegania należnych dzieciom praw.

Dzieciom, zwłaszcza dzieciom chorym, potrzebne są prawdopodobnie nie tyle kolejne zastępy urzędników (choć roli kompetentnych organizatorów ochrony zdrowia nie sposób przecenić) i kolejne urzędy powoływane być może w charakterze „usprawiedliwienia bądź ekspiacji” (za Januszem Korczakiem), ile nadanie opieki nad matką i dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa.

Niedostateczna opieka zdrowotna nad osobami chorymi przewlekle, niepełnosprawnymi i ludźmi starszymi

W kręgu mojego zainteresowania znalazły się m.in. problemy ludzi cierpiących z powodu chorób nowotworowych, przede wszystkim trudności na jakie napotykają w dostępie do odpowiednich procedur profilaktyczno-leczniczych, a także problemy z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej, opieki medycznej nad osobami chorymi na stwardnienie rozsiane oraz problemy w zapewnieniu opieki zdrowotnej mieszkańcom domów opieki społecznej.

Wbrew zapowiedziom resortu nadal brak jest *ustawy pielęgnacyjnej*, nie ma także rozporządzenia Ministra Zdrowia (na podstawie art. 9 ust. 3 *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*) w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto, mimo że Minister Zdrowia decyzją z 21 marca 2008 r. stwierdził nieważność kilku przepisów zarządzenia Prezesa NFZ nr 61/2007 to jednak na stronie NFZ we wspomnianym zarządzeniu brak informacji o decyzji Ministra.

Wyraziłem głębokie zaniepokojenie postępowaniem organów publicznych w jednostkowej sprawie pacjenta z hemofilią oczekującego od wielu tygodni w klinice instytutu naukowo – badawczego na wykonanie ortopedycznego zabiegu operacyjnego, koniecznego ze wskazań życiowych. Mimo cierpienie człowieka, trwała wymiana korespondencji między zainteresowanymi instytucjami i organami publicznymi, zapadające w tej sprawie decyzje były kolejno zmieniane a wyjaśnienia niejasne.

Odnosząc się do działań Ministerstwa Zdrowia w tej kwestii, które ostatecznie były korzystne dla chorego, pragnę zwrócić uwagę na istotną okoliczność wiele mówiącą o jakości zarządzania w ochronie zdrowia. Zostałem poinformowany, że w celu uproszczenia procedur w podobnych przypadkach „Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2008 r. został powołany Zespół do spraw opracowania standardu kompleksowej opieki nad chorymi na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne oraz sposobu i za-

sad finansowania zaopatrzenia w czynniki krzepnięcia. Jednym z zadań powyższego Zespołu jest modyfikacji Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005–2011 tak, by jego aktualizacja umożliwiła uniknięcie w przyszłości podobnych sytuacji”.

Powstaje wątpliwość, czy cierpiący z bólu pacjent musi czekać na decyzje nowo tworzonego Zespołu w sytuacji, gdy Ministerstwo ma merytoryczne Departamenty, zatrudnia Krajowego Konsultanta w tej dziedzinie medycyny, nadzoruje Narodowy Fundusz Zdrowia, Instytut Hematologii i Transfuzjologii oraz utworzone dodatkowo w 2006 roku Narodowe Centrum Krwi o podobnych zresztą do Instytutu kompetencjach, i gdy istnieje przy Ministrze Zdrowia Rada ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Niestety, lektura niniejszego Raportu wydaje się dostarczać wielu innych przykładów podobnego trybu załatwiania potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Zainteresowałem się sprawą zamachów samobójczych dokonywanych przez pacjentów przebywających w szpitalach. W wyniku przeprowadzonej a Biurze RPO analizy, w tym konsultacji ze specjalistami, zostały skierowane w tej bulwersującej sprawie wystąpienia do Ministra Zdrowia i Ministra Sprawiedliwości. Obszerna odpowiedź Ministra Zdrowia zasługuje na uważną lekturę. Nie ma specyficznych aktów prawnych regulujących kwestię kontroli bólu oraz bezpieczeństwa pacjentów ale Ministerstwo odnajduje je w wielu przytoczonych aktach prawnych. Ministerstwo podkreśla, że Polska jest krajem, który ma opracowane standardy leczenia bólu przewlekłego, ale nie są one dostatecznie dobrze znane lekarzom wszystkich specjalności. Nie wskazuje jednak jakim rozporządzeniem kwestia standardów została uregulowana – takiej regulacji bowiem brak. Wymienione zostały liczne specjalizacje lekarskie, których reprezentanci są dobrze przygotowani do skutecznej walki z bólem i dobrze znają standardy postępowania, w tym lekarze rodzinni, co nie znajduje potwierdzenia w opiniach specjalistów Polskiego Towarzystwa Badań nad Bólem. Załączono obszernie odpowiedzi Marszałków Województw, do których Minister Zdrowia wystąpił z zapytaniem o skalę zjawiska samobójstw w szpitalach. W odpowiedziach tych można znaleźć zapewnienia o podejmowanych środkach prewencyjnych, w tym o pomocy psychologicznej. W moim Biurze trwają prace analityczne w celu uzyskania rzeczywistego obrazu sytuacji.

W odniesieniu do opieki medycznej nad ludźmi starszymi oferuję Ministerstwu Zdrowia do wykorzystania wyniki diagnozy sytuacji oraz rekomendacje opracowane przez zespół ekspercki RPO. W diagnozie zwraca się uwagę na liczne niedostatki w podstawowej opiece zdrowotnej, przede wszystkim brak wiedzy o potrzebach zdrowotnych osób starszych, co nie

dziwi, bowiem w minimach programowych kształcenia lekarzy nie figuruje przedmiot geriatry. Problemem jest złe traktowanie starych pacjentów przez lekarzy i średni personel: brak kultury osobistej, arogancja, poniżanie, paternalistyczny stosunek do seniora. Zbyt mało jest geriatrów, specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz poradni. NFZ nie kontraktuje usług geriatrycznych. Brakuje możliwości kontraktowania dziennych form opieki medycznej dla seniorów – dziennych oddziałów diagnostyczno-leczniczych i rehabilitacyjno-leczniczych. Nie prowadzi się edukacji pacjenta przez lekarza w leczeniu przewlekłych chorób (farmakoterapia, dietoterapia, aktywność fizyczna i intelektualna) oraz w przygotowaniu pacjenta-seniora do zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Zaniedbuje się badania profilaktyczne. Osoby te mają też większe niż inni pacjenci kłopoty z uzyskaniem skierowań na badania dodatkowe, na konsultacje specjalistyczne, na diagnostykę i leczenie szpitalne, na rehabilitację, do sanatorium. Osoby w podeszłym wieku mają ograniczony dostęp do pomocy w nagłych przypadkach (pogotowie ratunkowe) – wiek pacjenta decyduje często o przysłaniu karetki.

Dokonana diagnoza determinuje kierunki polityki zdrowotnej wobec osób starszych, w tym tak bezinwestycyjne, jak wprowadzenie możliwości wystawienia przez lekarza recepty umożliwiającej zakup leków przez 3–6 miesięcy w określonej ilości comiesięcznie, co powinno skrócić kolejki do lekarzy rodzinnych wskutek wyeliminowania z nich tych seniorów, którzy przychodzą tylko „po receptę”.

Zakażenia i choroby zakaźne

W licznych wystąpieniach, przygotowywanych na podstawie raportów, publikacji naukowych i wyników konferencji naukowych, które to źródła służyły do weryfikacji wielu niepokojących doniesień medialnych, przekazywałem do resortu uwagi w sprawach związanych z profilaktyką i zwalczaniem sepsy, zakażeń szpitalnych, gruźlicy, chorób przenoszonych drogą płciową, biegunek u małych dzieci, grypy, a także funkcjonowaniem nadzoru epidemiologicznego. Podnoszone były także kwestie stanu sanitarnego placówek ochrony zdrowia i placówek oświatowo-wychowawczych, likwidacji oddziałów zakaźnych i pracowni mikrobiologicznych, niedoborów fachowego personelu medycznego.

Korespondencja na temat zakażeń i chorób zakaźnych, nie dawała dotąd zbyt wielu powodów do optymizmu, tym bardziej, że pewne stanowiska resortu mogą upoważniać do wniosku, iż nie w pełni doceniane są zagrożenia epidemiologiczne, rola oświaty zdrowotnej i profilaktyki, a także opinie i ostrzeżenia specjalistów, środowisk naukowych i konsultantów krajowych.

Szczególony mój niepokój wzbudziły podjęte z początkiem bieżącego roku decyzje o likwidacji wieloletniej praktyki publikowania na stronie internetowej przez Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny dwutygodniowych meldunków epidemiologicznych, które stanowiły nieocenione źródło danych o stanie sanitarnym kraju i pozwalały na podejmowanie szybkich kroków zaradczych. Odgrywały również istotną rolę w szkoleniu lekarzy opieki podstawowej.

Z nadzieją oczekuję na zaproponowane przez Panią Minister, osobiste spotkanie z udziałem ekspertów, które może wyjaśnić wiele kwestii i przyczynić się do poprawy sytuacji epidemiologicznej w kraju.

W tym miejscu odniosę się tylko do dwóch kwestii: szczepień ochronnych oraz zakażeń szpitalnych.

W marcu 2008 r. podzieliłem się z Minister Zdrowia obawami związanymi z możliwymi zakłóceniami w realizacji szczepień ochronnych u dzieci w wyniku zmian organizacyjnych wprowadzone Rozporządzeniem MZ z 2007 r. Wg danych Ministerstwa z października 2008 r. zmiany te „nie wpłynęły w drastyczny sposób na realizację kalendarza szczepień i stan zaszczepienia dzieci i młodzieży osiągnięty”. W tej samej informacji podkreślono jednak, że „jeśli chodzi o większość szczepień, odnotowano pewne pogorszenie stanu zaszczepienia”, szczególnie w rocznikach, które zgodnie z kalendarzem powinny rozpocząć cykl szczepień lub otrzymać kolejną dawkę a „ w przypadku szczepień przeciwko polio czy odrze, pogorszenie się wykonawstwa szczepień w 2007 r. stworzyło pewne zagrożenie dla utrzymania w Polsce osiąganego dotychczas wysokiego, wyrównanego na obszarze wszystkich województw, poziomu zaszczepienia, wymaganego w związku z międzynarodowymi programami eradykacji polio i eliminacji odrzy, w których uczestniczy Polska”. W tej sprawie zapowiedziano w trybie pilnym konsultacje z nadzorem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w celu „przeanalizowania przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości oraz przedstawienia sposobu i rodzaju działań naprawczych” oraz z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie podjęcia „działań w celu wyjaśnienia przyczyn nieprawidłowości w realizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży, w szczególności u świadczeniodawców w wykazanych w analizie województwach”. Rzecznik nie otrzymał dotąd informacji o efektach tych działań. Zaniepokojenie budzą ponadto całkowicie odmienne stanowiska wysokich przedstawicieli resortu wobec szczepień przeciwko rotawirusom. Sprawa wymaga wnikliwego wyjaśnienia z uwzględnieniem ostatnich doniesień naukowych prezentowanych przez specjalistów w ramach Europejskiego Tygodnia na rzecz Szczepień.

Poważnym wyzwaniem epidemiologicznym w Polsce są zakażenia w zakładach opieki zdrowotnej. Zakażenia szpitalne w znacznym stopniu zwiększają zachorowalność, śmiertelność i koszty leczenia chorych a zapobieganie i ograniczanie częstości zakażeń szpitalnych jest odzwierciedleniem jakości opieki medycznej i ważnym kierunkiem zdrowotnej polityki państwa. W większości szpitali stopień wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej jest niski, szczególnie w oddziałach chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych i pediatrycznych.

Niestety, wyniki ostatnich kontroli przeprowadzonych przez delegatury NIK w Krakowie i Łodzi zdają się potwierdzać moje obawy co do stanu sanitarnego polskich szpitali.

W wyniku kontroli przeprowadzonej w 12 szpitalach publicznych w sześciu województwach (ponadto badaniem ankietowym objęto 137 publicznych szpitali wielospecjalistycznych), Najwyższa Izba Kontroli oceniła negatywnie żywienie i utrzymanie czystości w kontrolowanych szpitalach publicznych (Nr ewid. 9/2009/P08141/LKR marzec 2009 r.).

Bezpieczeństwo mikrobiologiczne posiłków było niezadowolające a badania przeprowadzone przez inspekcję sanitarną wykazały w posiłkach i na rękach personelu kuchni (w czterech z dwunastu kontrolowanych szpitali) szczepy bakterii stanowiących zagrożenie dla zdrowia konsumentów.

Z kolei sposób utrzymania czystości w szpitalach, z wyjątkiem prania bielizny szpitalnej, był niezadowolający ze względu na znaczną liczbę nieprawidłowości i uchybień. Procedury higieniczne stosowane w kontrolowanych szpitalach zostały opracowane nierzetelnie, gdyż były niespójne i niejednokrotnie niedostosowane do realnych warunków. W ocenie NIK niezadowolające było zarówno wyposażenie kontrolowanych szpitali w sprzęt i środki utrzymania czystości, jak również sposób ich wykorzystywania. W co drugim kontrolowanym szpitalu nie szkolono personelu sprząającego, pomimo iż zabiegi sprzątania w tego typu placówkach wymagają specjalistycznej wiedzy. Brak znajomości procedur skutkowało licznymi nieprawidłowościami, stwierdzonymi w trakcie oględzin. W dziesięciu kontrolowanych szpitalach skład zespołu kontroli zakażeń zakładowych – głównego elementu systemu nadzoru nad utrzymaniem czystości – nie spełniał wymogów prawa. Zespoły nie funkcjonowały w pełnym składzie, większość ich zadań samodzielnie realizowały pielęgniarki epidemiologiczne. Kontrole stanu czystości nie były rzetelnie udokumentowane, a tylko wyjątkowo analizowano zużycie środków czystości i dezynfekcyjnych. Najwyższa Izba Kontroli złożyła Ministra Zdrowia o:

- 1) opracowanie i wdrożenie standardów żywienia i utrzymania czystości w szpitalach, z określeniem jednolitych zasad kontroli tych usług;

2) zapewnienie egzekwowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia właściwego standardu usług pozamedycznych od szpitali, z którymi zawiera kontrakty.

Z kolei za działania nielegalne i nierzetelne NIK uznała nieprzestrzeganie w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Madurowicza w Łodzi wymogów w zakresie składu i kwalifikacji komitetu kontroli zakażeń zakładowych (marzec 2009 r., Nr ewid.: 166/2008/P/08/146/LLO). W tym ostatnim przypadku ocena dotyczy placówki, w której pod koniec 2002 r. doszło do wybuchu epidemii wewnątrzszpitalnej, która spowodowała śmierć kilkunastu noworodków. Jest mi znana dokumentacja z dnia 4 lutego 2003 r. nt. dochodzenia epidemiologicznego przeprowadzonego przez państwową inspekcję sanitarną. Opisano wówczas tylko 4 przypadki zgonów noworodków akcentując na pierwszym miejscu możliwość nieprzestrzegania zasad higieny i popełnienie błędów przez matki lub osoby odwiedzające.

W moim przekonaniu, wobec wydania w październiku 2008 r. orzeczenia w tej sprawie przez Sąd, a także uwzględniając ustalenia kontroli NIK, należy rozważyć konieczność przeprowadzenia ponownej, wnikliwej analizy sytuacji w celu zapobieżenia kolejnej tragedii w tym szpitalu, a także w celu wyciągnięcia ogólniejszych wniosków dla ewentualnej weryfikacji polityki zdrowotnej resortu w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Mając powyższe na uwadze, należałoby z wielką ostrożnością podchodzić do rządowych zapowiedzi o tym, że „przygotowywane są daleko idące zmiany w zakresie wymagań fachowych i sanitarnych dla zakładów opieki zdrowotnej idące w kierunku rozwiązań elastycznych i funkcjonalnych, odstępując m.in. od szczegółowego określania parametrów dla pomieszczeń i urządzeń”.

Sprawy personelu medycznego

Od początku sprawowania funkcji Rzecznika Praw Obywatelskich obserwuję z dużym niepokojem szeroko nagłaśniane problemy personelu medycznego. Obawy moje związane są z podejmowanymi przez pracowników medycznych akcjami protestacyjnymi, odpływem fachowców spowodowanym wyjazdami do pracy za granicą lub rezygnacją z wykonywania zawodu medycznego. Nie bez znaczenia w sprawie jest również niekorzystna struktura demograficzna niektórych grup pracowników medycznych, gdzie większość pracowników przekroczyła 40 rok życia. W kręgu moich zainteresowań znajdują się przede wszystkim podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia działania, których celem jest zapobieżenie

powyższym zjawiskom oraz ich negatywnym skutkom dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli naszego kraju.

W marcu 2008 r. zostałem szeroko poinformowany o działaniach Ministerstwa w zakresie: ułatwień w uzyskiwaniu specjalizacji lekarskich; dostosowania systemu kształcenia kadr medycznych do zmieniających się warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz do rozwoju wiedzy medycznej i wzrostu aspiracji edukacyjnych w poszczególnych zawodach medycznych; uregulowania kwalifikacji i zasad wykonywania zawodu farmaceuty oraz tych zawodów medycznych, które nie są objęte dotychczas regulacjami ustawowymi; zagwarantowania powszechnego dostępu kadr medycznych, w ramach kształcenia podyplomowego, do zdobywania i odnawiania wiedzy i umiejętności; rozwoju nauk medycznych oraz umocnienia pozycji jednostek naukowo-badawczych; poprawy warunków pracy i wynagrodzenia kadr medycznych. W oczekiwaniu na wymierne efekty tych działań, pragnę zwrócić uwagę na fakt, iż nie doczekały się dotąd realizacji zapowiedziane w korespondencji Ministerstwa, ważne dla personelu medycznego, a przez to dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, regulacje prawne, takie jak:

- *ustawa o niektórych zawodach medycznych, ustawa o zawodzie farmaceuty*; m.in. brak zmiany przepisów dotyczących specjalizacji lekarzy w zakresie zniesienia podziału na specjalizacje podstawowe i szczegółowe, rezygnacji z egzaminu praktycznego w trakcie PES, zniesienia stażu podyplomowego i rozpoczęcia specjalizacji w trybie rezydentury po zaliczeniu LEP, weryfikacji i urealnienia programów specjalizacji;

- *rozporządzenie MZ w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa*; przepisy nie zostały zmienione w zakresie postulowanym przez RPO i w dalszym ciągu nie ma przepisów dotyczących przeprowadzenia LEP w wyjątkowych sytuacjach w terminie innym niż powszechnie obowiązujący;

- *rozporządzenie w sprawie standardów stosowania psychoterapii przez psychologów*, wynikającego z ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów; w odpowiedzi na wystąpienie RPO Ministerstwo wskazało, iż rozporządzenie nie może być wydane, gdyż organ (Krajowa Rada Psychologów), z którym MZ powinien skonsultować przedmiotowe rozporządzenie nie został powołany;

- *ustawa o biegłych w postępowaniu sądowym oraz w innych postępowaniach prowadzonych na podstawie ustaw*.

Od wielu miesięcy prowadzę korespondencję z władzami Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w sprawie nielegalnego pobierania opłat za prowadzenie przewodów doktorskich. Wobec jasnego

stanowiska w tej sprawie ze strony zarówno Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, uczelnia zmieniła swoje wewnętrzne przepisy dostosowując je do regulacji Prawa o szkolnictwie wyższym, jednak nie odstąpiła od wystawiania dla zainteresowanych pracowników naukowych wezwań do zapłaty, mimo pouczenia przez Ministerstwo Zdrowia, że jest to działanie niedopuszczalne. W sprawie tej zwraca uwagę niewielka jak dotąd efektywność wysiłków Ministerstwa Zdrowia mających na celu skłonienie nadzorowanej przez resort uczelni do przestrzegania prawa.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich, w każdej sytuacji kryzysowej w ochronie zdrowia zwracam uwagę na możliwość naruszania praw pacjenta. Podejmowane akcje protestacyjne personelu medycznego m.in. prowadziły do ograniczenia dostępności świadczeń medycznych a niekiedy wiązały się z ignorowaniem podstawowych zasad etycznych. Wielokrotnie wyrażałem zaniepokojenie sytuacją w szpitalach, zwłaszcza kiedy dochodziło do zamykania i ewakuacji oddziałów, przewożenia pacjentów do innych placówek. Część środowiska medycznego uważa, że dozwolone są wszelkie działania w interesie grupy zawodowej, o ile nie powodują one bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta. Takie wnioski wysunuli moi przedstawiciele np. z rozmów w czasie wizytacji przeprowadzonej w szpitalach w Rzeszowie i Jędrzejowie (w tym szpitalu doszło do ewakuacji noworodków i kobiet w ciąży). Decyzje takie wpływają jednak niewątpliwie na pogorszenie położenia pacjentów, chociażby przez dodatkowe uciążliwości związane z podjęciem leczenia w innej placówce, konieczność poniesienia dodatkowych kosztów, m.in. dojazdów, a przede wszystkim wzrost poczucia niepewności co do swojego losu i przyszłości leczenia.

Choć wielokrotnie podkreślałem, że kryzys w ochronie zdrowia ma podłoże systemowe to personel i instytucje ochrony zdrowia nie są jedynie dostarczycielami usług, ale stanowią część etycznego systemu tworzącego solidarność społeczną i poczucie wspólnoty. Bez przywrócenia im zatem właściwego znaczenia, nawet usunięcie wad systemu, nie doprowadzi do oczekiwanych rezultatów. Ogromne zastrzeżenia z punktu widzenia ochrony godności człowieka, budzić musi sposób prezentacji przez lekarzy problemów placówek klinicznych w mediach. Niedopuszczalne, naruszające tę godność, jest np. przedmiotowe traktowanie dzieci dotkniętych chorobami onkologicznymi, poprzez wykorzystywanie ich wizerunku i wypowiedzi dla osiągnięcia określonych efektów medialnych. To szczególnie niemoralne w sytuacji, gdy rozbudzane świadomie u tych dzieci poczucie zagrożenia, przekładać się może na obniżenie efektywności terapii. Pa-

cji, a w szczególności ci najmłodszy, powinni pozostawać poza zasięgiem sporów w sprawach organizacyjnych i finansowych. Żadne okoliczności nie usprawiedliwiają działań, które mogłyby negatywnie wpłynąć na stan ich zdrowia. W tym kontekście budzi troskę przedłużający się proces nowelizacji przepisów *ustawy o izbach lekarskich* w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz możliwości zaskarżania uchwał samorządów zawodowych medycznych. Pismem z dnia 11 września 2008 roku MZ poinformował, że rozpatrzenie projektu przez Radę Ministrów planowane jest na drugie półrocze 2008 r., po czym projekt powinien zostać przesłany do Sejmu. Jednakże projekt do Sejmu dotychczas nie trafił.

Należy przypomnieć, iż w dniu 23 kwietnia 2008 r. Trybunał Konstytucyjny wydał wyrok w sprawie skargi konstytucyjnej p. Zofii Sz. do którego to postępowania przyłączył się Rzecznik Praw Obywatelskich. Skarga konstytucyjna dotyczyła kodeksu etyki lekarskiej oraz naruszenia wolności słowa. Zaprezentowałem pogląd, z którym zgodził się TK, iż art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dn. 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, dookreślone przez art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej – w zakresie, w jakim przepisy te wyłączają możliwość krytyki innego lekarza, opierającej się na prawdziwych faktach i czynionej w interesie publicznym – są niezgodne z art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Zakwestionowane w skardze konstytucyjnej przepisy uniemożliwiały sformułowanie jakiegokolwiek wypowiedzi o charakterze publicznym zawierającej krytykę praktyki medycznej innej osoby, chociażby krytyka ta znajdowała oparcie w rzeczywistym stanie rzeczy i podejmowana była w interesie publicznym (np. dla dobra pacjentów). Taka regulacja, w mojej opinii, wprowadzała nieproporcjonalne ograniczenie wolności słowa gwarantowane przez art. 54 Konstytucji RP. Wolność ta jest wartością fundamentalną w demokratycznym państwie prawa i wszelkie jej ograniczenia muszą mieć szczególnie mocne i jednoznaczne uzasadnienie w innych wartościach konstytucyjnych. Nie ma istotnych powodów, aby ochrona czci i dobrego imienia, przewidziana w przepisach Kodeksu Etyki Lekarskiej, nakładająca szczególne obowiązki na lekarzy, tak znacznie różniła się od ochrony przewidzianej przez normy prawa powszechnego. Co więcej, w moim zdaniem, mylnie jest założenie projektodawcy kwestionowanej normy, iż wyłącznie wypowiedź lekarza może doprowadzić do naruszenia takiego dobra, jakim jest prawidłowe funkcjonowanie i niezakłócone funkcjonowanie systemu służby zdrowia. Nie podważałem faktu, iż społeczna rola służby zdrowia jest niezwykle istotna. Jednak nie można uznać, że uzasadniona i rzetelna krytyka poszczególnych lekarzy dezorganizowałaby jej właściwe funkcjonowanie. Ochrona prawna autorytetu lekarza nie

powinna sięgać tak daleko, aby uniemożliwiała ona jakąkolwiek krytykę. Funkcje ochronne wobec służby zdrowia mogą ewentualnie spełnić ograniczenia wolności słowa o charakterze przedmiotowym (tj. określenie, co można mówić), a nie podmiotowym (określenie, kto może mówić). Kwestionowana regulacja w sposób istotny ogranicza możliwość wzięcia udziału samych lekarzy w debacie publicznej dotyczącej zagadnień medycznych. Mimo wysokiej profesjonalizacji praktyki medycznej nie można uznać, iż ogół społeczeństwa nie powinien mieć dostępu do tego typu dyskusji, zaś wszelkie spory merytoryczne lekarze powinni rozstrzygać we własnym gronie. Kodeks Etyki Lekarskiej nakłada na lekarzy szczególne rygory wypowiedzi – pomimo tego, iż właśnie merytoryczny głos lekarzy pozwala na prowadzenie dyskusji na poziomie faktów, a nie emocji. Tym samym kwestionowana norma doprowadziła do tego, że debata publiczna o skuteczności danej terapii, zabiegów medycznych czy leków napotykała istotne bariery. Moim zdaniem, stawianie ustawowych barier dla wolności słowa – o wiele węższych niż te przewidziane przez prawo powszechnie – prowadzi do sytuacji, którą Trybunał Konstytucyjny określił jako „sztuczne podtrzymywanie autorytetu instytucji, słusznie i w uzasadniony sposób poddawanej krytycznej ocenie opinii publicznej, (co) w konsekwencji sprzyja tłumieniu krytyki publicznej” (wyrok w sprawie P 3/06). Budowany w ten sposób autorytet służby zdrowia ma bardzo kruche podstawy; co więcej, prowadzi on do zahamowania samokontroli środowiska, a właśnie ona stwarza fundamenty zaufania publicznego.

1.3. W jaki sposób władze publiczne mogą wykorzystać ten dokument?

Głównym adresatem niniejszego Raportu jest Minister Zdrowia. Wyrażam nadzieję, że wnioski jakie można wysnuć z lektury wzajemnej korespondencji zebranej w jednym tomie, prowadzonej przez ponad trzy lata, okażą się pomocne dla kształtowania efektywnej polityki zdrowotnej państwa i pełniejszej realizacji konstytucyjnych praw obywateli do zdrowia.

Pragnę z naciskiem podkreślić, że zasygnalizowane przeze mnie krytyczne spostrzeżenia dotyczą często problemów, których przyczyn można się doszukiwać w bliższej i dalszej przeszłości. Można zakładać, że wszyscy poprzednicy sprawujący w okresie transformacji ustrojowej ministerialną funkcję wnieśli swój autorski wkład do obecnego stanu spraw w ochronie zdrowia społeczeństwa.

Opracowując ten Raport kierowałem się zasadą, że instytucja Rzecznika jest nie tylko miejscem monitorowania stanu przestrzegania praw człowieka oraz interwencji podejmowanych w tym obszarze, ale także miejscem do prowadzenia prac programowych, które mogą stanowić wsparcie dla władz publicznych. Pozostaję wierny deklaracji złożonej przed trzema laty w debacie sejmowej, że „moim celem jest nie tylko, czy nie tyle, załatwianie spraw indywidualnych, czy wytykanie błędów systemowych w różnych obszarach ochrony zdrowia, ale także, przy pomocy opinii publicznej, formułowanie propozycji i wspieranie takich działań, które służą będą rzeczywistej realizacji prawa do ochrony zdrowia”.

Biała Księga ujawnia problemy, ale zawiera też wiele informacji co do rozwiązań zaradczych służących zdrowiu obywateli.

Wydaje się, że niniejszy Raport może dostarczyć ważnych przesłanek do oceny jakości zdrowotnej polityki publicznej w wielu jej wymiarach, dokumentuje bowiem najważniejsze współczesne wyzwania zdrowotne i sposoby radzenia sobie z nimi przez władze. Adresatami Raportu są również pracownicy ochrony zdrowia z lekarzami na czele, bez których nie będzie możliwe poradzenie sobie z wyzwaniami zdrowia publicznego.

Zdrowie jest sprawą złożoną, często uwarunkowaną czynnikami pozostającymi poza bezpośrednim wpływem sektora zdrowia. Mimo, że Ministerstwo Zdrowia spełnia kluczową rolę zajmując się zdrowiem publicznym bezpośrednio oraz koordynując politykę międzysektorową, to nie może skutecznie działać w osamotnieniu. Wszystkie sektory mają do odegrania ważną rolę w rozwoju systemu ochrony zdrowia obywateli. Dlatego niniejszy dokument zostanie przekazany także Panu Premierowi, wszystkim członkom Rady Ministrów oraz organom administracji publicznej, w tym samorządowej. Liczę, że Raport zainteresuje parlamentarzystów i Urząd Prezydenta RP, jak również wywrze stymulujący wpływ na tworzenie dobrego prawa z punktu widzenia ochrony zdrowia społeczeństwa.

/-/ dr Janusz Kochanowski

ROZDZIAŁ II

WYSTĄPIENIA DO MINISTRA ZDROWIA

2.1. Reforma systemu ochrony zdrowia

Wystąpienie dr Janusza Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich w trakcie debaty sejmowej na temat ochrony zdrowia – 7 czerwca 2006 r.

Pani Marszałek, Wysoka Izbo,

Z wielką uwagą i szacunkiem wysłuchałem słów Pana Ministra Zdrowia Prof. Religii, któremu jak wielu z nas sekunduje w jego wysiłkach zmierzających do reformy służby zdrowia, jednego z podstawowych problemów reformy państwa. Pozwoliłem sobie skorzystać z przysługującego mi prawa wystąpienia przed Wysoką Izbą aby udzielić mu swego poparcia i aby podkreślić zagrożenia jakie dla praw obywatela wynikają z obecnej sytuacji w służbie zdrowia. Twierdzenie, iż polski system ochrony zdrowia znajduje się w głębokim kryzysie jest nieprawdziwe, nieadekwatne do rzeczywistości. Określenie „kryzys” nie może dotyczyć czegoś, co nie istnieje, co nigdy nie zostało właściwie zbudowane.

Jesteśmy ciągle w okresie przejściowym pomiędzy socjalistyczną „służbą zdrowia” a rynkową „opieką zdrowotną”; ciągle – systemowo – bliżej tej pierwszej, ale ze wszelkimi wadami drugiej.

Polska medycyna pozostaje jedną z niewielu enklaw realnego socjalizmu. Podejmowane nieśmiało cząstkowe próby jej urynkowania nie przyniosły zasługujących na uwagę rezultatów. Bo przecież nie można określić jako „normalną” sytuacji, w której pacjent, osoba płacąca składki na ubezpieczenie zdrowotne, nie wie jaki pakiet świadczeń medycznych ma zagwarantowany, w jakim standardzie oraz kto i w jakim terminie powinien je wykonać. Polska opieka zdrowotna jest – co każdy widzi – niewydolna, zbiurokratyzowana, przeżarta korupcją i zawłaszczona przez quasi-feudalny system, który w państwowych placówkach i na państwowym sprzęcie

pozwała pracować na użytek prywatny. Pacjent jest w tym systemie często zbędnym, dodatkiem.

Rozumiem oczywiście desperację nisko opłacanych lekarzy i pielęgniarek, którzy są – na równi z pacjentami – ofiarami tego patologicznego systemu ale jako Rzecznik Praw Obywatelskich nie mogę zaakceptować akcji protestacyjnych, polegających na odejściu lekarza czy pielęgniarki od łóżka chorego, czy odmowie udzielenia świadczenia zdrowotnego oczekiwanego przez pacjenta.

Czynienie z pacjentów swego rodzaju „zakładników” mających zagwarantować spełnienie przez rząd postulatów strajkujących lekarzy jest nadużyciem; szczególnie, gdy dochodzi do sytuacji, gdy takimi „zakładnikami” są mali pacjenci szpitali pediatrycznych.

Oczywiście, także środowiska medyczne mają – po spełnieniu określonych wymagań formalnych – prawo do strajku, ale także my, jako społeczeństwo i jako płatnicy składek ubezpieczenia zdrowotnego, czyli klienci mamy prawo, oczekiwać, że nie przekroczą one dopuszczalnych granic. Przypomnę, że na każdym z nas spoczywa obowiązek ratowania życia i zdrowia człowieka znajdującego się w bezpośrednim niebezpieczeństwie; nie może być z obowiązku tego zwolniony lekarz, nawet jeżeli akurat strajkuje. Jeśli z tego obowiązku się nie wywiąże powinien się liczyć z nie tylko z moralną odpowiedzialnością.

Niezależnie od winy systemu środowiska medyczne dość wyraźnie nie radzą sobie z dręczącymi je patologiami; nie potrafią zwalczać korupcji we własnych szeregach, reagować skutecznie na przypadki nadużywania alkoholu przez pracowników służby zdrowia, ograniczać przypadków wykorzystywania państwowych placówek i ich sprzętu do prowadzenia prywatnych praktyk, ani wymuszać podnoszenia kwalifikacji. Także działalność wewnętrznego sądownictwa korporacyjnego nie wydaje się skutecznie przeciwdziałać patologiom i nie chroni wystarczająco ofiar błędów lekarskich.

Uprawnienia te powinien przejąć ten, kto płaci za pracę lekarzy; by przynajmniej za publiczne pieniądze zatrudniać tylko tych, których umiejętności zawodowe i kwalifikacje moralne odpowiadają wysokiemu poziomowi społecznych oczekiwań.

Zmiana systemu opieki zdrowotnej w Polsce (czy raczej próba jego zbudowania od podstaw) musi wiązać się z przejęciem znacznej części dotychczasowych uprawnień izb lekarskich przez reprezentanta płatników składek zdrowotnych, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. We współczesnym świecie korporacje zawodowe nie mogą być dłużej sędziami we własnych sprawach. W tym kontekście chciałem przypomnieć, iż Konstytucja

tucja RP stanowi – w artykule 68 – iż „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. I dalej: „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Konstytucja precyzuje również, iż „warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. To zapis Ustawy Zasadniczej. Tylko tyle i jednocześnie aż tyle.

Z przywołanej normy konstytucyjnej nie należy jednak wyprowadzać – jak to czynią niektórzy – obowiązku stworzenia systemu „bezpłatnej” opieki zdrowotnej dla każdego. Taki system to iluzja; każde wykonane świadczenie kosztuje i ktoś za nie musi płacić.

Nie ma nigdzie w świecie, nawet w najbogatszych krajach, powszechnego systemu „bezpłatnej” opieki zdrowotnej. Nie istnieje też system, w którym wszelkie procedury lecznicze byłyby dostępne każdemu i od razu. Co więcej: większość (jeśli nie wszystkie) systemów opieki medycznej w krajach rozwiniętych podlega ostrej krytyce ze strony objętych nimi obywateli a w większości przypadków osoby zarządzające tymi systemami narzekają na ich permanentne „niedofinansowanie”.

Czy polska służba zdrowia jest także niedofinansowana? Większość z nas przytaknie temu machinalnie. Ale nie wiemy tego na pewno i nie wiemy na ile jest niedofinansowana. Nie wiemy, bo nie istnieje system liczenia kosztów w służbie zdrowia. Nie wiemy, bo nie ocenia się efektywności użycia przyznawanych środków i racjonalności ich wydatkowania.

Obok struktury organizacyjnej i skutecznego systemu finansowania służby zdrowia należy zatem stworzyć prawdziwą i rzetelną rachunkowość kosztów medycznych, trzeba zbudować system audytu finansowo-medycznego umożliwiającą ujawnianie realnych kosztów poszczególnych świadczeń i procedur oraz zapewniającą przejrzystość wykorzystania środków. Potrzebny jest także wiarygodny system monitoringu jakości gwarantujący pewien standard świadczeń i umożliwiający karanie odstępstw od tego standardu.

Bez tego będzie można zwiększać wydatki na opiekę zdrowotną do 6, 10 a nawet 15 procent produktu krajowego brutto. Można „dorzucić” 5, 10, 15 czy więcej miliardów każdego roku. Ten moloch, który nazywamy „służbą zdrowia” wchłonie wszystko. Wchłonie, ale pacjenci nie odczują widocznej poprawy. Choćbyśmy „topili” w naszych szpitalach i przychodniach nawet po 10 miliardów złotych rocznie więcej niż obecnie.

Skąd jednak wziąć na to pieniądze? Obywatela to nie interesuje! Ma on poczucie, że ściągnięto już z niego wystarczająco dużo a na dodatek nic w zamian nie dostaje. Kiedy potrzebuje opieki medycznej proponuje mu się odległe terminy albo przekonuje, że wyczerpał się „limit”.

Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje obecnie 36 miliardami rocznie; to jest ok. 4% polskiego PKB przy składce zdrowotnej sięgającej 8,75%. Ale ile trafia do służby zdrowia „prywatnie” – poprzez szarą strefę? Nie wiemy. Być może drugie tyle.

Wprowadzenie choć namiastki wolnego rynku do służby zdrowia uwolniłoby te środki i wprowadziło legalne, oficjalne tory finansowania. Niektórzy twierdzą, że nawet częściowe „urynkowanie” służby zdrowia uderzyłoby w najuboższych. Nic bardziej błędnego – to właśnie biedacy dźwigają ciężar finansowania obecnego systemu nie dostając nic w zamian. Bogatych bowiem zawsze stać na prywatną klinikę lub leczenie za granicą.

Oczywiście należy przyznać, że na dzisiejszą kondycję służby zdrowia składają się wieloletnie zaniedbania i zaniechania. To dziedzictwo kolejnych dziesięcioleci PRL-u, ale też skutek tego, że i po roku 1989 radykalne rozwiązania w tej dziedzinie przesuwane były w coraz to odleglejszą przyszłość.

Lecz obecnie zmian tych nie można już odkładać. Najważniejsze jest to, by jednoznacznie określony został zakres świadczeń gwarantowanych, tak aby każdy obywatel wiedział, jakiego świadczenia i jakich standardów leczenia ma prawo wymagać w ramach ubezpieczenia obowiązkowego, a co sfinansować musi we własnym zakresie.

Określenie zakresu i warunków udzielania tych świadczeń przywołane wcześniej postanowienia Konstytucji pozostawiają ustawodawcy – to wręcz nałożony na niego obowiązek. Obowiązek, który dotychczas nie został wykonany.

Oczywiście nie ma konstytucyjnych przeszkód dla wprowadzenia odpłatnych świadczeń ponadstandardowych finansowanych z ubezpieczenia dodatkowego, ani dla finansowania leczenia ofiar wypadków w ramach odpowiedzialności cywilnej sprawców, czy też składki „pielęgnacyjnej” odliczanej od podatku.

Chcę tutaj podkreślić, że zmian w takim kierunku Rzecznik Praw Obywatelskich kwestionować i kontestować nie będzie. Można także rozważyć – przy wprowadzeniu odpowiednich osłon dla najuboższych – kwestie ograniczonego współpłacenia pacjentów za świadczenia specjalistyczne oraz pobyt w szpitalu.

Czy jednak wszystko to nie są jednak tylko półśrodki? Te i inne projekty przedstawione w 10 punktowym programie reform powinny być traktowane jako ważny ale dopiero wstępny krok w kierunku kompleksowego planu efektywnego systemu opieki zdrowotnej, w którym nie będzie miejsca na koperty, kupowanie „cegiełek” czy wpłaty na różnego typu fundacje

w zamian za przyzwoite traktowanie w szpitalu czy „prywatne” przyspieszenie „państwowej” operacji. To ma być system, w którym przestaną istnieć placówki, które leczą drogo i źle a te, które potrafią to robić dobrze i tanio będą się rozwijać. Ma być to system, w którym przepływy finansowe są czytelne i dokładnie udokumentowane; bez żadnego marginesu na „szarą strefę”. Cel jest jasny. Świadomość, że tak dalej być nie może jest również oczywista. Potrzebna jest wola i determinacja. Pragnę życzyć wysokiej Izbie aby odnajdując w sobie tę determinację znalazła trafne odpowiedzi na problemy będące przedmiotem dzisiejszej debaty.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 10 lutego 2007 r.

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Oświadczenie Rzecznika Praw Obywatelskich po wizytacji w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W związku z dramatycznymi informacjami o możliwości zaprzestania leczenia dzieci z chorobą nowotworową w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu, poleciłem Pełnomocnikowi Terenowemu Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu osobiste zapoznanie się na miejscu z obecną sytuacją oraz prognozą dotyczącą ciągłości leczenia małych pacjentów kliniki. W toku wizytacji mój przedstawiciel uzyskał zapewnienie, że dzięki ofiarności społecznej oraz w wyniku negocjacji z wierzycielami, Klinika jest w stanie udzielać swych świadczeń bez większych zakłóceń przez dwa miesiące. Oddala się więc groźba pozbawienia chorych dzieci niezbędnej opieki medycznej, ale jest to jedynie rozwiązanie doraźne, które nie daje wystarczających gwarancji w większym wymiarze czasowym.

Ogromne zastrzeżenia z punktu widzenia ochrony godności człowieka, budzić musi sposób prezentacji problemów Kliniki w mediach elektronicznych. Niedopuszczalne, naruszające tę godność, jest przedmiotowe traktowanie dzieci dotkniętych chorobami onkologicznymi, poprzez

wykorzystywanie ich wizerunku i wypowiedzi dla osiągnięcia określonych efektów medialnych. To szczególnie niemoralne w sytuacji, gdy rozbudzone świadomie u tych dzieci poczucie zagrożenia, przekładać się może na obniżenie efektywności terapii. Pacjenci, a w szczególności ci najmłodszy, powinni pozostawać poza zasięgiem sporów w sprawach organizacyjnych i finansowych. Żadne okoliczności nie usprawiedliwiają działań, które mogłyby negatywnie wpłynąć na stan ich zdrowia.

Ostatnie wydarzenia we wrocławskiej Klinice oraz innych szpitalach, związane z zajęciem środków finansowych tych placówek przez komorników w związku z wieloletnim zadłużeniem, po raz kolejny pokazały ułomność systemu ochrony zdrowia. Znajduje się on w stanie krytycznym. Jest niewydolny, zbiurokratyzowany, coraz mniej przychylny pacjentowi. Źródłem kryzysu upatrywać należy nie tylko w wielkości środków finansowych z ubezpieczenia zdrowotnego, ale także w niewydolnej strukturze ochrony zdrowia oraz złym gospodarowaniu środkami. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli zdaje się osiągać dramatycznie niski poziom.

Głównym powodem utrzymujących się zjawisk kryzysowych w opiece zdrowotnej jest brak zgody elit medycznych i politycznych w sprawie podstawowego kierunku reform w systemie ochrony zdrowia. Ustawowym gwarancjom dostępu do usług zdrowotnych, nie towarzyszy jednoznaczne określenie zakresu i standardu tych usług, brak też instrumentów służących obywatelom do ich egzekwowania. To oczywista pożywka dla różnych patologii.

Istnieje pilna potrzeba dokonania głębokich zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny mieć charakter radykalny, ale winny być wprowadzane metodami ewolucyjnymi. Warunkiem koniecznym realizacji takiego przedsięwzięcia jest osiągnięcie porozumienia społecznego i politycznego, będącego efektem poważnej, wolnej od demagogii, debaty publicznej. Obowiązkiem władz publicznych jest przedstawienie społeczeństwu prawdy o sytuacji w ochronie zdrowia oraz wskazanie wariantowych propozycji jej poprawy, a także dokonanie zmian bez zwiększania zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Mając na względzie pilną konieczność podjęcia zdecydowanych działań na rzecz reformy, zwróciłem się do Ministra Zdrowia z prośbą o spotkanie. W czasie tego spotkania chcę przedstawić tezy, dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia, wypracowane w powołanym przez mnie zespole ekspertów, które – mam nadzieję spotkają się z Jego akceptacją.

**Tezy Rzecznika Prawa Obywatelskich
dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji
i finansowaniu ochrony zdrowia – 12 lutego 2007 r.**

Dramatyczna sytuacja części szpitali, związana z zajęciem środków finansowych tych placówek przez komorników w związku z wieloletnim zadłużeniem, ujawnia po raz kolejny ułomność systemu ochrony zdrowia. Znajduje się on w stanie krytycznym, jest niewydolny, zbiurokratyzowany, coraz mniej przychylny pacjentowi. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli zdaje się osiągać dramatycznie niski poziom.

Głównym powodem utrzymujących się zjawisk kryzysowych w opiece zdrowotnej jest brak zgody elit medycznych i politycznych w sprawie podstawowego kierunku reform w systemie ochrony zdrowia. Ustawowym gwarancjom dostępu do usług zdrowotnych nie towarzyszy jednoznaczne określenie zakresu i standardu tych usług, brak też instrumentów służących obywatelom do ich egzekwowania.

Istnieje pilna potrzeba dokonania głębokich zmian systemowych w ochronie zdrowia. Opowiadam się za oparciem tych zmian o następujące założenia:

1. Wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami w obszarze usług medycznych dostępnych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i dodatkowych.

2. Wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które powinny gwarantować dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijania kolejki, wyższego standardu pobytowego, wyboru lekarza itp.

3. W stosunku do ściśle określonej grupy osób, takich jak chorzy psychicznie, dzieci i młodzież do 18 roku życia oraz osoby niedołążne, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innych tytułów, obowiązek objęcia ubezpieczeniem i odprowadzenia składki musi obciążać z urzędu gminę.

4. Wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, według zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych, w celu zapewnienia pacjentom należytych standardów utrzymania.

5. Wprowadzenie zasady pełnego refundowania jedynie procedur skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo, zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pozostałe procedury powinny być refundowane do poziomu kosztu procedury najbardziej skutecznej klinicznie i efektywnej kosztowo.

6. Wprowadzenie standardów wykonywania procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali w zależności od ich spełnienia. Sieć szpitali powinna być wyznaczona odpowiednio do jakości wykonywanych usług, a nie według klucza akademickiego. Podniesieniu jakości świadczonych usług służyć będzie m. in. wprowadzenie obowiązku powtarzania co pięć lat egzaminu specjalizacyjnego przez wykonujących zawód lekarzy.

7. Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczenie w ten sposób roszczeniowej postawy niektórych pacjentów, w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych.

8. Partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia winna być obowiązkowa i zgodna z zasadą: „każdy stosownie do możliwości bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych”.

9. Każdy obywatel winien ponosić ryzyko związane z ewentualnym nie przystąpieniem do systemu, przez co podkreśla się suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji.

10. Wprowadzanie nowych zasad w systemie ubezpieczeniowym powinno nastąpić etapowo. Nowy system powinien być zaproponowany obywatelom, którzy jeszcze są na tyle młodzi, że rzadko korzystają z usług medycznych, np. do 45 roku życia. Pozostali pacjenci winni mieć gwarancje finansowania świadczeń medycznych na dotychczasowych zasadach.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 24 maja 2007 r.

**Stanowisko dr Janusza Kochanowskiego,
Rzecznika Praw Obywatelskich
w związku z aktualnym strajkiem lekarzy**

Rzecznik Praw Obywatelskich jest głęboko zaniepokojony kolejnym kryzysem w ochronie zdrowia, w sposób istotny rzutującym na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Szczególnym przedmiotem zainteresowania jest egzekucja praw pacjenta podczas strajku lekarzy, gdyż

zawieszono jest wykonywanie planowych zabiegów, a dostęp do porad medycznych został bardzo ograniczony.

Można zrozumieć sytuację lekarzy, a właściwie wszystkich pracowników służby zdrowia. Położenie lekarzy jest bardzo trudne, gdyż ich uposażenia nie są adekwatne do wagi wykonywanego zawodu i związanej z tym odpowiedzialności. Jednakże forma domagania się podwyżek wynagrodzeń w postaci strajku, polegającego na nie udzielaniu przez lekarzy pomocy pacjentom tego wymagającym, budzić musi wątpliwości z punktu widzenia specyfiki zawodu lekarza.

Uczestnictwo lekarzy w strajku pozostaje w kolizji z prawem obywateli do ochrony zdrowia. Godzi bowiem w zdrowie pacjentów, ponieważ odwlekanie wizyt lekarskich oraz przekładanie zabiegów i badań, w bliższej lub dalszej przyszłości przełoży się na stan ich zdrowia, a i bez tego raporty o zdrowotności polskiego społeczeństwa ujawniają dramatyczne dane.

Warto pamiętać, że przepisy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych uznają za niedopuszczalne zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu.

Wątpliwości budzi też formuła „strajku ogólnopolskiego” – wszak strajk jest instrumentem rozwiązywania sporów zbiorowych na poziomie przedsiębiorstwa, zaś jego legalność uzależniona jest od wyczerpania innych środków, przewidzianych w sporze między pracodawcą a zatrudnionym.

Rzecznik Praw Obywatelskich przyjął do wiadomości zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, wyrażone w mediach przez Wiceministra Zdrowia Bolesława Piechę, że resort podjął niezbędne środki dla złagodzenia skutków strajku dla pacjentów. Z uwagą jednakże obserwował będzie rozwój sytuacji, a szczególnie będzie go interesować, czy administracja publiczna wypełniła swoje zadania i w pełni zabezpieczyła pacjentów. Ponadto przedmiotem zainteresowania będą wszelkie odmowy wykonania świadczeń medycznych i ich przyczyny. W razie potrzeby Rzecznik podejmie określone działania interwencyjne.

Do wiadomości publicznej – na stronach internetowych – podane zostały tezy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia.

W sytuacji, której zaognienie narasta wraz z upływem czasu należy, ze spokojem i w sposób merytoryczny, rozpocząć dyskusję ujawniającą z jednej strony możliwości organizacyjne i finansowe systemu ochrony zdrowia, a z drugiej – oczekiwania wszystkich stron – lekarzy, pacjentów,

ubezpiezycieli i płatnika, a także polityków. Należy podkreślić, że narasta odpowiedzialność decydentów za zbyt wolne tempo reformowania systemu ochrony zdrowia, a także systemu finansów publicznych, który determinuje zasób pieniądza przeznaczony na finansowanie leczenia i wynagrodzenia. Ten brak zdecydowania skazuje pacjentów i środowisko medyczne na permanentny kryzys w ochronie zdrowia.

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 23 czerwca 2007 r.

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

**Stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich
dr Janusza Kochanowskiego w związku z rozszerzającą się
akcją protestacyjną pracowników ochrony zdrowia**

Rzecznik Praw Obywatelskich jest głęboko zaniepokojony eskalacją konfliktu i pogłębiającym się kryzysem w ochronie zdrowia, w sposób istotny rzutującym na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Zajmowanie przez pielęgniarki pokoju w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, jak również spędzanie nocy i dni na ulicy przez zdeterminowane kobiety są to symptomy konfliktu społecznego, który może jeszcze zaognić się po dołączeniu się do protestu pielęgniarek przedstawicieli innych zawodów.

Szczególnym przedmiotem zainteresowania RPO jest prawo do ochrony zdrowia i życia pacjenta podczas strajku pracowników służby zdrowia, gdyż dostęp do świadczeń medycznych został w tym czasie bardzo ograniczony. Zaniepokojenie budzi ograniczenie dostępu do procedur ratujących życie i zdrowie pacjentów. Ponadto strajk jest instrumentem rozwiązywania sporów zbiorowych na poziomie przedsiębiorstwa, zaś jego legalność uzależniona jest od wyczerpania innych środków, przewidzianych w sporze między pracodawcą a zatrudnionym.

Rzecznik Praw Obywatelskich przyjmuje do wiadomości stanowiska Ministerstwa Zdrowia i Premiera Rządu RP i dlatego z uwagą i zaniepokojeniem obserwował będzie rozwój sytuacji, a szczególnie będzie go interesować, czy administracja publiczna wypełniła swoje zadania i w pełni zabezpieczyła pacjentów.

RPO rozumie sytuację pielęgniarek i pozostałych pracowników służby zdrowia. Ich położenie jest bardzo trudne, gdyż uposażenia przez nich otrzymywane nie są adekwatne do wagi wykonywanego zawodu i związanej z tym odpowiedzialności. Podwyżka wynagrodzeń o 30% nie wpłynęło na zmianę nastrojów wśród pracowników służby zdrowia. Wynika z tego, że samo zwiększenie wydatków nie jest głównym lekarstwem, a uwagę należy skoncentrować na systemowych rozwiązaniach.

Istnieje potrzeba niezwłocznego rozpoczęcia reformowania systemu ochrony zdrowia, a także systemu finansów publicznych, który determinuje zasób pieniądza przeznaczony na finansowanie leczenia i wynagrodzenia, a także efektywność jego wykorzystania. Brak zdecydowanych działań skazuje nie tylko pacjentów i środowisko medyczne na permanentny i pogłębiający się kryzys w ochronie zdrowia, ale także prowadzi do niepokojów społecznych.

Rzecznik proponuje merytoryczne rozmowy zainteresowanych stron o reformie opieki zdrowotnej. Uważa, że rezygnacja ze strajku i roszczeń finansowych w zamian za rzeczowe rozmowy o przyszłości systemu opieki zdrowotnej jest sposobem na wyjście polskiego systemu ochrony zdrowia z nieustającego i utrwalającego się kryzysu. Zdaniem Rzecznika jedynym rozwiązaniem narastającego konfliktu i niezadowolenia zarówno pracowników służby zdrowia, jak i pacjentów, jest zmiana systemu ochrony zdrowia dostosowana do aktualnych warunków finansowych, demograficznych i epidemiologicznych.

Do powszechnej wiadomości – na stronach internetowych – podane zostały tezy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia. Rzecznik Praw Obywatelskich zamierza przedstawić opinii publicznej oraz organom odpowiedzialnym za realizację konstytucyjnego prawa obywateli do ochrony zdrowia dalsze propozycje w tym zakresie. Rzecznik liczy, że stanie się to impulsem do powszechnej debaty oraz wpłynie na przyspieszenie działań na rzecz niezbędnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 29 czerwca 2007 r.

dr Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat Rzecznika Praw Obywatelskich

Rzecznik Praw Obywatelskich dr Janusz Kochanowski z zadowoleniem przyjął przedstawienie opinii publicznej przez Ministra Zdrowia Pana Profesora Zbigniewa Religę wyników dotychczasowych prac nad „koszykiem usług medycznych”. Przedstawiony projekt Rzecznik uznaje za krok w dobrym kierunku – uporządkowania systemu udzielania oraz finansowania świadczeń medycznych, poprzez wyraźne określenie zakresu świadczeń, gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Rzecznik Praw Obywatelskich podtrzymuje swe poparcie dla reformatorskich działań Ministra Zdrowia, zmierzających do stworzenia efektywnego systemu, gwarantującego realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia.

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, dnia 3 lipca 2007 r.

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat Rzecznika Praw Obywatelskich

Rzecznik Praw Obywatelskich jest głęboko zaniepokojony eskalacją konfliktu i pogłębiającym się kryzysem w ochronie zdrowia, w sposób istotny rzutującym na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie podkreślał, że warunkiem rzeczywistego rozwiązania istniejących problemów jest **podjęcie merytorycznej debaty** publicznej i **uzgodnienie przez wszystkich zainteresowanych warunków ustanowienia nowego systemu ochrony zdrowia**. Praktyka stosowania jedynie doraźnych rozwiązań nie może zagwarantować ani podstawowych praw pacjenta, ani doprowadzić do stabilizacji zawodowej i ekonomicznej pracowników służby zdrowia.

Wobec powyższego Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca się **z prośbą do strajkujących o zaniechanie tych form protestu, które zagrażają życiu lub zdrowiu pacjentów**. Rzecznik wzywa też **polityków, aby obszar ochrony zdrowia został wyłączony ze sporów politycznych**. Umożliwi to podjęcie merytorycznej debaty, w wyniku której mogą zostać stworzone warunki realizacji zagwarantowanych w Konstytucji praw obywateli.

W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich należy przyjąć następujące założenia postulowanego systemu ochrony zdrowia:

1. Korelacja solidaryzmu społecznego z suwerennością jednostki,
2. Skonstruowanie trójfilarowego systemu, wykorzystującego doświadczenia reformy emerytalnej,
3. Demonopolizacja płatnika na poziomie koszyka świadczeń gwarantowanych,
4. Zdefiniowanie nowej roli samorządu terytorialnego, wzmacniającej bezpieczeństwo zdrowotne.

Projektowane zmiany systemowe powinny mieć charakter radykalny, ale w jak najmniejszym stopniu zagrażać poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Oslabienie wpływu politycznego na ochronę zdrowia i konsekwentne respektowanie zasad ekonomicznych umożliwi skonstruowanie i funkcjonowanie neutralnego systemu, który zagwarantuje jakość i dostępność świadczeń medycznych dla pacjentów, a całemu społeczeństwu – poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Ponadto pracownicy ochrony zdrowia będą mogli pracować w warunkach odpowiadających randze ich zawodów i otrzymywać wynagrodzenie adekwatne do ich wykształcenia i odpowiedzialności jednocześnie umożliwiające godne życie i rozwój zawodowy.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 10 lipca 2007 r.

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat Rzecznika Praw Obywatelskich

W dniu 3 lipca br. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił **założenia systemu ochrony zdrowia** przygotowane przez ekspertów powołanego przez niego Zespołu ds. reformy systemu ochrony zdrowia. W sytuacji pogłębiającego się konfliktu między pracownikami służby zdrowia a rządem Rzecznik Praw Obywatelskich zgłosił propozycję otwarcia **debaty publicznej** na temat warunków ustanowienia nowego systemu ochrony zdrowia.

W ostatnim tygodniu nastąpiła eskalacja kryzysu. Podejmowane formy protestu, zdaniem Rzecznika, istotnie zagroziły bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli – ewakuacja pacjentów ze szpitala przy ul. Barskiej w Warszawie oraz dramatyczna sytuacja pacjentów łódzkich szpitali pozbawionych odpowiedniej opieki medycznej. Rzecznik Praw Obywatelskich nie może pozostawać obojętny wobec takich sytuacji.

Podczas dzisiejszej konferencji prasowej Rzecznik raz jeszcze zaapelował do protestujących pracowników służby zdrowia o umiar w wyborze form protestu i powstrzymanie się od działań, które mogą stanowić realne zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów. Równocześnie ponownie zwrócił się do polityków wszystkich stronnictw politycznych, by w poczuciu odpowiedzialności za stan bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli przystąpili niezwłocznie do debaty poświęconej tworzeniu nowego systemu ochrony zdrowia i wyłączyli tę sferę z bieżącej gry politycznej.

Przedstawiciele Zespołu przy Rzeczniku Praw Obywatelskich – Pani prof. Ewelina Nojszewska i Pan Grzegorz Nogas – omówili **zagadnienia dotyczące realizacji, ochrony i egzekucji praw pacjenta w proponowanym modelu oraz ekonomiczne problemy konstruowania systemu ochrony zdrowia.**

Konferencja była kolejnym krokiem do stworzenia forum debaty, której wznowienie – z udziałem ekspertów wszystkich zainteresowanych stron – nastąpi we wrześniu br.

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 22 listopada 2007 r.

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat Rzecznika Praw Obywatelskich

W dniu 22 listopada odbyła się kolejna, trzecia debata publiczna Rzecznika Praw Obywatelskich Pana Janusza Kochanowskiego, dotycząca warunków ustanowienia nowego systemu ochrony zdrowia gwarantującego właściwe zabezpieczenie praw pacjentów. W debacie uczestniczyli eksperci biorący udział w pracach Zespołu ds. Reformy Ochrony Zdrowia powołanego przez Rzecznika Praw Obywatelskich – Pani Prof. Ewelina Nojszewska ze Szkoły Głównej Handlowej, Pan Grzegorz Nogas dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego i Ubezpieczeń Społecznych WSB-NLU w Nowym Sączu, Tomasz Gellert dyrektor Zespołu Administracji Publicznej, Zdrowia i Ochrony Praw Cudzoziemców w Biurze RPO oraz zaproszeni goście – Pan Poseł Marek Balicki wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, Pan Konstanty Radziwiłł prezes Naczelnej Rady lekarskiej, Pan Andrzej Włodarczyk przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Pan Waldemar Wierzba dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych, Pani Agnieszka Chłoń-Domińczak, Dyrektor Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz MIPS, Pan Tomasz Korkosz, Rzecznik Prasowy Naczelnej Rady Lekarskiej, Grzegorz Krasieński, Paweł Kalbarczyk i Jakub Owoc z Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Rzecznik Praw Obywatelskich przypomniał przesłanki, dla których powołał Zespół i sukcesywnie udostępnia opinii publicznej jego dorobek. Wskazał też na generalne założenia pożądanego modelu finansowania i organizacji ochrony zdrowia. Przedmiotem dalszej debaty była sprawa tzw. „koszyka” świadczeń medycznych, gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W prezentacji zespołu eksperckiego oraz dyskusji wskazywano na uwarunkowania medyczne i ekonomiczne dobrej konstrukcji takiego „koszyka”. Podjęto też problematykę współpłacenia pacjentów za niektóre świadczenia zdrowotne. Rzecznik Praw Obywatelskich zapowiedział zorganizowanie kolejnych debat.

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-574927-X/07/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 17 grudnia 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Z satysfakcją przyjąłem wyrażoną w *expose* Pana Donalda Tuska, Prezesa Rady Ministrów deklarację, iż zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, poprzez naprawę systemu ochrony zdrowia, będzie jednym z „absolutnie pierwszoplanowych zadań rządu”. Obecny, katastrofalny stan w tym obszarze wymaga niezwłocznego wprowadzenia niezbędnych zmian – przede wszystkim dla dobra pacjentów, ale także dla poprawy warunków pracy personelu medycznego.

Podjęmowane dotąd próby nie przyniosły oczekiwanych rezultatów – do przyczyn tych niepowodzeń z pewnością należy zaliczyć dotychczasowy brak konsensusu politycznego i społecznego co do proponowanych kierunków zmian, uwzględniających obiektywne warunki funkcjonowania systemu, w tym zwłaszcza jego zasoby osobowe, finansowe i rzeczowe. W konsekwencji obserwowaliśmy próby reform i „kontrreform”, a także zmiany o charakterze wycinkowym, czego konsekwencją jest niespójność i niekompletność regulacji prawnych dotyczących systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Z pozycji Rzecznika Praw Obywatelskich ze szczególną troską i zainteresowaniem obserwuję działania władz publicznych na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Zdecydowałem także o powołaniu specjalnego zespołu ekspertów, których zadaniem jest przygotowanie propozycji założeń optymalnego systemu ochrony zdrowia. Jak informowałem w piśmie z dnia 19 listopada 2007 r. zespół przedstawił już podstawowe tezy programu; są one omawiane w toku realizowanego obecnie cyklu debat publicznych. W uzupełnieniu przekazanych materiałów, przesyłam prezentację z ostatniego spotkania, polecając szczególnej uwadze propozycje dotyczące metody określenia koszyka świadczeń medycznych.

Wypada zauważyć, że istnieje zgodność między podstawowymi celami przyjętymi przez obecny rząd a założeniami sformułowanymi przez zespół

ekspertów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Do elementów zbieżnych należy zaliczyć w szczególności postulaty:

1. niezwłocznego skonstruowania nowego, racjonalnego, a więc skutecznego klinicznie i efektywnego kosztowo (ekonomicznie) systemu ochrony zdrowia, a nie wprowadzanie powierzchownych, fragmentarycznych zmian, których efektem są tylko kolejne utrudnienia dla wszystkich uczestników systemu;

2. szybkiego określenia tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli zbioru procedur wraz z ich wyceną, dostępnych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego;

3. wprowadzenia ubezpieczenia dodatkowego, z którego finansowane byłyby zwłaszcza świadczenia spoza koszyka świadczeń podstawowych, realizowane zarówno w szpitalach publicznych, jak i niepublicznych;

4. przeprowadzenia demonopolizacji płatnika – wprowadzenia konkurencji między płatnikami o świadczeniodawców w obszarze usług medycznych dostępnych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i dodatkowych;

5. wprowadzenia zmian prawnych regulujących funkcjonowanie świadczeniodawców, zapewniających w szczególności równe traktowanie świadczeniodawców publicznych i niepublicznych (umożliwi to szpitalom publicznym zawieranie kontraktów z ubezpieczycielami prywatnymi, co pozwoli efektywnie wykorzystać posiadane przez te szpitale zasoby i poprawić warunki świadczonych usług, a więc ich jakość oraz dostępność);

6. umożliwienia konkurowania między świadczeniodawcami o kontrakty z poszczególnymi funduszami ubezpieczeniowymi;

7. wprowadzenia zmian w zakresie kształcenia zawodowego personelu medycznego.

W odpowiedzi na zaproszenie Pana Premiera do współpracy w dziele naprawy systemu ochrony zdrowia, pragnę zapewnić o swej otwartości na współpracę w zakresie wypracowania i tworzenia efektywnego modelu systemu ochrony zdrowia, gwarantującego właściwe zabezpieczenie praw pacjentów. Mam nadzieję, że Pani Minister zechce rozważyć możliwość spotkania – z udziałem ekspertów zespołu przy Rzeczniku Praw Obywatelskich – podczas którego moglibyśmy omówić podstawowe założenia programu.

Łączę wyrazy szacunku

/-/Janusz Kochanowski

Tezy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia

1. Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczenie w ten sposób roszczeniowej postawy niektórych pacjentów w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych przy jednoczesnym wyznaczeniu zakresu obowiązków państwa.

2. Obowiązkowa partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia, zgodnie z zasadą „każdy stosownie do możliwości, bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych”, która oznacza ponoszenie ryzyka związanego z nieprzystąpieniem do systemu ochrony zdrowia, co podkreśla suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji. W stosunku do ściśle określonej grupy osób, takich jak chorzy psychicznie, dzieci i młodzież do 18 roku, kobiety w ciąży, osoby niedołążne, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innych tytułów, wprowadzenie dla gminy obowiązku objęcia ich ubezpieczeniem i odprowadzenia składki.

3. Zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz koszyka świadczeń ponadstandardowych wymagających współfinansowania, zawierających procedury i ich wyceny.

4. Skonstruowanie trójfilarego systemu, w ramach którego: I filar obejmuje świadczenia gwarantowane otrzymywane w ramach płatonej składki na zdrowotne ubezpieczenie obowiązkowe, II filar obejmuje świadczenia spoza zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach składki obowiązkowej, finansowane bezpośrednio lub z ubezpieczenia dodatkowego, III filar obejmuje pozostałe świadczenia, jak np. operacje plastyczne lub ubezpieczenia na długie życie w całości finansowane bezpośrednio lub dzięki ubezpieczeniu komercyjnemu.

5. Wprowadzenie dodatkowych, komercyjnych ubezpieczeń gwarantujących dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijanie kolejki, podnoszenie standardu pobytowego lub wybór lekarza.

6. Wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, według zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w celu zapewnienia pacjentom należytych standardów utrzymania. Ponadto wprowadzenie współpłacenia za wizyty u lekarza.

7. Wprowadzenie konkurencji między płatnikami, publicznymi i prywatnymi, w obszarze świadczeń zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych – I filar i dodatkowych – II filar.

8. Wprowadzenie standardów procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali oraz wyznaczenie sieci szpitali odpowiednio do rodzaju i jakości wykonywanych świadczeń medycznych, a nie według klucza akademickiego.

9. Uporządkowanie przepisów prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

10. Etapowe wprowadzanie nowych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych dla osób poniżej np. 45 roku życia, przy zachowaniu gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego dla osób starszych.

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 4 lutego 2008 r.

MZ-UZ-F-0706-10690-5/HŻ/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem Pana Rzecznika z dnia 17 grudnia 2007 r. (znak: RPO-574927-I/07/MK) w sprawie „wprowadzenia niezbędnych zmian w systemie ochrony Zdrowia” oraz spotkania w celu omówienia przedmiotowych zagadnień, uprzejmie zapraszam Pana Rzecznika na spotkanie w Ministerstwie Zdrowia (Sala Kolegialna) w dniu 14 lutego 2008 r. o godzinie 11.00.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

BIURO

Warszawa, 14 lutego 2008 r.

Rzecznika Praw Obywatelskich

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat**Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i Ministerstwa Zdrowia**

W dniu 14 lutego 2008 r., z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich Pana dr Janusza Kochanowskiego, odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z Minister Zdrowia Panią Ewą Kopacz, poświęcone sytuacji w ochronie zdrowia. W czasie spotkania podkreślono daleko idącą zgodność stanowisk i poglądów, dotyczących potrzeby dokonania głębokich reform systemowych, które zatrzymają dalszą eskalację zjawisk kryzysowych i służyć będą należycie dobru pacjenta. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił Pani Minister założenia reformy systemu ochrony zdrowia oraz pożądaných kierunków zmian w zakresie jej organizacji i finansowania, opracowane przez ekspertów Rzecznika. Zadeklarowano kontynuowanie wymiany poglądów na ten temat.

W spotkaniu, Pani Minister towarzyszyli – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek, Podsekretarze Stanu Mariola Dwornikowska, Adam Fronczak i Marek Twardowski, Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Sylwia Lis, Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Artur Fałek, Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia Piotr Warczyński. Ze strony Rzecznika Praw Obywatelskich, w spotkaniu udział wzięli – członkowie Zespołu Ekspertckiego ds. Reformy Ochrony Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich prof. Ewelina Nojszewska i Grzegorz Nogas, Pełnomocnik Rzecznika Praw Obywatelskich ds. Rodziny prof. Janusz Szymborski, Dyrektor Zespołu Administracji Publicznej Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Tomasz Gellert oraz St. Specjalista w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Magdalena Kuruś.

Reforma polskiego Systemu Ochrony Zdrowia. Uwagi Rzecznika Praw Obywatelskich – 14 luty 2008 r.

Pogłębiający się kryzys w systemie ochrony zdrowia i wynikający z niego **brak warunków realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia** stanowią przesłanki szczególnego zainteresowania tym obszarem Rzecznika Praw Obywatelskich.

Wszyscy uczestnicy systemu, a w szczególności pacjenci, odczuwają brak gwarancji ze strony państwa. Przed państwem stoi więc obecnie zadanie stworzenia właściwych ram instytucjonalno-prawnych i określenia reguł zapewniających odpowiedni poziom finansowania nowoczesnego systemu ochrony zdrowia, przyjaznego przede wszystkim dla pacjenta, ale także pozostałych stron.

W istniejących, dramatycznych wręcz warunkach zadaniem powołanego przez Rzecznika Praw Obywatelskich w 2006 roku Zespołu ekspertów było opracowanie założeń docelowego systemu ochrony zdrowia, zawierającego najważniejsze cechy gwarantujące jego sprawne funkcjonowanie.

System powinien być mechanizmem samoregulującym się dzięki decyzjom podmiotów go tworzących. Największym zagrożeniem jest bowiem „ręczne sterowanie” polityków – co nie oznacza, że regulatorem jest rynek. System ochrony zdrowia jest szczególną sferą gospodarowania, dotyczącą zdrowia i życia ludzkiego, i dlatego konieczny jest udział państwa. Polegać on powinien na sformułowaniu odpowiednich przepisów prawnych eliminujących, a co najmniej ograniczających, niesprawności mechanizmu rynkowego i umożliwiających efektywne egzekwowanie praw pacjenta.

Elementem niezbędnym jest upowszechnianie wiedzy o ekonomicznych i finansowych uwarunkowaniach systemu ochrony zdrowia i pracach rządzących jego funkcjonowaniem. Bez zrozumienia i przychylności uczestników systemu niemożliwe jest jego stworzenie w postaci zupełnie odmiennej od obecnej, gdzie dominują roszczeniowe postawy ogromnej części społeczeństwa. Jednak trudno będzie zdobyć tę przychylność w sytuacji, kiedy wielu pacjentów nie otrzymuje obecnie świadczeń, które im się słusznie należą, tj. bez których stan ich zdrowia może ulec istotnemu pogorszeniu (szczególnie alarmujące są informacje dotyczące onkologii!).

Konieczne jest budowanie świadomości wszystkich obywateli oraz poczucia ich odpowiedzialności za własne zdrowie i życie.

Racjonalne zachowania, uwzględniające działania profilaktyczne, mogą istotnie wpłynąć na stan zdrowotności społeczeństwa i przesunąć część środków na finansowanie innych procedur medycznych, których poziom skomplikowania i kosztów nieustannie rośnie.

Najważniejszą proponowaną zmianą jest **likwidacja monopolu NFZ**, przy wzmocnieniu pozycji płatnika, **i otwarcie przestrzeni dla konkurencji między płatnikami**, publicznym(-i) i prywatnym(-i). Płatnicy konkurujący między sobą o świadczeniodawców będą pilnować efektywności kosztowej oraz dbać o jakość świadczeń. Jednocześnie świadczeniodawcy zabiegać będą o kontrakty z płatnikami, dzięki dbałości o efektywność kliniczną i ekonomiczną. Rynek świadczeń medycznych jest jednym z najbardziej zyskownych i do zadań państwa należy stworzenie warunków instytucjonalno-prawnych do zarządzania systemem przez konkurencję przy jednoczesnym zabezpieczeniu praw pacjentów.

Po okresie socjalizmu i ukształtowaniu się postaw roszczeniowych niezwykle ważną kwestią jest kształtowanie odpowiedzialności obywatelskiej. Mądry i odpowiedzialny obywatel to także racjonalny i odpowiedzialny pacjent, dbający o swoje zdrowie i ze względu na silne ograniczenie budżetowe systemu, współuczestniczący w finansowaniu leczenia. Dlatego najbardziej bolesną – koniecznością – jest wprowadzenie dodatkowych, poza obowiązkową składką, opłat w postaci: dodatkowego ubezpieczenia, czyli składek płaconych dobrowolnie lub „dopłat bezpośrednich”, czyli kosztów pokrywanych bezpośrednio przez pacjenta w przypadku skorzystania z określonego świadczenia medycznego.

Zakres i siła koniecznych zmian jest ogromna.

Niezbędne jest zwiększenie nakładów na finansowanie systemu ochrony zdrowia. Pacjenci powinni bowiem mieć umożliwiony dostęp do świadczeń medycznych w zakresie i o standardzie, który odpowiada aktualnym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa (populacji). Pracownicy służby zdrowia powinni otrzymywać wynagrodzenie adekwatne do wykształcenia i ponoszonej odpowiedzialności, jednakże w wysokości relatywnej do innych wysokokwalifikowanych zawodów i warunków ekonomicznych państwa (na uwzględnienie zasługują jedynie roszczenia usprawiedliwione).

Należy zastanowić się nad źródłem pozyskania dodatkowych środków. Oczywiście, podwyższenie składki umożliwi dopływ większej ilości pieniądza do systemu, ale przy odpowiednim zarządzaniu finansami nie wydaje się to być konieczne. Sama składka powinna być pobierana przez urzędy skarbowe i powinna być nią objęta jak największa część społeczeństwa, czyli także rolnicy i ta część bezrobotnych, którzy uchylają

się od pracy. Niemożliwa jest zmiana systemu ochrony zdrowia bez poruszenia także innych elementów tworzących system finansów publicznych. Docelowo wskazana jest zmiana formuły opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez rolników (likwidacja lub gruntowna reforma KRUS¹; uwzględniając przyjętą relację między uzyskiwanym dochodem a opłacaną składką, uzasadnianie obecnych zasad ubezpieczenia stosowanych w stosunku do dość licznej grupy społecznej m. in. trudnościami z określeniem zasad służących ustalaniu wysokości przychodowości działalności rolniczej w XXI wieku nie może być wystarczające dla takiego jak obecne uprzywilejowania!) i rewizja polityki socjalnej.

Państwa nie stać, aby wszyscy dostawali wszystkie świadczenia przy finansowaniu wyłącznie ze składek, i to płaconych przez część społeczeństwa. Państwo, deklarując dostęp wszystkim obywatelom do wszystkich usług medycznych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, tworzy warunki do istnienia szarej strefy i drogich usług medycznych dla wybranych. Nie wspominając o tym, że w praktyce łamie zasadę równego dostępu obywateli do usług medycznych.

Utrzymywanie wpływów do publicznego systemu ochrony zdrowia na obecnym poziomie wymusza ograniczenie ilości i jakości świadczeń. Obecna składka nie może nam gwarantować odpowiedniej dostępności i poziomu świadczeń. Dlatego trzeba poszukiwać innych rozwiązań. Należy podkreślić, że dalsze równoległe funkcjonowanie systemu prywatnego i publicznego pogłębia różnice wynikające z zasobności portfela poszczególnych osób. **Sposób włączenia do systemu dodatkowych „strumieni pieniądza” stanowi wyzwanie dla Rządu.**

Nowy system nie powinien w całości zastępować poprzedniego. Podobnie, jak w przypadku reformy emerytalnej, nowy system powinien być wprowadzony dla ludzi do pewnego wieku, np. do 45 roku życia, a następnie obejmować coraz starszych wraz ze starzeniem się początkowej kohorty. Jest to uwarunkowane koniecznością zagwarantowania ludziom starszym, a więc i „droższym” dla systemu, co najmniej nie gorszych – w porównaniu do uczestników zmienionego systemu – warunków leczenia.

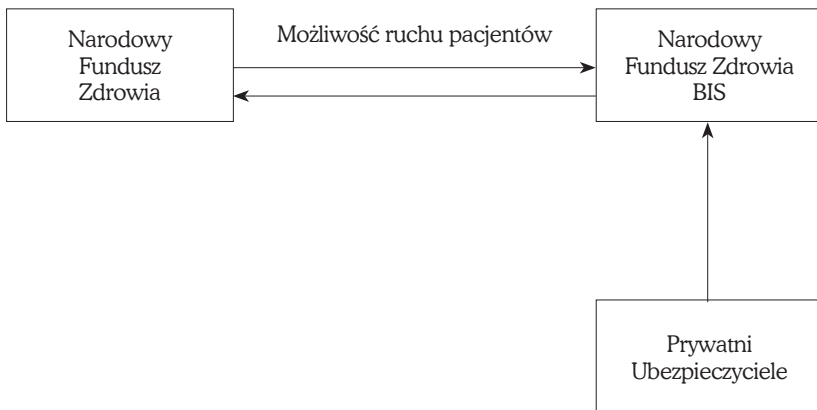
¹ Por. wniosek RPO do Trybunału Konstytucyjnego złożony w dniu 12 listopada 2007 r.

Tezy dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia

1. Demonopolizacja płatnika przy wzmocnieniu jego pozycji. Wprowadzenie konkurencji między płatnikami, publicznymi i prywatnymi, w obszarze świadczeń zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych – I filar i dodatkowych – II filar. Stworzenie UNUZ.

a. NFZ BIS

Pomysł na reformę polega na stworzeniu równoległego do NFZ płatnika – NFZ *BIS*, działającego jako prywatna instytucja ubezpieczeniowa. Instytucja ta zajęłaby się kontraktowaniem oraz kontrolą umów o realizację świadczeń medycznych. Działałaby na rzecz prywatnych firm ubezpieczeniowych. Miałaby taką samą ofertę ubezpieczeniową i odpowiedzialność. Instytucja ta mogłaby być kontrolowana również przez państwo, np. poprzez wykupienie przez Skarb Państwa części udziałów. Obydwie instytucje podlegałyby kontroli państwa poprzez UNUZ (Urząd Nadzoru nad Ubezpieczeniami Zdrowotnymi).



Należy podkreślić, że pacjenci w tej koncepcji mają możliwość wyboru płatnika i zawsze mogą go zmienić. Płatnik zobowiązany jest wtedy do przelania całości lub ustalonej wcześniej części budżetu zgromadzonego przez pacjenta z opłacanych przez niego składek. Kosztem wejścia na rynek prywatnego ubezpieczyciela będzie współfinansowanie DRG, koszyka świadczeń gwarantowanych, systemu informatycznego i innych nowoczesnych metod zarządzania w ubezpieczeniach zdrowotnych.

2. Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczenie w ten sposób roszczeniowej postawy niektórych pacjentów w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych przy jednoczesnym wyznaczeniu zakresu obowiązków państwa.

a. Zakres odpowiedzialności państwa realizowanej w ramach solidaryzmu społecznego zawiera się w:

- obowiązku zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych i zapewnienia środków na ich realizację,
- zagwarantowaniu dostępu do procedur medycznych ratujących życie,
- zapewnieniu opieki medycznej osobom niepełnosprawnym, znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej z powodów losowych, chorym psychicznie, kobietom w ciąży, nieletnim, niezależnie od ich sytuacji materialnej

– reaktywowania UNUZ-u, tj. instytucji realizującej politykę zdrowotną państwa i później sprawującą kontrolę nad płatnikami.

b. Zakres odpowiedzialności (każdego, obywatela, ubezpieczonego, świadczeniobiorcy): Partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia (SOZ) jest obowiązkowa i zgodna z zasadą: „każdy stosownie do możliwości bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych”. Jest to wyraz idei solidaryzmu społecznego. Obywatel ponosi ryzyko związane z ewentualnym nieprzystąpieniem do systemu, przez co podkreśla się suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji.

c. Wzmacnianie postawy odpowiedzialności ubezpieczonego za swoje zdrowie poprzez współpłacenie, np. tzw. opłaty hotelowe i za dostęp do droższych procedur medycznych, w zależności od wypełniania poleceń lekarza, np. schudnij, nie pal, bierz regularnie leki.

d. Tworzenie indywidualnych kont tzw. składka na długie życie.

3. Obowiązkowa partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia, zgodnie z zasadą „każdy stosownie do możliwości, bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych”, która oznacza ponoszenie ryzyka związanego z nieprzystąpieniem do systemu ochrony zdrowia, co podkreśla suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia konsekwencji.

a. Każdy ma obowiązek ubezpieczenia się w pierwszym i drugim filarze. Trzeci filar jest dobrowolny, podobnie jak w systemie emerytalnym.

b. Odprowadzanie składek za osoby nie partycypujące w utrzymaniu systemu powinno być zadaniem pomocy społecznej, a więc gminy, a nie budżetu państwa. Tylko na poziomie społeczności lokalnej możliwe jest

weryfikowanie realnej sytuacji dochodowej i majątkowej obywateli, stosowanie jakichkolwiek środków dyscyplinujących, zwłaszcza wobec bardzo zróżnicowanej grupy tzw. bezrobotnych. Tylko gmina może wreszcie zidentyfikować osoby, które powinny zostać objęte ubezpieczeniem z urzędu.

c. Samorząd nie podejmuje działań z urzędu – osoba, która nie jest ubezpieczona, i której nie stać na opłacenie składki na zasadach ogólnych powinna zgłosić się do odpowiedniego organu z wnioskiem o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach pomocy społecznej. To rozwiązanie ma na celu skłonienie zdecydowanie większej liczby osób do samodzielnego opłacania składki. Nastąpiło odwrócenie sytuacji: to obywatel ma obowiązek zapłacenia składki, a jeśli tego nie może zrobić, to musi iść do gminy i wykazać, że tak jest w rzeczywistości.

4. Zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych w I filarze ubezpieczenia.

Według danych NFZ 80% kosztów ponoszonych jest na 10% procedur: Dla szybkiego osiągnięcia bardzo wyraźnych korzyści wystarczy TE procedury skatalogować i poddać szczegółowej weryfikacji pod kątem: rzeczywistej liczby wykonanych świadczeń, ich kosztów, zasadności ich wykonania.

5. Skonstruowanie trójfilarego systemu ubezpieczenia zdrowotnego opartego na doświadczeniach reformy emerytalnej.

Skorzystajmy z doświadczeń reformy, która uważana jest w Europie za jeden z największych sukcesów. I filar obejmuje świadczenia gwarantowane, II filar obejmie świadczenia wymagające dodatkowego ubezpieczenia i składkę na długie życie, III filar obejmuje świadczenia efektywniejsze klinicznie, ale zdecydowanie droższe.

6. Wprowadzenie II i III filara komercyjnych ubezpieczeń gwarantujących dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijania kolejki, podnoszenia standardu pobyтового lub wybór lekarza.

a. System ubezpieczeniowy oparty o składkę naliczaną oprócz podatku dochodowego i pobieraną przez US do Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych jest realizacją zasady solidaryzmu społecznego. Rozłożenie obowiązku partycypacji powinno być sprawiedliwe, a więc również rolnicy i część bezrobotnych (co najmniej ci, którzy kilkakrotnie odmówią przyjęcia oferty pracy) powinni być obciążeni obowiązkiem opłacania składki, np. na podstawie posiadanego majątku. Formułę objęcia ubezpieczeniem można określić następująco: każdy, kto płaci podatek, ma płacić składkę, a obowiązek wnoszenia składki jest egzekwowany w trybie publicznoprawnym.

b. Dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe można wykupić u ubezpieczycieli prywatnych i publicznych, które podlegają nadzorowi ubezpieczeniowemu i gwarancjom ze strony budżetu państwa: ubezpieczenia komercyjne przyjmą się dopiero za jakieś 10 lat. Na obecnym etapie rozwoju materialnego społeczeństwa nie będzie to znaczące źródło finansowania.

7. Wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, według zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w celu zapewnienia pacjentom należytych standardów utrzymania. Ponadto wprowadzenie współpłacenia za wizyty u lekarza.

8. Wprowadzenie standardów procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego oddziałów szpitalnych odpowiednio do rodzaju i jakości wykonywanych świadczeń medycznych, a nie według klucza akademickiego.

a. Określenie referencyjności szpitali: Powinno nastąpić odejście od sztywnej klasyfikacji. MZ powinno narzucać kwalifikacje personelu i wymagany sprzęt stanowiące warunki konieczne do zastosowania danej procedury medycznej. Ponieważ obecnie kwalifikacja (standardy lub wytyczne) odbywa się na podstawie wcześniejszego postępowania i doświadczenia lekarza, a nie po zastosowaniu odpowiedniej procedury, to zaistnieje konieczność wprowadzenia odpowiedzialności za podjętą decyzję o charakterze cywilnym, bądź karnym. System prawny będzie w stanie wyegzekwować wewnętrzną kontrolę bez nadzoru ministra poprzez wypłaty odszkodowań. Pomocną byłaby tutaj instytucja, finansowana przez Ministerstwo Zdrowia, odpowiedzialna za edukację pracowników szpitali.

b. Wydaje się, że na początku nie należy wprowadzać żadnych stopni referencyjności, a z czasem przydzielać je oddziałom, a nie szpitalom, ze względu na spełnienie określonych wymogów. Biorąc pod uwagę realia powinniśmy odwołać się do standardów światowych, które na ogół nie są ponad miarę wyśrubowane. Próby wprowadzenia własnych standardów mogą zakończyć się niepowodzeniem ze względu na zbyt trudne/nieosiągalne warunki spełnienia procedur narzucone przez ich autorów. Jednocześnie należy udrożnić ścieżkę podnoszenia kwalifikacji lekarzy.

c. Prowadzenie przez wojewodów rejestrów szpitali i konieczność uaktualniania ich przez odpowiednie służby. Jest to również miejsce dla instytucji – przewodnika dla pacjentów (powołanie takich instytucji jest szczególnie istotne, uwzględniając problemy z pozyskiwaniem informacji w SOZ).

9. Uporządkowanie i zmiana przepisów prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym m. in.:

a. umożliwienie funkcjonowanie ZOZ jako spółek prawa handlowego, tj. przedsiębiorstw ponoszących konsekwencje finansowe prowadzonej działalności,

b. wprowadzenie faktycznej egzekucji praw pacjenta, np. kolejki w procedurach pilnych powinny być związane z koniecznością wypłacania odszkodowań za uszczerbek na zdrowiu związany ze zbyt długim okresem oczekiwania na udzielenie świadczenia

c. poprawa warunków sanitarnych (zaniechanie dalszego przedłużania terminów realizacji programów dostosowawczych), mających istotny wpływ na sytuację epidemiologiczną.

10. Etapowe wprowadzanie nowych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych dla osób poniżej np. 45 roku życia przy zachowaniu gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego dla osób starszych.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 5 marca 2008 r.

Wstępne oświadczenie Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące prac *Białego Szczytu*

Rzecznik Praw Obywatelskich stoi na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w Konstytucji i innych aktach normatywnych. Z tej perspektywy bada zarówno działania władz publicznych, jak również podmiotów biorących udział w realizacji zadań publicznych w danym obszarze. Warto zwrócić uwagę, że stosowanym przez Rzecznika kryterium oceny zachowania zobowiązanego jest nie tylko kryterium legalności podjętych czynności lub zaniechania, ale również zasady współżycia i sprawiedliwości społecznej. Należy pozbyć się podzielanego dziś przez większość przeświadczenia o wyłącznej, sprawczej mocy przepisu prawnego. Tworząc ramy instytucjonalno-prawne dla określonego obszaru stosunków społecznych musimy mieć na względzie również podstawowe zasady etyczne, których przestrzeganie jest niezbędne dla zachowania spójności tworzonej przez nas wspólnoty.

Postępująca dekompozycja systemu ochrony zdrowia napawa głębokim niepokojem. W świetle informacji przekazywanych w codziennych komunikatach medialnych i własnych doświadczeń poszczególnych osób, w pełni uzasadnione jest poczucie zagrożenia czy wręcz utraty bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. To powinno zmuszać do determinacji władz publicznych w podejmowaniu odpowiednich środków zaradczych.

Wydaje się, że z diagnozą stanu systemu ochrony zdrowia w Polsce nikt nie polemizuje. Formułowane są jednak różne postulaty, które miałyby służyć rozwiązaniu tego istotnego społecznie problemu. Jak nieraz już podkreślałem, zakres oddziaływania, złożoność problematyki i głębokość niezbędnych zmian wymaga osiągnięcia porozumienia – **umowy społecznej**. Stoimy bowiem przed koniecznością podjęcia decyzji o kluczowym znaczeniu, które zapewnią rzeczywiste **gwarancje realizacji (egzekucji) konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia** oraz **równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych** (art. 68 Konstytucji) – w tym zwłaszcza dotyczących zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach składki obowiązkowej czy sposobu włączenia do systemu dodatkowych źródeł finansowania świadczeń medycznych.

Z uznaniem przyjąłem więc fakt, że podjęto próbę zorganizowania merytorycznej debaty – co od dłuższego czasu apelowałem – w wyniku której mają zostać przyjęte **założenia nowego ustroju ochrony zdrowia w Polsce**.

Reforma jest odpowiednią **sekwencją działań**, podejmowanych w związku z przyjętymi **decyzjami kierunkowymi**. Wydaje się, że nadal pozostajemy jednak na wstępnym etapie projektowania zmian. Z przedłożonych dokumentów i postawionych pytań (por. *Katalog problemów do dyskusji*) trudno jest wnioskować o popieranym przez uczestników *Białego Szczytu* propozycjach, które łącznie tworzyłyby spójny system. Pozwolę sobie zatem na spostrzeżenie, że w tej sytuacji dyskutowanie brzmienia poszczególnych przepisów przedłożonych projektów ustaw nie wydaje się działaniem o pierwszorzędym znaczeniu.

Rzecznik Praw Obywatelskich zobowiązany jest do szczególnej dbałości o prawa podmiotów słabszych. W przypadku systemu ochrony zdrowia, najważniejsza wydaje się zatem perspektywa pacjenta, ubezpieczonego. Dlatego też do podstawowych postulatów należy zaliczyć przyjęcie takich rozwiązań instytucjonalnych i mechanizmów, które pozwolą na skuteczną egzekucję przysługujących obywatelom praw. Pragnę zasygnalizować, że propozycja powołania Rzecznika Praw Pacjenta jest raczej rozwiązaniem o wątpliwej skuteczności.

Jak wielokrotnie podkreślałem, w Rzeczniku Praw Obywatelskich można znaleźć sojusznika dla pewnych rozwiązań, które mogą wywoływać społeczną niechęć czy niezadowolenie. Wydaje się jednak, że z uwagi na ograniczone środki, którymi obecnie dysponujemy nie możemy uniknąć takich rozwiązań, jak np. wprowadzenie dodatkowych, poza obowiązkową składką, opłat w postaci: dodatkowego ubezpieczenia, czyli składek płaconych dobrowolnie lub „dopłat bezpośrednich”, czyli kosztów pokrywanych bezpośrednio przez pacjenta w przypadku skorzystania z określonego świadczenia medycznego. Musimy zerwać z iluzją i przejść do sfery faktów; formułować nowe rozwiązania nie abstrahując od sytuacji społeczno-ekonomicznej, w przeciwnym bowiem razie nie osiągniemy zamierzonych skutków.

Oczekiwania społeczne, a co za tym idzie, odpowiedzialność uczestników Białego Szczytu jest znacząca. W sytuacji tak dużego, jak ostatnio notowane, zaufania obywateli do rządu istnieje wysokie prawdopodobieństwo uzyskania akceptacji przyjętych ostatecznie rozwiązań. Dlatego też należy wykorzystać tę szansę na uzdrowienie chorego systemu!

Z zainteresowaniem zapoznam się ze szczegółowym sprawozdaniem z prac Białego Szczytu. Gotowy jestem również, przy pomocy moich ekspertów, przedstawić ocenę różnych proponowanych rozwiązań.

Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę, a mam nadzieję, że może tylko przypomnieć, iż prezentowałem na różnych forach proponowane warunki brzegowe – tezy dotyczące kierunków zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia. Stanowią one próbę określenia tych przesłanek, które – również w ocenie środowisk, z którymi w toku prac się konsultowałem – pozwolą na skonstruowanie efektywnego klinicznie i ekonomicznie systemu, gwarantującego ubezpieczonym dostęp do świadczeń medycznych o odpowiednim standardzie.

Dziękuję organizatorom za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Komitetu Sterującego. Pragnę przy tym podkreślić, że Rzecznik nie wyręcza obywateli w ich działaniach. W obradach uczestniczą przedstawiciele różnorodnych środowisk, legitymowanych do występowania w imieniu poszczególnych grup społecznych. Proszę, aby strona rządowa z należytą powagą przyjęła zgłaszane przez nich postulaty. Liczę, że przedstawione z pozycji obserwatora uwagi i opinie Rzecznika Praw Obywatelskich również okażą się przydatne.

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 19 marca 2008 r.

Janusz KOCHANOWSKI

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich wobec Rekomendacji Białego Szczytu

Rzecznik Praw Obywatelskich apelował o **merytoryczną debatę**, w wyniku której zostałyby przyjęte **założenia nowego ustroju ochrony zdrowia w Polsce**.

Przedłożone *Rekomendacje* konferencji Białego Szczytu określają warunki brzegowe, co do których osiągnięto konsensus w czasie obrad z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych stron. Należy ocenić je jako istotny krok w pożądanym kierunku.

Bezpieczeństwo pacjenta / ubezpieczonego przede wszystkim

Z uznaniem przyjmuję, że uczestnicy debaty w centrum zainteresowania SOZ stawiają pacjenta, a zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego uznają za podstawowy priorytet reformy. Ufam, że władze państwowe, przy wsparciu partnerów społecznych, z determinacją będą dążyć do jego realizacji.

Zasady SOZ, określone w części I *Rekomendacji*, w pełni zasługują na aprobatę. Niezbędna jest ich konsekwentna realizacja, poprzez przyjmowanie rozwiązań szczegółowych.

Punktem wyjścia powinien być tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych – zbiór procedur (świadczeń), o określonym standardzie i cenie, gwarantowanych w ramach ubezpieczenia podstawowego (ustalimy na co nas stać).

Trudne decyzje

Niezależnie od zapowiedzianego przez Premiera wzrostu składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne o 1% w 2010 roku oraz przewidywanego wzrostu nakładów na służbę zdrowia w 2009 roku o 4 miliardy złotych, niezbędnym warunkiem przeprowadzenia efektywnych zmian jest zapewnienie innego rodzaju źródeł zwiększających poziom nakładów na ochronę zdrowia, tj.:

✓ wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń o charakterze komplementarnym,

- ✓ wprowadzenie pewnej odpłatności przynajmniej za część zdrowotnych świadczeń gwarantowanych (np. kolejną wizytę u lekarza), celem uniknięcia opłat w szarej strefie,
- ✓ wprowadzenie pewnej odpłatności za świadczenia towarzyszące (koszty zakwaterowania i wyżywienia pacjenta w okresie pobytu w szpitalu), co nie może jednak prowadzić do uniemożliwienia czy istotnego ograniczenia dostępu do świadczeń; ma natomiast na celu racjonalizację popytu,
- ✓ zlikwidowanie nieuzasadnionych przywilejów (niezbędna jest reforma ubezpieczeń zdrowotnych rolników – KRUSu; w tej sprawie należy przypomnieć wniosek RPO do TK z dnia 12 listopada 2007 r., który oczekuje na rozpoznanie).

Demonopolizacja płatnika

Dobrym pomysłem wydaje się stworzenie równoległego do NFZ płatnika – NFZ BIS, działającego jako prywatna instytucja ubezpieczeniowa. Instytucja ta zajęłaby się kontraktowaniem oraz kontrolą umów o realizację świadczeń medycznych. Działałaby na rzecz prywatnych firm ubezpieczeniowych. Miałaby taką samą ofertę ubezpieczeniową i odpowiedzialność. Instytucja ta mogłaby być kontrolowana również przez państwo, np. poprzez wykupienie przez Skarb Państwa części udziałów. Obydwie instytucje podlegałyby kontroli państwa poprzez UNUZ (Urząd Nadzoru nad Ubezpieczeniami Zdrowotnymi). Pacjenci mieliby możliwość wyboru płatnika i zawsze mogli go zmienić. Płatnik zobowiązany byłby wówczas do przelania całości lub ustalonej wcześniej części budżetu zgromadzonego przez pacjenta z opłacanych przez niego składek. Kosztem wejścia na rynek prywatnego ubezpieczyciela powinno być współfinansowanie DRG, koszyka świadczeń gwarantowanych, systemu informatycznego i innych nowoczesnych metod zarządzania w ubezpieczeniach zdrowotnych.

Solidaryzm społeczny – system wsparcia

Jako obywatele Rzeczypospolitej **tworzymy** nie tylko **wspólnotę** polityczną czy gospodarczą, ale także **etyczną**. Stąd zobowiązanie do stworzenia systemu pomocy dla osób, które nie będą w stanie uczestniczyć w systemie na zasadach ogólnych.

Nowe zdefiniowanie zadań samorządu: Odprowadzanie składek za osoby nie partycypujące w utrzymaniu systemu powinno być zadaniem pomocy społecznej, a więc gminy, a nie budżetu państwa. Tylko na poziomie społeczności lokalnej możliwe jest zweryfikowanie realnej sytuacji dochodowej i majątkowej obywateli, stosowanie jakichkolwiek środków

dyscyplinujących, zwłaszcza wobec bardzo zróżnicowanej grupy tzw. bezrobotnych. Tylko gmina może wreszcie zidentyfikować osoby, które powinny zostać objęte ubezpieczeniem z urzędu. Samorząd nie podejmuje działań z urzędu – osoba, która nie jest ubezpieczona, i której nie stać na opłacenie składki na zasadach ogólnych powinna zgłosić się do odpowiedniego organu z wnioskiem o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach pomocy społecznej. Takie rozwiązanie ma na celu skłonienie zdecydowanie większej liczby osób do samodzielnego opłacania składki.

Pewne grupy społeczne – jak osoby niepełnosprawne, znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej z powodów losowych, chorzy psychicznie, kobiety w ciąży, nieletni – powinny być traktowane w sposób szczególny; niezależnie od ich sytuacji materialnej powinna być im zapewniona opieka medyczna.

Podobnie, procedury ratujące życie powinny być ogólnie dostępne.

Egzekucja praw pacjenta

Słusznie zauważono w *Rekomendacjach* złożoność systemu instytucji, które stoją na straży praw pacjentów. Jak wiemy, system ten jest niewydolny. Obecnie działają rzecznicy: przy oddziałach wojewódzkich NFZ, w Centrali NFZ; jest także Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia. Trudo jednak o efektywność działań w sytuacji dekompozycji systemu i potrzeby ciągłego „latania dziur”.

Powinniśmy przyjąć założenie, że tworzymy **system samoregulujący się**, z mechanizmami korygującymi, do których zaliczymy Rzecznika Praw Pacjenta, działającego w ramach urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich.

Należy zwrócić uwagę, że **wskazane zadania, jak monitorowanie sytuacji pacjenta w systemie ochrony zdrowia, reprezentacja pacjenta przed organami władzy publicznej, występowanie do władz publicznych w sprawach systemowych rozwiązań poprawiających ochronę i egzekwowanie praw pacjenta, są już obecnie realizowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich**. Wydaje się, że wzmocnienie istniejącej struktury – konstytucyjnego organu o szerokim zakresie kompetencji – będzie słusznym rozwiązaniem.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-588152-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 30 kwietnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Działania zmierzające do przełamania utrzymującego się głębokiego kryzysu systemu finansowania ochrony zdrowia, pozostają niezmiennie jednym z priorytetowych obszarów mego zainteresowania z punktu widzenia ochrony wolności i praw człowieka i obywatela.

Istotne znaczenie dla reform systemowych, ma niewątpliwie precyzyjne określenie zakresu świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Skutki braku jednoznacznych uregulowań w tym względzie, są przedmiotem wielu wpływających do mnie skarg zainteresowanych obywateli.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się więc do Pani Minister o informację o stopniu zaawansowania oraz przewidywanym terminie zakończenia prac nad „koszykiem świadczeń gwarantowanych”.

Łączę wyrazy szacunku

/-/Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-588152-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 7 sierpnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Panie Minister

Pragnę uprzejmie przypomnieć Pani Minister, że wystąpieniem z dnia 30 kwietnia 2008 r. zwróciłem się o informację na temat stanu oraz przewidywanego terminu zakończenia prac nad określeniem zakresu świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Brak precyzyjnych uregulowań w tym zakresie, podnoszony jest w dalszym ciągu w kierowanych do mnie skargach zainteresowanych obywateli.

Mimo upływu czasu znacznie przekraczającego termin poinformowania Rzecznika Praw Obywatelskich przez organ o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku, określony w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), odpowiedzi na powyższe wystąpienie dotychczas nie otrzymałem. Uprzejmie proszę więc Panią Minister o spowodowanie przyspieszenia prac, związanych z jej udzieleniem.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PZ-OP-078-4475-14/AST/08

Warszawa, 12 września 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo z dnia 30 kwietnia 2008 roku, znak: RPO-588152-X/08/TG dotyczące stopnia zaawansowania oraz przewidywanego terminu zakończenia prac nad „koszykiem świadczeń gwarantowanych” uprzejmie informuję, że trwają przygotowania do wdrożenia systemu stałej wyceny i monitorowania kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Wymaga to szeregu zmian legislacyjnych, jak również zorganizowania i sfinansowania bazy badawczej opartej o zakłady opieki zdrowotnej stosujące te same standardy rachunku kosztów.

Należy przy tym zaznaczyć, że termin dojścia do oczekiwanych, nie tylko przez środowisko medyczne, efektów jest jednak odległy, co uwarunkowane jest ogromem prac jak i zidentyfikowanymi już trudnościami. Między innymi fundamentem, na którym powinna być oparta praca nad wszystkimi wykazami świadczeń jest przejrzysta, jednoznaczna oraz powszechna klasyfikacja procedur medycznych umożliwiającą raportowanie wykonywalności świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie, jak wynika to z programu pilotażowego przeprowadzonego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych oraz z doświadczeń NFZ, funkcjonuje kilka wersji jednej klasyfikacji (ICD-9CM) o niekompatybilnych rozszerzeniach kodowych, co uniemożliwia pełną identyfikację badanych świadczeń. W warunkach polskich wiele działań realizowanych w ramach prac nad „koszykiem” ma charakter pionierski, głównie z uwagi na wcześniejsze zaniedbania i błędy, co także ma wpływ na wydłużenie czasu realizacji zadania.

Podjęte zostały już kroki zmierzające do usunięcia rozpoznanych przeszkód, a efektem końcowym ma być dojście do oczekiwanej transparentności dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli i wiedzy o kosztach funkcjonowania systemu i kosztach realizacji świadczeń. Trzeba również w tym miejscu zaznaczyć, że w zagranicznych systemach opieki zdrowotnej, tam gdzie funkcjonują rozwiązania definiowane, jako ko-

szuk świadczeń gwarantowanych, prace nad jego ukształtowaniem trwały wiele lat i wymagały znacznych nakładów finansowych. W każdym kraju wykorzystuje się równocześnie różne metody finansowania świadczeniodawców w różnych częściach koszyka. I tak dla przykładu, jeśli chodzi o listę leków refundowanych jest to współfinansowanie, podobnie rzecz dotyczy stomatologii czy lecznictwa uzdrowiskowego. W świadczeniach podstawowej opieki zdrowotnej dobrze przyjęte jest i dobrze funkcjonuje rozwiązanie w postaci płatności „per capita”. Rzetelnej wyceny wymaga natomiast cały katalog świadczeń lecznictwa zamkniętego.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 29 lipca 2008 r.

RPO-577454-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Docierają do mnie sygnały, z których wynika, że część środowiska związanego z opieką zdrowotną wyraża niezadowolenie z rządowej koncepcji pomocy dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które przekształca się w spółki prawa handlowego.

Zainteresowani podnoszą, że pomoc finansowa ma trafić głównie do szpitali, które nie przestrzegały dyscypliny finansowej, często były źle zarządzane i nie podjęły skutecznych wysiłków na rzecz poprawy ich sytuacji finansowej oraz zmniejszenia zadłużenia. Kolejny raz, kolejny rząd „nagrodzi” zatem zakłady opieki zdrowotnej najsłabsze finansowo i najbardziej zadłużone, sankcjonując tym samym łamanie przez nie prawa.

Przewidywanej pomocy nie otrzymają natomiast publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które sprostały otaczającym je trudnościom, podjęły

trud restrukturyzacji lub przekształciły się w spółki prawa handlowego, niejednokrotnie kosztem zaciągnięcia kredytów bankowych oraz wielu ograniczeń (w tym zamrożenia wynagrodzeń pracowników, ograniczenia zatrudnienia, inwestycji, zakupów sprzętu i aparatury). Proponowane ograniczenie umorzenia należności do zobowiązań publicznoprawnych, pozbawi pomocy państwa te zakłady, które regulowały zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, urzędów skarbowych i innych państwowych instytucji, ale zalegających z płatnościami wobec dostawców leków i wyrobów medycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej. Również zwolnienie z opłacania podatku dochodowego od osób prawnych (CIT) ma dotyczyć tylko nowo powstałych spółek prawa handlowego.

W odczuciu zainteresowanych, powyższa sytuacja jest przykładem nierównego traktowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w dostępie do pomocy publicznej. Stawiane są również pytania co do celowości i etyczności rządowej koncepcji oddłużania publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej, które utrzymały dyscyplinę finansową, dostają kolejny raz sygnał, że właściwie niepotrzebnie się staraly. Zakłady te obawiają się, czy będą w stanie sprostać stawianym wymaganiom, zapewnić rozwój i utrzymać się na rynku.

Uprzejmie informuję, że w tej sprawie, zwrócił się do Rzecznika Praw Obywatelskich Senator Norbert Krajczy (kopia pisma w załączeniu).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o rozważenie powyższego problemu oraz zajęcie stanowiska, w tym odnośnie zarzutów Pana Senatorsa. Zobowiązany będę za przekazanie informacji w tej sprawie oraz w kwestii działań Pani Minister odnośnie zapewnienia równego traktowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w dostępie do pomocy publicznej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-OZO-073-15197-1/CP/08

Warszawa, 25 sierpnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, znak RPO-577454-X/08/AA z dnia 29.07.2008 r., dotyczące wątpliwości wobec koncepcji pomocy dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które mają być przekształcone w spółki handlowe (zawartej w poselskich projektach ustaw reformujących system ochrony zdrowia), uprzejmie informuję, iż niezbędnym elementem ww. operacji jest pakiet rozwiązań dotyczących restrukturyzacji finansowej i organizacyjnej tych zakładów. Przyjęto założenie, że pomoc finansowa powinna być adekwatna do rzeczywistych potrzeb poszczególnych zakładów. Działania będą polegały na:

1. Podziale ww. zakładów, według kryterium rentowności.

1. Zastosowaniu opcjonalnych, uzależnionych od ww. kategorii, mechanizmów finansowych: umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych, zawarciu ugody z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych, co stanowić będzie warunek uzyskania poręczenia lub poręczenia. Poręczeń i pożyczek udzielałaby państwowa agencja (reprezentująca Skarb Państwa).

2. Poddaniu zakładów najtrudniejszej sytuacji finansowej, na wniosek podmiotów, które utworzyły zakłady (w tym jednostek samorządu terytorialnego), przymusowemu zarządowi.

Należy podkreślić, że propozycja dotycząca np. umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych dotyczyłaby wszystkich przekształcanych zakładów. Jednakże, jak wspomniałem na wstępie pomoc, a co za tym idzie dobranie odpowiednich instrumentów finansowych, prawnych i organizacyjnych, ma być adekwatna do sytuacji poszczególnych zakładów. W praktyce oznacza to, że zakłady w najtrudniejszej sytuacji finansowej będą w większym stopniu skorzystać z pomocy państwa. Jednakże jednocześnie zakłady te (i podmioty, które je utworzyły – w większości przypadków jednostki samorządu terytorialnego) zostaną poddane rygorom planu naprawczego, na mocy którego może być ustanowiony zarząd komisaryczny.

Ponadto należy zaznaczyć, iż pomoc państwa niezależnie od tego czy skierowana do przedsiębiorstw (pomoc publiczna), czy obywateli (pomoc społeczna) adresowana jest do podmiotów, które znalazły się (z różnych powodów) w trudnej sytuacji. Celem ww. pomocy nie jest nagradzanie podmiotów, które dobrze sobie radzą.

Pozostawienie zakładów w najtrudniej sytuacji bez pomocy stwarza realne zagrożenie ich likwidacji, a co za tym idzie ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

2.2. Szczegółowe problemy legislacyjne w ochronie zdrowia i prawa pacjenta

2.2.1. Dostęp do świadczeń, leków i sprzętu medycznego

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-545822-III/06/LN

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 11 grudnia 2006 r.

Pan
Prof. dr n. med. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że w listopadzie br. pracownicy Biura Rzecznika Praw Obywatelskich przyjmowali w ramach sesji wyjazdowej w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu skarżących z terenu województwa małopolskiego.

W ramach tych skarg przyjęto także osobę skarżącą się na wyłączenie żony z ubezpieczenia zdrowotnego w trakcie składania wniosku o przyznanie emerytury.

Wniosek o emeryturę-rentę (druk ZUS Rp-1) obejmuje w części III dane adresowe ubezpieczonego. Obok adresu zameldowania na pobyt stały wnioskodawca zobowiązany jest – zgodnie z pouczeniem – wpisać adres zamieszkania, jeśli adres ten jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały.

Żona skarżącego przebywając czasowo na terenie USA i kierując się pouczeniem zamieszczonym na tym formularzu wpisała adres zamieszkania na terenie USA.

Na tej podstawie organ rentowy wyłączył żonę skarżącego (oraz jego i ich dziecko) z podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

Zgodnie z tym przepisem ubezpieczonymi są osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

Ustawa nie definiuje pojęcia zamieszkania, co w mojej opinii może prowadzić do rozbieżnej praktyki stosowania tego przepisu przez organy rentowe w sytuacji, gdy dochodzi do okresowej zmiany miejsca zamieszkania.

Na tle art. 25 K. c. przyjmuje się, że przerwa w faktycznym przebywaniu w miejscu zamieszkania, nawet długotrwała (np. związana ze studiami) nie pozbawia danej osoby miejsca zamieszkania.

W Komentarzu do przepisu rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Wyd. MPS, Warszawa 2005) wskazuje się, że określenie „zamieszkania” oznacza zwykły pobyt.

Zwykły pobyt należy rozumieć jako miejsce zamieszkania z zamiarem stałego pobytu. Na gruncie ustawodawstwa polskiego odpowiednikiem jest miejsce stałego zameldowania. Miejsce pobytu decyduje o ustawodawstwie przy stosowaniu zasady *lex domicili*. Jak uznał Trybunał przy okazji sprawy Swaddling (C-90/97) miejsce zamieszkania, zgodnie z art. 1 pkt h), oznacza zwykle miejsce zamieszkania. Przy podejmowaniu decyzji dotyczącej określenia zwykłego miejsca zamieszkania danej osoby należy

uwzględnić wszystkie okoliczności, biorąc pod uwagę zwłaszcza jej sytuację rodzinną, powody przeprowadzki (jeśli była), długość i ciągłość zamieszkiwania, to czy ma ona stałe zatrudnienie oraz jakie są jej zamiary.

Określenie to ma odmienne znaczenie niż określenie „pobyt”, który oznacza pobyt czasowy rozumiemy jako tymczasowe miejsce przebywania w danym państwie członkowskim UE bez zamiaru stałego pobytu.

W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości ustalono, że w pewnych okolicznościach pojęcie „miejsce zamieszkania”, które jest niezbędne dla określenia instytucji przystąpienia do systemu zabezpieczenia społecznego, może być rozumiane jako miejsce, w którym zainteresowany zorganizował stałe centrum

swoich interesów, i do którego w przerwach wraca z podróży (por. Prawo ubezpieczenia społecznego w Europie i w Polsce, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1997, s. 31).

Biorąc powyższe pod uwagę oraz działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147) zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o rozważeniu możliwości ustawowego uregulowania definicji „zamieszkania” w celu uniknięcia rozbieżnej praktyki stosowania przepisów w zakresie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu przez osoby czasowo przebywające na terenie państw trzecich.

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/Stanisław Trociuk
Zastępcy Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-71-7692-1/TPA/07

Warszawa, 19 stycznia 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z pismem Pana Rzecznika z dnia 11 grudnia 2006 r., znak RPO-545822-II1/06/LN, dotyczącym działań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w sprawie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego osoby pobierającej polską emeryturę i posiadającą miejsce zamieszkania w USA, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień. Zgodnie z przedstawionym w ww. piśmie stanie faktycznym osoba pobierająca polską emeryturę została przez ZUS wyrejestrowana z ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na wskazanie miejsca zamieszkania w USA. Jako podstawę prawną ZUS wskazał art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym *ubezpieczonymi są osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwu członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68 ustawy*. Mając na uwadze powyższe uprzejmie informuje, że postępowania ZUS w przedmiotowej sprawie nie można uznać za zgodnego z przepisami prawa.

Należy bowiem mieć na uwadze art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy, zgodnie z którym *ubezpieczonymi są osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym **niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej** lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europej-*

skim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.),

b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.).

Tak więc zgodnie z przedstawioną powyżej normą art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy należy stwierdzić, że obywatel Polski, pobierający polską rentę lub emeryturę jest objęty ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym oraz, zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 16 ustawy, obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Należy również zauważyć, że zgodnie z art. 82 ust. 9 ustawy, ZUS jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty renty lub emerytury oraz odprowadza składkę na ubezpieczenie zdrowotne, które jest następnie przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe uprzejmie informuję, że działanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przedmiotowej sprawie nie może być uznane za zgodne z przepisami prawa, a wskazana w piśmie Pana Rzecznika osoba jest objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym i w związku z tym ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-545822-III/2006/LN

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 2 lutego 2007 r.

Pan
Bolesław Piecha
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Dziękuję uprzejmie za nadesłaną odpowiedź w sprawie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego osoby pobierającej polską emeryturę i posiadającą miejsce zamieszkania w USA.

Sprawa ta została podjęta w ramach przyjęć interesantów podczas wyjazdu terenowego do Krakowa, który miał miejsce w listopadzie ub. roku.

Wyrażam zadowolenie, że podzielił Pan moje stanowisko co do niezgodnego z prawem działania ZUS w przedstawionej sprawie. Mam nadzieję, że w oparciu o to stanowisko organ rentowy skoryguje swoją decyzję.

Moje wystąpienie w tej sprawie miało jednak także wymiar ogólny, gdyż dotyczyło również wniosku o rozważenie możliwości ustawowego uregulowania definicji „zamieszkania” w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

W związku z tym, byłbym zobowiązany za przedstawienie stanowiska w tej kwestii.

Łączę wyrazy szacunku

/-/Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-RP-073-7894-1 /KG/07

Warszawa, 23 lutego 2007

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W odpowiedzi na pismo z dnia 2.02.2007r. (znak RPO-545822-III/2006/LN) informuję, że nie widzę potrzeby ustawowego uregulowania definicji „zamieszkania” w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.). Doktryna prawnicza i orzecznictwo wypracowały w sposób wyczerpujący interpretację tego pojęcia na potrzeby wszelkich aktów normatywnych, w których domicyl ma znaczenie prawne. Doktryna i judykatura wypracowały również dookreślenie miejsca pobytu jako kryterium nie pokrywającego się z pojęciem miejsca zamieszkania. Czerpiąc z dorobku doktryny i orzecznictwa można zatem prawidłowo stosować oba te pojęcia stosując również ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-545486-X/06/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 23 stycznia 2007 r.

Pan
Prof. dr hab. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Środki masowego przekazu co pewien czas podejmują problem niedożywienia pacjentów szpitali publicznych. Pojawiają się w mediach opinie ekspertów wskazujące, że złe żywienie niekorzystnie rzutuje na skuteczność stosowanych procedur medycznych. Problem niewystarczającej ilości i jakości posiłków w szpitalach powraca także w skargach indywidualnych pacjentów szpitali i ich rodzin.

Koszty zakwaterowania i wyżywienia pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, bez wątpienia nie są wprawdzie bezpośrednim elementem konkretnych procedur medycznych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, stanowią jednakże istotny składnik kosztów leczenia pacjenta.

Problem refundacji kosztów pobytu pacjenta w publicznych ZOZ udzielających świadczeń całodobowych, rozwiązany jest w sposób dwojaki. Stosownie do art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 ze zm.), pacjent zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, wnosząc miesięczną opłatę w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% swego miesięcznego dochodu. W wypadku dzieci, opłata wynosi równowartość 200% najniższej emerytury, ale nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie. Natomiast świadczenia zdrowotne, na które składają się także koszty wyżywienia i zakwaterowania, udzielane są przez publiczne szpitale nieodpłatnie.

Zachodzi tu więc pewne zróżnicowanie praw pacjentów szpitali publicznych i innych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń całodobowych. Nie wdając się jednakże w rozważania, czy zróżnicowanie to jest uzasadnione – należałoby wskazać, że w sytuacji niedoboru środków finansowych, umożliwiających zapewnienie pacjentom szpitali publicznych należytych standardów należy rozważyć zmianę podejścia w omawianym zakresie.

Problem ten Rzecznik Praw Obywatelskich poddaje pod rozważę Pana Ministra. Zgodnie bowiem z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W świetle powołanego art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obowiązkiem władz publicznych jest więc finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej. Co do zasady finansowanie wyżywienia wykracza poza zakres świadczeń opieki zdrowotnej, stąd też jego reguły powinny raczej odpowiadać konstytucyjnemu prawu do zabezpieczenia społecznego (art. 67 Konstytucji RP). Obowiązek świadczenia pomocy w tym zakresie powinien być więc powiązany z konkretną sytuacją materialną potencjalnego świadczeniobiorcy.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
-/Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Marek Ludwik GRABOWSKI

MZ-OZO-077-9542-2/AWI/07

Warszawa, 1 marca 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma znak RPO-545486-X/06/TG, dotyczącego problemu niedożywienia pacjentów szpitali publicznych oraz propozycji rozważenia możliwości odstąpienia od zasady finansowania wyżywienia w szpitalu ze środków publicznych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89), szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Brzmienie tego przepisu wskazuje obowiązek szpitala, którego wy-

pełnienie nie może być uzależnione od wniesienia opłaty. Jednocześnie, w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi osoba w nim przebywająca. Istotnie, zarówno szpitale, jak zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze są zakładami opieki zdrowotnej przeznaczonymi dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. Należy jednak podkreślić, iż w odróżnieniu do szpitala zakład opiekuńczo-leczniczy oraz pielęgnacyjno-opiekuńczy udzielają świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów nie wymagających hospitalizacji, które to świadczenia mają charakter długoterminowy i nie są nastawione na leczenie tych osób. Ich zadania i przeznaczenie są na tyle odmienne, iż – jak się wydaje – nie można w tym przypadku czynić zarzutu nierówności podmiotów.

W odniesieniu do wątku niedożywienia pacjentów publicznych szpitali, uprzejmie wyjaśniam – na podstawie stanowiska Głównego Inspektora Sanitarnego – iż organizacja żywienia, jako istotnego elementu leczenia powinna być analizowana i koordynowana przez dyrekcję oraz lekarzy odpowiedzialnych za całość tego procesu. Zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują, zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy oraz publikują jednostki badawczo – rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym głównie Instytut Żywności i Żywienia. Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego, korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podawane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Obecnie mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia.

Przedstawiona w piśmie propozycja powiązania zapewnienia wyżywienia w szpitalach z konkretną sytuacją materialną potencjalnego świadczeniobiorcy, stanowi zasadniczą zmianę zakresu obowiązków zakładu opieki zdrowotnej wobec pacjenta, która z pewnością wywoła bardzo duży odzew społeczny. W szczególności sytuacja, gdy w tym samym szpitalu, a nawet w tej samej szpitalnej sali, jedni pacjenci otrzymywaliby posiłek nieodpłatnie, a inni musieliby zapewnić go sobie we własnym zakresie lub za niego zapłacić.

Dlatego też ewentualne zmiany ustawowe oraz ich zakres wymagają podjęcia decyzji politycznych, które powinny być poprzedzone szeroką dyskusją oraz wnikliwą analizą wszystkich aspektów sprawy.

Z wyrazami szacunku

/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-559740-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 18 lipca 2007 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Otrzymałem wniosek Kancelarii Radcy Prawnego „§ Lex Specialis” w Warszawie, reprezentującej firmy farmaceutyczne, w którym podnoszone są zastrzeżenia do art. 4 ust. 3a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (jt. Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z póź. zm.), w brzmieniu ustalonym nowelą z dnia 30 marca 2007 r. (Dz. U. Nr 75, poz. 492).

Zdaniem wnioskodawcy, powołany przepis Prawa farmaceutycznego „wywołuje niebezpieczeństwo działania na szkodę pacjentów poprzez podawanie leków bez odpowiednich badań klinicznych przeprowadzanych w Polsce lub na obszarze Unii Europejskiej. Do czasu nowelizacji dopuszczalność sprowadzania z zagranicy produktu leczniczego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu ograniczona była do sytuacji, w której produkt ten był niezbędny dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta i na polskim rynku nie był dostępny jego odpowiednik. Nowe przepisy dopuściły natomiast możliwość sprowadzania leku nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu nawet wtedy, gdy w Polsce dostępny jest jego odpowiednik. Za kryterium sprowadzania niezarejestrowanych leków przyjęto cenę. Niezarejestrowany zagraniczny lek musi być tańszy niż jego odpowiednik w Polsce. Kryterium ceny leku nie wydaje się kryterium dostatecznym. Może doprowadzić do sytuacji, w której alternatywnie do leczenia, w którym stosowane są leki posiadające pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, stosowane będzie leczenie tańsze, jednak nie wystarczająco bezpieczne”.

Wnioskodawca uważa omawiany przepis „ za sprzeczny z uregulowaniami, które chronią pacjenta przez wprowadzenie systemu rejestracji leków (art. 6 Dyrektywy 2001/83/WE). Lek bowiem nie będzie przechodził standardowej i wnikliwej procedur dopuszczenia do obrotu. Wystarczającą dla jego sprowadzenia będzie opinia konsultanta w danej dziedzinie medycyny oraz zgoda Ministra Zdrowia”.

W opinii wnioskodawcy, kwestionowany przepis Prawa farmaceutycznego jest nadto sprzeczny z prawem Unii Europejskiej, a mianowicie art. 8 rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych (Dz. Urz. WE L 18 z 22.01.2000, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 5, str. 21).

W piśmie wnioskodawcy z dnia 18 maja 2007 r., skierowanym również do Pana Ministra, wskazane zostały ponadto uchybienia formalne w procesie legislacyjnym związanym z wprowadzeniem omawianego przepisu Prawa farmaceutycznego. Na powyższy wniosek, Kancelaria Rady Prawnego nie otrzymała jednakże oczekiwanej odpowiedzi od jego adresatów, reprezentujących organy rządowe i parlamentarne.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy oraz zajęcie stanowiska odnośnie szczegółowych kwestii podnoszonych w załączonym wniosku Kancelarii Rady Prawnego „§ Lex Specjalis”.

Łączę wyrazy szacunku

/-/Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 28 sierpnia 2007 r.

MZ-PL-4642-53 73-1 /MS/07

MZ-PLR-070-452/HP/07

Pan

Dr Janusz Kochanowski

Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 18 lipca 2007 roku (RPO-559740-X/07/AA) oraz załączony wniosek. Kancelarii Rady Prawnego „§ Lex Specialist” w Warszawie, w którym podnoszone są zastrzeżenia do art. 4 ust. 3a ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.), w brzmieniu ustalonym nowelą z dnia 30

marca 2007 r. (Dz. U. Nr 75, poz. 492). uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zasady i tryb dopuszczania do obrotu produktów leczniczych określa ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 53, poz. 533 ze zm.). Ostatnie zmiany do niniejszej ustawy zostały wprowadzone z dniem 1 maja 2007 roku.

Produkty lecznicze, które nie uzyskały pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej mogą być sprowadzane z zagranicy zgodnie z regulacjami określonymi w art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne. Szczegółowy sposób i tryb sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych, ustalił Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 23 października 2006 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie sprowadzenia z zagranicy produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta (Dz. U. Nr 199, poz. 1470).

Przepisy ustawy (art. 4) umożliwiają stosowanie u pacjentów leków nieobjętych pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu w Polsce, lecz zarejestrowanych zagranicą, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta. Podstawą sprowadzenia z zagranicy produktu leczniczego jest zapotrzebowanie szpitala albo lekarza prowadzącego leczenie poza szpitalem, potwierdzone przez konsultanta z danej dziedziny medycyny.

Na podstawie art. 4 ust. 3, pkt. 1, nie dopuszcza się do obrotu produktów leczniczych w odniesieniu do których, minister właściwy do spraw zdrowia wydał decyzję o odmowie wydania pozwolenia, odmowie przedłużenia okresu ważności pozwolenia, cofnięcia pozwolenia, oraz zgodnie z pkt. 2 – zawierających tę samą lub te same substancje czynne, tę samą dawkę i postać co produkty lecznicze, które otrzymały pozwolenie, z zastrzeżeniem określonym w ust. 3a. W ostatniej nowelizacji, do artykułu 4 dodano nowy ust. 3a, zgodnie z którym, dopuszcza się wprowadzenie do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia, produktów leczniczych, sprowadzanych z zagranicy, których cena jest konkurencyjna w stosunku do ceny produktu leczniczego posiadającego pozwolenie dopuszczenia do obrotu oraz pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską, pod warunkiem, że potwierdzone przez konsultanta z danej dziedziny medycyny zapotrzebowanie, wystawione jest przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a minister właściwy do spraw zdrowia wyrazi, w drodze decyzji, zgodę na ich sprowadzenie.

Odnosząc się do stwierdzenia, że za kryterium sprowadzenia niezarejestrowanego leku z zagranicy jest przyjmowana cena, uprzejmie infor-

muje, że zgodnie z obowiązującymi regulacjami, do obrotu mogą być sprowadzone z zagranicy produkty lecznicze bez konieczności uzyskania pozwolenia, pod warunkiem, że dany produkt jest zarejestrowany w kraju z którego jest sprowadzany i posiada ważne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Lek zarejestrowany w kraju producenta (uprzednio poddany procedurze dopuszczenia do obrotu), spełnia wymagania określone wskazaniami do stosowania. Poza tym, podstawą sprowadzenia z zagranicy produktu leczniczego jest, zgodnie z ustawą, zapotrzebowanie szpitala albo lekarza poza szpitalem.

Odpowiedzialność za zastosowanie leku zgodnie ze wskazaniami ponosi lekarz ordynujący lek. Wszelkie decyzje dotyczące prowadzonego procesu leczenia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Nr 226, poz. 1943 ze zm.), pozostają w kompetencjach lekarza prowadzącego terapię. Natomiast zadaniem konsultanta jest weryfikacja zaordynowanego leku, nie tylko odnośnie działania i skuteczności, ale także bezpieczeństwa stosowania. Konsultant z danej dziedziny medycyny potwierdza celowość zastosowania danego leku w określonej jednostce chorobowej i opinia ta jest rozstrzygająca. Potwierdzenie zapotrzebowania przez konsultanta w danej dziedzinie medycyny jest wystarczające do wyrażenia przez Ministra Zdrowia, w drodze decyzji, zgody na sprowadzenie produktu leczniczego.

Pragnę podkreślić, że nie powstaje jakiegokolwiek niebezpieczeństwo dla pacjenta, bowiem Minister Zdrowia podejmuje decyzję o dopuszczeniu do obrotu produktu leczniczego po uprzednim postępowaniu, uwzględniającym m.in. bezpieczeństwo stosowania produktu dopuszczonego do obrotu w kraju z którego jest sprowadzany.

Odnośnie zastrzeżeń wyrażonych w piśmie, uprzejmie informuję.

Polskie przepisy dotyczące importu docelowego zostały oparte na postanowieniach art. 5 Dyrektywy 2001/83/WE, zgodnie z którym Państwo Członkowskie może, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz w celu zaspokojenia szczególnych potrzeb, wyłączyć z zakresu przepisów dyrektywy produkty lecznicze dostarczane na złożone w dobrej wierze zamówienie, sporządzone zgodnie ze specyfikacją upoważnionej osoby wykonującej zawód związany z ochroną zdrowia oraz do celów stosowania przez indywidualnego pacjenta na jej bezpośrednią osobistą odpowiedzialność. Postanowienia art. 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne w pełni spełniają kryteria wyznaczone przez ww. przepis. Tym samym, nie mogą być uznane za sprzeczne z art. 6 Dyrektywy 2001/83/WE.

W odniesieniu do produktów leczniczych sierocych, powyższa argumentacja, dotycząca braku sprzeczności z przepisami Dyrektywy 2001/83/

WE, nie doznaje uszczerbku w wyniku zastosowania, art. 8 Rozporządzenia (WE) Nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 roku, w sprawie sierocych produktów leczniczych. Treść art. 8 brzmi w sposób następujący: „w przypadkach, gdy pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w odniesieniu do sierociego produktu leczniczego, zostaje wydane zgodnie z rozporządzeniem (EWG) Nr 2309/93 lub wszystkie Państwa Członkowskie wydały pozwolenia o dopuszczeniu do obrotu zgodnie z procedurami wzajemnego uznawania, ustanowionymi w art. 7 i 7a, dyrektywy 65/65/EWG lub art.9 ust. 4 drugiej dyrektywy Rady 75/319/EWG z dnia 20 maja 1975 roku w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych wykonawczych i administracyjnych, odnoszących się do leków gotowych oraz bez naruszenia prawa własności intelektualnej lub wszelkich innych przepisów prawa wspólnotowego. Wspólnota i Państwa Członkowskie przez okres 10 lat nie przyjmą innego wniosku o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, nie wydadzą pozwolenia, ani nie przyjmą wniosku o przedłużenie istniejącego pozwolenia, dla tego samego wskazania terapeutycznego, w odniesieniu do podobnego produktu leczniczego.”

Wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia, w odniesieniu do produktu leczniczego sierociego, nie stanowi naruszenia ww. przepisu, bowiem nie następuje w takiej sytuacji przyjęcie innego wniosku o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu (art. 4 ustawy Prawo – farmaceutyczne w ogóle nie przewiduje trybu wnioskowego), nie dochodzi do wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, nie dochodzi do przyjęcia wniosku o przedłużenie istniejącego pozwolenia. Skutkiem zastosowania mechanizmu importu finansowego jest pojawienie się na rynku polskim., takiego samego produktu leczniczego, jak dopuszczony do obrotu w Polsce. Jedyne różnice tkwią w cenie i pochodzeniu rynkowym, które wynikają ze stosowania przez firmy farmaceutyczne różnych polityk cenowych na różnych rynkach. Wyłączność danych lub wyłączność rynkowa nie stanowią ochrony przed zjawiskiem importu finansowego, ponieważ zostały skonstruowane w celu stworzenia ograniczonej czasowo ochrony produktów leczniczych przed innymi zjawiskami (konkurencją ze strony innych firm). Nie można zatem stosować tych rozwiązań w celu zakwestionowania importu finansowego. Tym samym import finansowy nie pozostaje sprzeczny także z art. 8 ust. 1 Rozporządzenia Nr 141/2000.

Reasumując art. 4 ust. 3a ustawy – Prawo farmaceutyczne jest zgodny z prawem Unii Europejskiej, w szczególności z Dyrektywą 2001/83/WE i Rozporządzeniem Nr 141/2000.

Przekazując powyższe, wyrażam opinię, że wprowadzenie zmian do obowiązującej ustawy – Prawo farmaceutyczne, zgodnie z którym, istnieje możli-

wość, sprowadzenia z zagranicy znacznie tańszych, takich samych produktów leczniczych jak dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, bez konieczności uzyskania pozwolenia, jest korzystne dla pacjentów, w sytuacji zagrożenia zdrowia, m.in. z powodu stosowania przez niektórych wytwórców znacznie wyższych cen niż w innych państwach i może spowodować obniżenie cen niektórych leków dostępnych w Polsce.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 3 sierpnia 2007 r.

RPO-563259-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Skargi obywateli dotyczące odmowy refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia wózka inwalidzkiego aluminiowego (lekkiego), skłoniły mnie do przyjrzenia się przepisom obowiązującym w tym zakresie.

Stosownie do art. 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.), zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie. Prawodawca upoważnił jednocześnie ministra właściwego do spraw zdrowia, do określenia, w drodze rozporządzenia:

– na podstawie art. 40 ust. 5 – szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocni-

czych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia,

– na podstawie art. 40 ust. 4 – limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach – w zakresie którego podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych finansuje to świadczenie, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych.

Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół (kod 9194.02) wymieniony został w załączniku Nr 1, poz. 211 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych (Dz. U. Nr 275, poz. 2732 z póź. zm.). Z treści załączników Nr 1 i Nr 2 do powołanego rozporządzenia wynika, że rozporządzenie to określa również kryteria przyznawania niektórych wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, warunki odpłatności, ilość refundowanych wyrobów oraz okresy użytkowania. W myśl przepisów tego rozporządzenia, wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, przysługuje „dla osób samodzielnie poruszających się na wózku – czynnych zawodowo”.

Trzeba zatem stwierdzić, że powołane rozporządzenie wykracza poza zakres upoważnienia art. 40 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, na podstawie którego zostało wydane, i wchodzi w materię przewidzianą do uregulowania w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 5 tego artykułu.

Powołane rozporządzenie, ograniczając dostęp niepełnosprawnych do lekkiego wózka inwalidzkiego składanego, do osób samodzielnie poruszających się na wózku – „czynnych zawodowo”, nie precyzuje jednocześnie tego pojęcia, co stwarza dodatkowe problemy osobom niepełnosprawnym przy ubieganiu się o tego rodzaju zaopatrzenie. Ograniczenie to nie znajduje racjonalnego uzasadnienia w przypadku innych niż „czynne zawodowo”, osób aktywnie uczestniczących w kontaktach z otoczeniem (np. uczniów, studentów).

Powstaje nadto wątpliwość co do faktycznych uprawnień w zakresie zaopatrzenia świadczeniobiorców w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze. Wykaz przedmiotów

i środków, ustalony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. Nr 276, poz. 2739 z póź. zm.), nie zawiera bowiem pełnego asortymentu przedmiotów i środków, wymienionych w cytowanym wyżej rozporządzeniu ustalającym limity cen. Wskazane w ostatnio powołanym rozporządzeniu przedmioty i środki nie zawsze można uznać za wyroby medyczne stanowiące uszczegółowienie wykazu przedmiotów i środków, wydane na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy. Sytuacja taka ma przykładowo miejsce w przypadku wózków inwalidzkich.

Omawiane przepisy, a w szczególności rozporządzenia wydane na podstawie art. 40 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie tworzą zatem przejrzystego systemu dostępu świadczeniobiorców do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy i zajęcie stanowiska, a także o podjęcie działań w kierunku zapewnienia zgodności wymienionych rozporządzeń z art. 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz przejrzystości dostępu świadczeniobiorców do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Zobowiązany będę za przekazanie informacji w tej sprawie.

Pozwolę sobie jednocześnie przekazać Panu Ministrowi kopie ostatnio otrzymanych skarg w omawianym zakresie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-70-8598-4/EM/07

Warszawa, 13 sierpnia 2007 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 3 sierpnia 2007 roku, znak: RPO-563259-X/07/AA, odnośnie uregulowań prawnych dotyczących zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień. Zasady udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210. poz. 2135, ze zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 40 ww. ustawy, świadczeni odbiorcom przysługuje zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego. Aby zaistniała możliwość uzyskania przez pacjenta przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego refundowanego ze środków publicznych, należy złożyć we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia wystawiony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wniosek na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w celu zaewidencjonowania i potwierdzenia. Potwierdzony przez Fundusz wniosek może zostać zrealizowany przez świadczeniobiorcę u dowolnie wybranego realizatora świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na wykonywanie świadczeń w rodzaju zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż problem braku spójności zapisów rozporządzeń Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 40 ust 4 i 5 ww. ustawy – czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości

udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. Nr 276, poz. 2739 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych (Dz. U. Nr 275, poz. 2732 z późn. zm.) został zidentyfikowany w Ministerstwie Zdrowia.

Do Ministerstwa napływało bowiem wiele postulatów i propozycji zmian ww. rozporządzeń, zarówno od świadczeniobiorców, jak i organizacji pozarządowych. Ze względu na niezwykle szeroki zakres regulacji dotyczyły one bardzo rozmaitych kwestii, takich jak limity cenowe i ilościowe, rodzaj refundowanych wyrobów medycznych i środków pomocniczych, propozycji rozszerzenia ich katalogu.

W związku z powyższym pragnę wyjaśnić, iż w chwili obecnej trwają intensywne prace nad opracowaniem założeń dotyczących przepisów w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w ramach utworzonego w Ministerstwie Zdrowia roboczego zespołu ekspertów w zakresie zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Pierwszym planowanym etapem prac ww. zespołu będzie przeprowadzenie nowelizacji obecnie obowiązujących rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku, z próbą podziału na dwa osobne wykazy zawierające osobno przedmioty ortopedyczne oraz osobno środki pomocnicze. Jednocześnie pragnę poinformować Pana Rzecznika, iż podczas tej nowelizacji zostanie doprecyzowane istniejące nazewnictwo tak, aby nie stwarzało problemu podczas poświadczania wniosku refundacyjnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dodatkowo planowane zmiany obejmą także regulacje dotyczące przyznawania wyrobów medycznych na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności. Jednocześnie informuję, iż zgłoszone przez Rzecznika Praw Obywatelskich uwagi i postulaty zostaną wzięte pod uwagę przy projektowaniu nowych rozwiązań.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 17 grudnia 2007 r.

RPO-563259-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W sierpniu bieżącego roku zwróciłem się do ówczesnego Ministra Zdrowia w sprawie niespójności obowiązujących regulacji w przedmiocie zaopatrzenia ubezpieczonych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – na przykładzie odmowy Narodowego Funduszu Zdrowia refundacji osobie niepełnosprawnej wózka inwalidzkiego aluminiowego (lekkiego) z systemem szybkiego demontażu kół.

W wystąpieniu tym wskazałem, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych (Dz. U. Nr 275, poz. 2732 z póź. zm.) wykracza poza zakres upoważnienia art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.), na podstawie którego zostało wydane, i wchodzi w materię przewidzianą do uregulowania w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 5 tego artykułu. Powołane rozporządzenie, ograniczając dostęp niepełnosprawnych do lekkiego wózka inwalidzkiego składanego, do osób samodzielnie poruszających się na wózku – „czynnych zawodowo”, nie precyzuje jednocześnie tego pojęcia, co stwarza dodatkowe problemy osobom niepełnosprawnym przy ubieganiu się o tego rodzaju zaopatrzenie. Ograniczenie to nie znajduje racjonalnego uzasadnienia w przypadku innych niż „czynne zawodowo”, osób aktywnie uczestniczących w kontaktach z otoczeniem (np. uczniów, studentów).

Powstaje nadto wątpliwość co do faktycznych uprawnień w zakresie zaopatrzenia świadczeniobiorców w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze. Wykaz przedmiotów

i środków, ustalony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. Nr 276, poz. 2739 z póź. zm.), nie zawiera bowiem pełnego asortymentu przedmiotów i środków, wymienionych w cytowanym wyżej rozporządzeniu ustalającym limity cen. Wskazane w ostatnio powołanym rozporządzeniu przedmioty i środki nie zawsze można uznać za wyroby medyczne stanowiące uszczegółowienie wykazu przedmiotów i środków, wydane na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy. Sytuacja taka ma przykładowo miejsce w przypadku wózków inwalidzkich.

W konkluzji wystąpienia stwierdziłem, że omawiane przepisy, a w szczególności rozporządzenia wydane na podstawie art. 40 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie tworzą przejrzystego systemu dostępu świadczeniobiorców do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze. Przepisy te wymagają zatem zmiany, w kierunku zapewnienia zgodności treści rozporządzeń z delegacją ustawową oraz przejrzystości systemu dostępu.

Z otrzymanego w tej materii wyjaśnienia ówczesnego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (pismo z dnia 13 sierpnia br. – MZ-UZ-OPK-70-8598-4/EM/07) wynika, że „problem braku spójności zapisów powołanych rozporządzeń został zidentyfikowany w Ministerstwie Zdrowia. Do Ministerstwa napływało bowiem wiele postulatów i propozycji zmian ww. rozporządzeń, zarówno od świadczeniobiorców, jak i organizacji pozarządowych”. Według zapewnień Ministerstwa, zostały podjęte intensywne prace nad opracowaniem założeń dotyczących przepisów w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, a „zgłoszone przez Rzecznika Praw Obywatelskich uwagi i postulaty zostaną wzięte pod uwagę przy projektowaniu nowych rozwiązań”.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy oraz efektów pracy zespołu ekspertów utworzonego w Ministerstwie Zdrowia do rozwiązania podnoszonego problemu, a także o przyspieszenie działań w kierunku zapewnienia zgodności wymienionych rozporządzeń z art. 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz przejrzystości dostępu świadczeniobiorców do

przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Zobowiązany będę za przekazanie stanowiska Pani Minister w tej sprawie oraz informacji w omawianej materii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-70-8598-15/EM/08

Warszawa, 25 stycznia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika z dnia 17 grudnia 2007 roku. znak: RPO-563259-X/07/AA. odnośnie uregulowań prawnych dotyczących zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

W nawiązaniu do informacji przesianej do Pana Rzecznika pismem z dnia 13 sierpnia 2007 roku. znak: MZ-UZ-OPK-70-8598-4/EM/07, pragnę poinformować, że zostały podjęte dynamiczne prace nad stworzeniem przejrzystego systemu dostępu świadczeniobiorców do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

W Ministerstwie Zdrowia został opracowany projekt *rozporządzenia w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi*. Powyższy projekt uwzględnia analizę istniejących zasad zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi oraz sposób refundacji. W dniu 15 stycznia br. powyższy projekt został skierowany do konsultacji społecznych z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag. Projekt dostępny jest

na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dziale legislacja/projekty aktów prawnych przekazane do konsultacji społecznych.

W załączniku nr 1 do powyższego projektu *Szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych przysługujących świadczeniobiorcy, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania oraz okresy użytkowania* pod pozycjami 308–312 zostały określone kategorie wózków inwalidzkich, dla których przyjęto, że w przypadku osób z orzeczeniem o niepełnosprawności spowodowanej stanem narządu ruchu lub z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności spowodowanej stanem narządu ruchu wszystkie rodzaje wózków inwalidzkich są przyznawane bezpłatnie raz na 60 miesięcy, z możliwością skrócenia tego okresu. Ponadto w załączniku, o którym mowa, nie został wpisany w kryteriach przyznawania żaden wymóg odnoszący się do aktywności zawodowej osób uprawnionych, zaś jedynym kryterium przyznawania wózków inwalidzkich są kryteria na medyczne. Jednocześnie pragnę poinformować Pana Rzecznika, iż kształt przedmiotowego rozporządzenia nie jest ostateczny i może ulec zmianie w wyniku prowadzonych konsultacji społecznych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-563259-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 10 lipca 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji dotyczącej wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie obowiązujących regulacji w przedmiocie zaopatrzenia ubezpieczonych w przedmioty ortopedycz-

ne i środki pomocnicze, zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat stanu zaawansowania prac legislacyjnych nad przygotowaniem nowych regulacji w tym zakresie, które usuną zgłaszane nieprawidłowości, a także zapewnią zgodność treści wydanych rozporządzeń z delegacją ustawową oraz przejrzystość systemu dostępu ubezpieczonych do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Zobowiązany będę również za informację o przewidywanym terminie wejścia w życie zapowiadanych przepisów.

Uprzejmie przypominam, że z ostatniego wyjaśnienia Pani Minister w tej sprawie z dnia 25 stycznia 2008 r. (MZ-UZ-OPK-70-8598-15/EM/08) wynika, że „zostały podjęte dynamiczne prace nad stworzeniem przejrzystego systemu dostępu świadczeniobiorców do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W Ministerstwie Zdrowia został opracowany projekt rozporządzenia w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi”, który w dniu 15 stycznia 2008 r. został skierowany do konsultacji społecznych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
-/Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Polityki Lekowej i Farmacji
MZ-PLW-463-4961-37/SM/08

Warszawa, 15 października 2008 r.

Pani
Agnieszka Adamska-Karska
Zastępca Dyrektora Zespołu
Administracji Publicznej, Zdrowia
i Ochrony Praw Cudzoziemców
Biura Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Pani Dyrektor

W nawiązaniu prowadzonej korespondencji oraz Państwa pisma z dnia 10 października 2008 r., znak: RPO-563259-X/07/AA – w sprawie informacji dotyczących stanu zaawansowania prac legislacyjnych nad przygotowaniem

nowych regulacji w przedmiocie zaopatrzenia ubezpieczonych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz w sprawie przewidywanego terminu wejścia w życie zapowiadanych przepisów, Departament Polityki Lekowej i Farmacji informuję, iż w dalszym ciągu trwają prace nad projektem rozporządzenia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych ze środków publicznych. Ze względu na zgłoszenie wielu uwag podczas konsultacji społecznych do opublikowanego projektu na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dniu 15 stycznia 2008 roku od zainteresowanych stron przedmiotową nowelizacja, nie tylko ze środowisk reprezentujących świadczeniobiorców, ale również od świadczeniodawców oraz organizacji rządowych, konsultantów krajowych i wojewódzkich, powstała nowa wersja projektu rozporządzenia. Obecna wersja przedmiotowego projektu w związku z wprowadzonymi zmianami wynikającymi z analizy przedmiotowych uwag została przesłana o opinię do Komisji Polityki Społecznej i Rodziny. W związku z powyższym kształt przedmiotowego rozporządzenia nie jest jeszcze ostateczny.

Jednocześnie informujemy, iż w projekcie przedmiotowego rozporządzenia zaproponowano zapis dotyczący wejścia w życie na dzień 1 lipca 2009 roku.

Z poważaniem

DYREKTOR
Departamentu Polityki Lekowej
i Farmacji
-/ Artur Fałek

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu

Marek TWARDOWSKI
MZ-PLW- 4650-5853-21/AB/08

Warszawa, 17 grudnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Wielce Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma znak: RPO-563259-X/07/AA dotyczącego przekazania informacji o etapie prac nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych

i środków pomocniczych finansowanych ze środków publicznych, proszę o przyjęcie poniższego.

W nawiązaniu do prośby Przewodniczącego Komisji Polityki Społecznej i Rodziny – Pana Posła Sławomira Piechoty, przedmiotowy projekt rozporządzenia zastał przekazany w dniu 2 września br. celu zapoznania się oraz wyrażenia opinii niezbędnej do dalszych prac w przedmiotowej sprawie. Projekt rozporządzenia uwzględniał uwagi jakie zostały zgłoszone podczas uzgodnień zewnętrznych i konsultacji społecznych projektu z dnia 15.01.2008 r. W dniu 3 listopada br. Pan Poseł Sławomir Piechota przedłożył stanowisko do przesłanej wersji projektu rozporządzenia, zawierające zarówno propozycje zmian jak również uwagi, wątpliwości i zastrzeżenia do niektórych propozycji zapisów.

W związku z przedłożoną opinią zaproponowano spotkanie celem omówienia przedmiotowego projektu, które odbyło się 4 grudnia br.

Jednocześnie informuję, że wersja rozporządzenia nie jest jeszcze wersją ostateczną, a kolejne spotkanie uzgodnieniowe planowane jest na drugą połowę stycznia 2009 r.

Z poważaniem

/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 31 grudnia 2007 r.

RPO-574104-X/07/AR

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że jeden z autorów skarg do Rzecznika Praw Obywatelskich zwrócił uwagę na błąd pisarski, występujący w treści art. 63c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210

poz. 2135 ze zm.), wprowadzonego mocą art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166 poz. 1172). Przepis ten brzmi:

„3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się do umów zawieranych pomiędzy podmiotem realizującym zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi dostawcom tych środków i wyrobów.”

Powyższy błąd powoduje, że cytowany przepis jest niezrozumiały. Trafne wydaje się jednakże domniemanie, iż zgodnie z intencją Ustawodawcy, podkreślony fragment tekstu przepisu winien brzmieć: „... a dostawcami tych środków”.

Na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147) zwracam się do Pani Minister o podjęcie niezbędnych kroków, zmierzających do zmiany błędnie sformułowanego przepisu.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-073-12980-2/KBO/08

Warszawa, 15 stycznia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Wielce Szanowny Panie

W odpowiedzi na pismo z dnia 31 grudnia 2007 r. znak: RPO-574104-X/07/AR, dotyczące błędu pisarskiego występującego w art. 63c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn.

zm.), uprzejmie informuję, że stosowna zmiana tego przepisu polegająca na wyeliminowaniu błędu zostanie dokonana przy okazji najbliższej nowelizacji ustawy.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 2 stycznia 2008 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-575923-X/07/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że zwracają się do mnie osoby, które nabyły prawo do renty albo emerytury i jednocześnie prowadzą działalność zarobkową, skarżąc się na obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia takiej działalności, niezależnie od składek odprowadzanych w związku z otrzymywaniem świadczenia emerytalnego lub rentowego.

W świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają m.in. osoby prowadzące działalność pozarolniczą lub osoby z nimi współpracujące oraz osoby pobierające emeryturę lub rentę, a także osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne, oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c

oraz pkt 16 Ustawy). Z kolei art. 82 ust. 1 Ustawy stanowi, że w przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do obciążenia obowiązkiem ubezpieczenia, składka opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie.

Ustawa zwalnia emerytów i rencistów z opłacania składki zdrowotnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (lub współpracy z osobą prowadzącą taką działalność) jedynie wtedy, gdy świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia i jednocześnie gdy dodatkowe przychody z działalności gospodarczej uzyskiwane przez emeryta (rencistę) nie przekraczają miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub opłaca on podatek dochodowy w formie karty podatkowej (art. 82 ust. 8 Ustawy).

Moje zaniepokojenie budzi sytuacja emerytów i rencistów, których przychody z działalności gospodarczej lub otrzymywane świadczenie są nieco wyższe niż uprawniające do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, lecz w dalszym ciągu są to przychody niewielkie. Z pism wnioskodawców wynika, że podjęli oni drobne przedsięwzięcia, które stają się nieopłacalne wobec konieczności zapłacenia dodatkowej składki zdrowotnej. Należy podkreślić, że składka, wynosząca w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą 9% zadeklarowanej kwoty, nie jest wprost proporcjonalna do otrzymywanych przychodów, gdyż ustawodawca określił jej minimum, opierając je na przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw. Obecnie podstawą minimalnej składki jest 2 109, 46 zł, sama zaś składka wynosi 189,85 zł. Tymczasem pracujący emeryci i renciści uzyskują często znacznie niższe przychody, w związku z czym zasadny wydaje się argument, że konieczność opłacania składki w obecnej wysokości powoduje nieopłacalność prowadzonej przez nich działalności.

Należy ponadto zauważyć, że są to często osoby w zaawansowanym wieku, których stan zdrowia wymaga kosztownego leczenia, które nie zawsze jest całkowicie finansowane ze środków publicznych.

Pragnę także podkreślić, że wykonywanie przez emerytów i rencistów zajęcia zarobkowego poza podwyższaniem standardu życiowego umożliwia tym osobom dłuższe zachowanie aktywności i pomaga na dłuższe zachowanie sprawności umysłowej.

W związku z powyższym, na podstawie 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z późn. zm.), zwracam się do Pani Minister o zajęcie stanowiska w sprawie możliwości zmiany przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych korzystnej dla

wspomnianej grupy emerytów i rencistów, podejmujących dodatkową działalność gospodarczą.

Łączę wyrazy szacunku

/-/Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 31 stycznia 2008 r.

MZ-UZ-OPK-71-10680-1 /AK/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika z dnia 2 stycznia 2008 r. znak: RPO-575923-X/07/MJ w sprawie możliwości zmiany przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą” w zakresie obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne od przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych przez emerytów i rencistów proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zgodnie z art. 69 ust. 1 ustawy obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób prowadzących działalność pozarolniczą powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, tj. zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Nr 137, poz. 887 z późn. zm.) powstaje od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje, zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy, od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty, i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia. W sytuacji, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z obu wskazanych tytułów do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, składkę należy opłacić od każdego z tych tytułów odrębnie. Przepisy ustawy nie przewidują możliwości zwolnienia z obowiązku opłacenia składki w sytuacji, gdy ubezpieczony w trakcie prowadzenia działalności

pozarolniczej nie uzyskuje przychodu lub uzyskuje minimalny przychód w całym okresie prowadzenia tej działalności będącym równoznacznym z okresem istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Podjęcie prowadzenia działalności pozarolniczej łączy się z ryzykiem nieosiągnięcia w całym jej okresie spodziewanych przez osobę podejmującą taką działalność zysków. Ustawodawca w art. 81 ust. 2 ustawy zawarł bardzo elastyczne i korzystne dla osób prowadzących działalność pozarolniczą rozwiązanie pozwalające na dobrowolne wybranie przez ubezpieczonego podstawy wymiaru składki, którą stanowi kwota zadeklarowana, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Ustawodawca dopuścił zatem sytuację, w której ubezpieczony osiągając znaczny przychód ma ustaloną stałą wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne. Przepisy ustawy mają na celu uregulowanie ogólnych zasad dotyczących powstania obowiązku ubezpieczenia i sposobu wyliczenia składki z niego wynikającej, wprowadzenie natomiast kolejnych wyjątków i wyłączeń spowoduje, że każda grupa obowiązana do odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne będzie mogła podnosić zarzuty nadmiernego obciążania jej dochodów daniną publiczną. Nie można tych zasad ogólnych ubezpieczenia zdrowotnego osób prowadzących działalność gospodarczą rozpatrywać w oderwaniu od ustawowej definicji działalności gospodarczej, którą, zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173 poz. 1807 z późn. zm.) jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Ustawodawca nie rozróżnia tu działalności gospodarczej ze względu na podmiot, który działalność tę prowadzi nazywając podmiot ten przedsiębiorcą (art. 4 ust. 1) a także ze względu na cel i wysokość dochodu jakie przedsiębiorca przy prowadzeniu działalności gospodarczej zamierza osiągać. Przy takiej ustawowej konstrukcji przedsiębiorcy i działalności gospodarczej nie wydaje się celowe różnicowanie przedsiębiorców na osoby, dla których prowadzenie działalności gospodarczej stanowi jedyne źródło dochodu i osoby, dla których działalność gospodarczą jest jedynie sposobem na uzyskanie dodatkowego dochodu, aczkolwiek ustawodawca w art. 82 ust. 8 i 9 ustawy 'o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidział wyjątki od ogólnej zasady obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne z każdego tytułu, z uwagi na osiągnięty minimalny przychód osób w tych przepisach wskazanych.

Co do możliwości uwzględnienia zaproponowanej przez Pana Rzecznika zmiany przepisów ustawy w zakresie korzystniejszego naliczania składki

na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzonej przez emeryta lub rencistę działalności gospodarczej pragnę jedynie wskazać iż. przepisy ustawowe nakładające na obywateli obowiązek współfinansowania systemu świadczeń zdrowotnych powinny w jednakowy sposób, zawierający jak najmniej wyjątków od ogólnie przyjętych zasad, regulować kwestie związane z opłacaniem składek. Niestety fakt osiągania małych zysków z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej nie może być wystarczającą podstawą do wyłączenia grupy uczestników systemu z obowiązku opłacania składki lub zmiany zasad jej naliczania.

Tym niemniej zasadne wydaje się przeanalizowanie możliwości urealnienia podstawy wymiaru składki w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Po przeprowadzeniu takich analiz zostanie podjęta ostateczna decyzja w tym zakresie.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 30 kwietnia 2008 r.

RPO-587872-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał list (kopia w załączeniu), z którego wynika, że Narodowy Fundusz Zdrowia odmawia pokrycia kosztów leczenia zagranicznego w USA, powołując się na obowiązujące procedury uniemożliwiające dokonywanie wpłat zaliczkowych, których wymaga zagraniczna placówka medyczna.

Istotnie, w myśl § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz.

1867), oddział Narodowego Funduszu Zdrowia pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych niewykonywanych w kraju, a uzyskanych w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA, na podstawie faktury wystawionej przez zagraniczną placówkę opieki medycznej.

Zważyć należy, że zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może na wniosek wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy. W powyższych przypadkach, Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia. Koszty tego leczenia, badań diagnostycznych lub transportu są finansowane z budżetu państwa. Rozstrzygnięcie w tych sprawach następuje w formie decyzji, od której przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Jednocześnie, prawodawca upoważnił Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, m. in. trybu pokrywania kosztów, o których mowa w art. 26 ust. 1 i 2 ustawy, mając na względzie dobro wnioskodawcy oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych (art. 26a). Wykonaniem tej delegacji jest cytowane wyżej rozporządzenie z dnia 27 grudnia 2007 r. Prawodawca wyraźnie zatem wskazał nie tylko zakres spraw przekazanych do uregulowania w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, ale również określił wytyczne dotyczące treści tego aktu.

W mojej ocenie, przepisy powołanego rozporządzenia, wypełniając dyspozycję prawodawcy zawartą w upoważnieniu ustawowym, nie mogą jednocześnie ograniczać lub uniemożliwiać realizacji ustawowego prawa wynikającego z art. 26. Taka sytuacja zdaje się mieć miejsce obecnie, gdzie przepisy cytowanego rozporządzenia nie przewidują regulowania należności za leczenie w formie zaliczkowej, wymaganej przez zagraniczną placówkę medyczną i de facto uniemożliwiają realizację wniosku o przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, a są niezbędne w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w powyższej sprawie oraz przekazanie informacji odnośnie przewidywanych zmian legislacyjnych w tym zakresie.

Zwracam się również z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania sprawy indywidualnej opisanej w załączonym liście, w tym zachowania w tej materii obowiązującej procedury, a także rozważenie możliwości pomocy zainteresowanej. Zobowiązany będę za przekazanie informacji w tej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
-/Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-073-11930-I/ET/08

Warszawa, 29 maja 2008 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 30 kwietnia 2008 r. (sygn.: RPO-587872-X/08/AA) w sprawie odmowy pokrycia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów leczenia poza granicami kraju Pani Ewy R. ze względu na brak możliwości dokonania wpłat zaliczkowych na poczet kosztów ww. leczenia, wymaganych przez zagraniczną placówkę opieki medycznej na terenie USA, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji i wyjaśnień w ww. sprawie.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy

[...] skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

Celem ww. przepisu, ustanowionym przez ustawodawcę, jest zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które w Polsce z różnych przyczyn nie są wykonywane, a które służyć mają ratowaniu życia lub zdrowia świadczeniobiorców.

Zasady i tryb finansowania tych świadczeń określają albo przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w przypadku, gdy przedmiotowe leczenie lub badania diagnostyczne mają być wykonane w innym państwie członkowskim UE/EFTA, albo przepisy ww. ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867), w przypadku, gdy wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne mają być wykonane w innym państwie, niż państwo członkowskie UE/EFTA.

Po wejściu w życie ww. aktu prawnego pojawiły się problemy natury praktycznej związane ze stosowaniem jego przepisów w przypadkach, w których zagraniczne placówki opieki medycznej wymagają zaliczkowego pokrycia przez Narodowy Fundusz Zdrowia całości lub części kosztów planowanego leczenia bądź badań diagnostycznych.

W celu rozstrzygnięcia, czy w świetle przepisów obowiązującego rozporządzenia możliwe jest dokonywanie tego rodzaju przedpłat przed wykonaniem świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju, zwrócono się o opinię do Ministerstwa Finansów, jako organu właściwego w zakresie prawidłowości wydatkowania środków publicznych.

Ministerstwo Finansów, mając na uwadze przepisy ustawy o finansach publicznych, wskazało na potrzebę nowelizacji powyższego rozporządzenia, w celu zagwarantowania pewności prawnej i uniknięcia problemów związanych z refundacją kosztów leczenia zagranicznym placówkom opieki medycznej. Projekt rozporządzenia nowelizującego obecnie obowiązujące przepisy został przesłany do uzgodnień międzyministerialnych i konsultacji społecznych, z terminem zgłaszania uwag do dnia 9 maja 2008 r. Wraz z wejściem w życie znowelizowanego rozporządzenia możliwe będzie dokonywanie wspomnianych przedpłat przez Narodowy Fundusz Zdrowia (§ 12 ust. 1b).

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do tego czasu nie ma podstaw prawnych do pokrycia w formie zaliczkowej kosztów leczenia Pani Ewy R. na terenie USA. Narodowy Fundusz Zdrowia podlega rygorom przepisów

ustawy o finansach publicznych. Wydatkowanie środków publicznych bez podstawy prawnej stanowiłoby zatem poważne naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

W związku z powyższym procedura rozpatrywania wniosku Pani Ewy R. powinna zostać wstrzymana do czasu wejścia w życie przepisów umożliwiających zadośćuczynienie wymogom zagranicznych placówek opieki medycznej. Ponieważ do rozstrzygnięcia pozostała wyłącznie kwestia formy płatności za leczenie, wydanie decyzji przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki, po zmianie obecnie obowiązujących przepisów w tym zakresie.

Pozwolę sobie zapewnić, że ze względu na wagę zagadnienia i istniejące problemy, szybkie zakończenie prac legislacyjnych nad przedmiotowym aktem prawnym jest dla Ministra Zdrowia sprawą priorytetową. W załączeniu przesyłam jego projekt przekazany do uzgodnień zewnętrznych.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 20 maja 2008 r.

RPO-589567-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Rozpatrywane ostatnio skargi obywateli dotyczące treści zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawanych na podstawie art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) skłoniły mnie do wystąpienia do Pani Minister w tej sprawie.

W myśl art. 146 ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia – po uprzednim zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych – określa

przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Z treści art. 137 ust. 1 oraz art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy (w brzmieniu obowiązującym do dnia 29 września 2007 r.) wynika, że prawodawca rozróżnia „warunki udzielania świadczeń” i „warunki wymagane od świadczeniodawców”, a zatem należy przyjąć, że pojęcia te mają odmienne znaczenie, jakkolwiek nie zostały one przez prawodawcę zdefiniowane.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, powołując się na art. 102 ust. 5 pkt 21 i pkt 25 omawianej ustawy (ustalające, że do zakresu działania Prezesa Funduszu m.in. należy nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu i ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu) oraz art. 146 pkt 1 i 3 (w pierwotnym brzmieniu), określił w drodze zarządzenia, warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, wymienionych w § 2 – obowiązującego do dnia 29 marca 2008 r. – rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).

Powołane przepisy dookreślają m.in. prawa świadczeniobiorców ubezpieczenia zdrowotnego (pacjentów) i wymogi stawiane świadczeniodawcom, w tym kwalifikacje personelu medycznego (co potwierdzał m.in. § 6 ust. 3 Ogólnych warunków umów).

Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ustalają nie tylko wymogi techniczne i proceduralne stawiane świadczeniodawcom przystępującym do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy te ustalają przykładowo definicję „fizjoterapeuty” i „psychoterapeuty” (§ 2 ust. 1 pkt 3 i pkt 29 zarządzenia Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień), definicję „fizjoterapeuty” (§ 2 ust. 1 pkt 2 zarządzenie Nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza). Kwestie te były przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Pani Minister w piśmie z dnia z dnia 17 marca 2008 r. (RPO-574708-X/07) oraz z dnia 16 maja 2008 r. (RPO-588166-X/08).

Badane w Biurze RPO skargi w sprawie udzielania przepustek osobom przebywającym w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i zakładach opieki długoterminowej doprowadziły do ustalenia, że ograniczenie w tym zakresie wynikające z § 26 ust. 4 cytowanego zarządzenia Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Funduszu, pozostaje w kolizji z art. 14 ustawy

z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.), który nie wprowadza żadnych limitów ograniczających czas pobytu pacjentów na przepustce (wystąpienie do Pani Minister z dnia 22 kwietnia 2008 r. – RPO-586573-X/08).

Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia rozstrzygają również o prawach pacjentów, a mianowicie o realizacji ich potrzeb zdrowotnych i przysługujących świadczeniach w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Przykładowo, badane przez Panią Minister, zarządzenie Nr 20/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”, wprowadziło ograniczenia w zakresie dostępu do procedur chemioterapii niestandardowej, w dodatku bez określenia sprawy kontynuowania tej terapii dla pacjentów, którzy rozpoczęli już cykl leczenia.

W cytowanym wyżej wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 17 marca 2008 r. dotyczącym wymogów dla psychoterapeutów, określonych w powołanym zarządzeniu Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazano, że przepisy art. 102 ust. 5 pkt 21 i pkt 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie są przepisami materialnymi, ale wyłącznie kompetencyjnymi, nie wynika z nich uprawnienie Prezesa Funduszu do stanowienia przepisów o charakterze materialnym. Ponadto, zarządzenie Prezesa Funduszu jest aktem prawa wewnętrznego i jako takie nie może kształtować sytuacji prawnej podmiotu spoza układu organizacyjnego, podlegającego organowi wydającemu akt. Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 kwietnia br. wynika, że nie ma podstaw do stwierdzenia nieważności wspomnianego zarządzenia. W piśmie tym zaprezentowano pogląd, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia „jedynie określił wymogi, jakie stawia świadczeniodawcom przy zawieraniu umów. W związku z powyższym nic nie stoi na przeszkodzie wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce, bez zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, przez osoby nie posiadające kwalifikacji określonych w wyżej wymienionym zarządzeniu”. Zdaniem Ministerstwa, „Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może określać wysokie standardy dla świadczeniodawców z którymi zawiera umowy. Musi przy tym przestrzegać (...) zgodności z prawem oraz konieczności zabezpieczenia świadczeń”.

W tej sprawie trzeba zauważyć, że zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie są wymienione w art. 87 Konstytucji RP i nie są tym samym źródłami prawa powszechnie obowiązującego. Akty prawa powszech-

nie obowiązującego mogą regulować postępowanie wszelkich kategorii adresatów (wszystkich obywateli, organów państwowych, wszelkich instytucji i organizacji publicznych i prywatnych), a także stanowić podstawę decyzji wydawanych wobec obywateli, osób prawnych i innych podmiotów.

Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie są również wymienione w art. 93 Konstytucji, który dotyczy aktów prawa wewnętrznego. W świetle tego przepisu, tego rodzaju charakter posiadają uchwały Rady Ministrów oraz zarządzenia Prezesa Rady Ministrów i ministrów. Trybunał Konstytucyjny wyraża pogląd, że system aktów prawa wewnętrznego ma – w przeciwieństwie do systemu aktów będących źródłami prawa powszechnie obowiązującego – charakter systemu otwartego, w każdym razie w zakresie podmiotowym. W uzasadnieniu jednego ze swych orzeczeń w tej sprawie (wyrok z dnia 1 grudnia 1998 r. – Sygn. K 21/98, opubl. OTK 1998/7/116), Trybunał stwierdził, że „uzupełnianie katalogu aktów wewnętrznych może (...) następować zarówno z mocy wyraźnych postanowień konstytucyjnych, jak i z mocy postanowień ustawowych, które do wydawania takich aktów mogą upoważniać, gdy respektują one ogólną zasadę podległości organizacyjnej adresata aktu w systemie organów państwowych”. „Trzon tego systemu stanowią akty wymienione w art. 93 ust. 1, ale nie ma konstytucyjnego zakazu, by przepisy ustawowe upoważniały także inne podmioty do stanowienia zarządzeń czy uchwał, bądź też nawet aktów inaczej nazwanych, ale też odpowiadających charakterystyce aktu o charakterze wewnętrznym”. „Zarazem jednak wszystkie te akty mieścić się muszą w modelu określonym w art. 93 Konstytucji. Przepis ten (...) traktowany być musi jako ustanawiający ogólny – i bezwzględnie wiążący – model aktu o charakterze wewnętrznym. Każdy taki akt może więc obowiązywać tylko jednostki organizacyjne podległe organowi wydającemu ten akt (art. 93 ust. 1), każdy może być wydany tylko na podstawie ustawy (art. 93 ust. 2), każdy podlega kontroli co do jego zgodności z powszechnie obowiązującym prawem (art. 93 ust. 3), żaden nie może stanowić podstawy decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów (art. 93 ust. 2). Za podstawowy element tego modelu trzeba uznać zakres aktu wewnętrznego, który w żadnym wypadku nie może dotyczyć jakichkolwiek podmiotów, które nie są podległe organowi wydającemu taki akt”.

Konstytucja przesądza zatem, że akty prawne określone w art. 93 mają wewnętrzny charakter, a ich obowiązywanie jest wysoce ograniczone, gdyż obowiązują one wyłącznie jednostki organizacyjne podległe organowi wydającemu te akty i nie mogą w żadnym przypadku stanowić podstawy decyzji wydawanych wobec obywateli, osób prawnych i innych podmiotów. W uzasadnieniu powołanego wyżej wyroku, Trybunał Konstytucyjny

uznał, że kryterium „podległości”, o którym mowa w art. 93 ust. 1 (i od spełnienia, którego zależy dopuszczalność stanowienia aktów prawa wewnętrznego pod adresem danego organu) należy rozumieć nie tylko jako „podległość organizacyjną” w znaczeniu przyjętym w prawie administracyjnym, ale też szeroko – jako wszelki układ stosunków między organami konstytucyjnymi, któremu cechą podległości przypisuje Konstytucja.

Omawiane zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie spełniają powyższych wymogów, gdyż zawierają normy bezpośrednio lub pośrednio wykraczające poza konstytucyjny zakres przewidziany dla tego rodzaju regulacji i określają sytuację prawną podmiotów nie podległych organizacyjnie Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Nadto, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie przyznaje *expressis verbis* Prezesowi Funduszu kompetencji do wydawania zarządzeń. Powstaje zatem wątpliwość, co do legitymacji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do regulowania wymienionych kwestii, odnoszących się nie tylko do podmiotów organizacyjnie podległych Prezesowi Funduszu (osobowo i służbowo), ale również do pacjentów, pracowników medycznych i innych świadczeniodawców. Trybunał Konstytucyjny konsekwentnie reprezentuje stanowisko, iż nakaz przestrzegania przez ustawodawcę zasad poprawnej legislacji jest funkcjonalnie związany z zasadami pewności i bezpieczeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i prawa. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego utrwalony jest pogląd, iż ogólne zasady wynikające z art. 2 Konstytucji powinny być przestrzegane szczególnie restryktywnie, gdy chodzi o akty prawne odnoszące się do fundamentalnych wartości chronionych przez Konstytucję. Szczególnie doniosłe znaczenie winny one mieć na płaszczyźnie wolności i praw człowieka i obywatela (K 33/00, OTK ZU nr 7/2001, poz. 217) – także w odniesieniu do wolności i praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych, wśród których znajduje się gwarantowane przez art. 68 ust. 1 Konstytucji prawo do ochrony zdrowia.

Ponadto, postanowienia zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia rozstrzygające w istocie o prawach pacjentów oraz realizacji ich potrzeb zdrowotnych i przysługujących świadczeniach w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (np. zakresie dostępu do kosztownych leków w ramach terapii niestandardowych), pozostają w kolizji z art. 68 Konstytucji RP. Prezes Funduszu zastępuje w powyższym zakresie ustawodawcę i w wydanych przez siebie zarządzeniach decyduje o ustaleniu zakresu należnych pacjentom świadczeń zdrowotnych. Jest poza sporem, że warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, powinna określać ustawa. Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji, nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy

zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek. Stanowisko takie zajęł Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004r. (Sygn.akt K 14/03), stwierdzając, że „zakres świadczeń, do których obywatele (a więc nie tylko ubezpieczeni) mają prawo w ramach publicznego systemu finansowania (...) został (...) zaliczony do materii ustawowej. W przypadku osób opłacających przymusową składkę na ubezpieczenie zdrowotne, wymóg precyzyjnego określenia rodzaju świadczeń dostępnych „w zamian” wynika również z istoty tegoż ubezpieczenia”. „Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czyso potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten – jako całość – musi być efektywny” oraz „musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości”. „Zgodnie z wymaganiami konstytucyjnymi (art. 68 ust. 2) ustawa powinna określać bądź koszyk świadczeń gwarantowanych, bądź (od strony negatywnej) świadczenia ponadstandardowe, które są finansowane ze środków własnych pacjenta. Jeżeli założyć, że jest to niemożliwe (...), ustawa powinna wprowadzać co najmniej dostatecznie jasne i jednoznaczne kryteria formalne, według których następować będzie in casu ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie procedury”.

Postanowienia zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia rozstrzygające o rodzajach dostępnych terapii pozostają również w sprzeczności z normami ustawowymi, a w szczególności z:

- art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (jt. Dz. U. 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.), w świetle którego, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,

- art. 19 ust. 1 pkt 1 cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej,

- art. 9 ust. 3 cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym, Minister Zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych,

– art. 40 cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym, Minister Zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Zważyć również wypada, że cytowane wyżej Ogólne warunki umów zobowiązywały świadczeniodawcę do wykonywania umowy zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy, a jednocześnie zobowiązywały do udzielania świadczeń z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a także do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów oraz do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń (§ 5 ust. 1-4).

Dotychczasowa praktyka w zakresie badania decyzji podejmowanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i stwierdzania nieważności decyzji, a także badane w Biurze RPO skargi obywateli, upoważniają do wyrażenia wątpliwości, co do skuteczności nadzoru Ministra Zdrowia nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikającego z art. 162 i 163 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Odnieść można wrażenie, że Minister Zdrowia jest zainteresowany utrzymaniem obecnej sytuacji, gdzie Prezes Funduszu niejako „wyręcza” Ministra Zdrowia w podejmowaniu częstokroć niepopularnych decyzji i „kłopotliwych” rozstrzygnięć (np. dotyczących dostępu ubezpieczonych do kosztownych terapii oraz leków).

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o szczegółowe zbadanie treści omawianych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podjęcie działań w kierunku zapewnienia konstytucyjności tych regulacji i zgodności z obowiązującymi ustawami. Zobowiązany będę za zajęcie stanowiska w tej sprawie oraz przekazanie informacji odnośnie przewidywanych zmian legislacyjnych w tej materii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2 lipca 2008 r.

MZ-UZ-OPK-7I-12319-1/EM/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem Pana Rzecznika z dnia 20 maja 2008 roku. znak: RPO-589567-X/08/AA dotyczącym badania przez Ministra Zdrowia zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odnosząc się do podniesionej przez Pana Rzecznika kwestii zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy zwrócić uwagę, że artykuł 146 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) wyposaża Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w uprawnienie do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców, zasięgając przy tym opinii właściwych konsultantów krajowych. Należy podkreślić, że kryteria oceny ofert powinny odnosić się do kompleksowości świadczeń, ich dostępności, ciągłości udzielania, oferowanej ceny oraz jakości świadczeń, na którą mają wpływ między innymi kwalifikacje osób udzielających świadczenia, a także wyposażenie w aparaturę i sprzęt. Powyższe elementy umowy są ustanawiane zatem przez Narodowy Fundusz Zdrowia występujący w relacji ze świadczeniodawcami jako kontrahent. Stosunek jaki łączy Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami jest stosunkiem cywilnoprawnym, a Fundusz działa w tym zakresie w sferze prawa prywatnego. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako podmiot kontraktujący, posiada uprawnienie do określania postanowień umownych. Takie uprawnienie posiadają również np. inne podmioty (osoby), które zawierając liczne umowy określają wzorce umowne (wzory umów itp.). Należy podkreślić, iż art. 146 ww. *ustawy* nie rozstrzyga o formie prawnej specyfikacji postanowień umownych, jednakże określa zakres, w jakim ta specyfikacja może być dokonana. Warto dodać, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie miałby możliwości przeprowadzenia postępowań konkursowych bez określenia warunków udzielania

świadczeń oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców. Biorąc pod uwagę interes społeczny (określenie wysokich wymagań od świadczeniodawców w celu uzyskania wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej) oraz finansowe możliwości systemu opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia warunkuje obecnie wartości zawieranych umów od poziomu usług oferowanych przez świadczeniodawców.

Przyjmuje się, iż wspomniana specyfikacja dokonywana jest w formie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jednakże samo nazewnictwo nie decyduje w tym zakresie o charakterze prawnym. Przyjmując, iż specyfikacja, o której mowa w art. 146 ustawy ma formę zarządzenia Prezesa Funduszu, należy zwrócić uwagę na to, iż adresatami zarządzeń mogą być tylko jednostki (komórki) usytuowane w wewnętrznej strukturze organizacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz jako państwowa osoba prawna, która jednocześnie sprawuje władztwo publiczne, ma ukształtowaną strukturę na zasadzie zhierarchizowania. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy zawierają umowy ze świadczeniodawcami, są zatem związani treścią zarządzeń. Zarządzenia te – przy analizie ich skuteczności względem świadczeniodawców – ocenić należy z kolei jako wzorce umowne, istotne w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Nie można zatem stwierdzić, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania ze świadczeniodawcami zastępuje Ministra Zdrowia. Stroną umowy jest Fundusz i to on kształtuje warunki kontraktowania mając do tego swobodę kształtowania stosunków umownych, przy jednoczesnej realizacji ustawowych zadań (zagwarantowanie świadczeń pacjentom) oraz mając na względzie bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.

Nadzór Ministra Zdrowia sprawowany jest pod kątem zapewnienia legalności zarządzeń Prezesa Funduszu z prawem, jednakże mając na względzie to, że Fundusz jest podmiotem kontraktującym świadczenia. Należy podkreślić, iż treść umów podlega ocenie pod kątem zgodności z prawem, jednakże jeżeli strony zawierające umowę nadają określone brzmienie sformułowaniom umownym, wówczas takie brzmienie obowiązuje pomiędzy stronami. Konstrukcja ustawodawstwa kontraktowego jest specyficzna, albowiem umowa podlega zasadzie swobody kontraktowania, a przepisy pozytywne mogą być względnie obowiązujące („chyba że umowa stanowi inaczej”) lub bezwzględnie obowiązujące – ale regulujące proces kontraktowania.

W nawiązaniu do kwestii nadzoru Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia należy podkreślić, iż *ustawa o świadczeniach* wyznacza zakres kontroli Ministra Zdrowia przez działalność Funduszu (legalność, rzetelność, celowość), określając, iż Minister stwierdza nieważność decyzji

Prezesa Funduszu w przypadku naruszenia prawa, niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń lub niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

W zakresie kontraktowania nadzór ten jest nieznacznie ograniczony, tym bardziej, że ww. *ustawa* przewiduje inny tryb weryfikacji decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie wyboru oferty (czy braku wyboru) w postępowaniu w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Minister Zdrowia kieruje się dobrem pacjentów (i w zakresie sprawowanego nadzoru mając na względzie interes społeczny, reprezentuje tych pacjentów), natomiast art. 154 *ustawy* (decyzje administracyjne dyrektora oddziału wojewódzkiego i Prezesa Funduszu, wydawane po rozstrzygnięciu postępowania) jest instrumentem służącym świadczeniodawcom i sprostado się do możliwości wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Z chwilą wniesienia odwołania sprawa pomiędzy dyrektorem a świadczeniodawcą staje się sprawą administracyjną (wyrok WSA z dnia 22 września 2005 r. III SA/Wa 1904/05), w związku z czym możliwa jest w tym zakresie weryfikacja prawidłowości rozstrzygnięcia przez Prezesa, a następnie przez sąd administracyjny. Można zatem w tym przypadku mówić o szczególnym nadzorze administracyjnym, a następnie jurydycznym prawidłowości decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. W związku z powyższym należy stwierdzić, że Minister Zdrowia bada wszystkie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz uchwały Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do podniesionej przez Rzecznika Praw Obywatelskich konieczności ustawowego umocowania kwestii warunków i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, a w następstwie tego ustawowego określenia rodzaju świadczeń dostępnych w zamian za składkę ubezpieczeniową pragnę podkreślić, że Minister Zdrowia wychodząc na przeciw oczekiwaniom społecznym przygotował nowelizację *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* zawierającą wykaz świadczeń gwarantowanych wraz z wyceną oraz świadczeń niegwarantowanych, co jednoznacznie porządkuje kwestie finansowania systemu opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz określa wszelkie dane dotyczące świadczeń, które w ramach pełnego dostępu do informacji powinni posiadać świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia przytoczone w piśmie Pana Rzecznika Zarządzenia nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju re-

habilitacja lecznicza, nie zawierały błędów, na podstawie których należałoby stwierdzić ich nieważność w części lub całości. Szczegółowe wyjaśnienie tej kwestii zostało przekazane w piśmie znak: MZ-UZ-OPK-073-12080-2/AP/08.

Odnosząc się do podnoszonych przez Pana Rzecznika zarzutów wobec zarządzenia nr 20/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie przyjęcie „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne” uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia już w dniu 16 kwietnia 2008 roku, po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego wszczętego z urzędu, wydał decyzję administracyjną, w której stwierdził nieważność ww. zarządzenia w części wprowadzającej zmiany do Wytycznych w sprawie stosowania świadczenia „Chemioterapia niestandardowa”. Decyzji został nadany rygor natychmiastowej wykonalności. W konsekwencji podjętych przez Ministra Zdrowia działań Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie nr 23/2008/DGL z dnia 16 kwietnia 2008 roku, na mocy którego zostały usunięte przepisy zakwestionowane przez Ministra Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

MINISTER ZDROWIA

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 8 lipca 2008 r.

RPO-383896-IV/01/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Kwestia uregulowania zasad przeprowadzania badań DNA w cywilnych postępowaniach sądowych – jako istotna dla zabezpieczenia prawa

obywateli do właściwej i zgodnej z wymogami sprawiedliwości procedury sądowej – od wielu lat pozostaje w kręgu zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich. Już w 2001 r. Rzecznik zwrócił się do ówczesnego Ministra Sprawiedliwości z wnioskiem o rozważenie podjęcie inicjatywy ustawodawczej i uregulowanie spraw stosowania badań DNA jako środka dowodowego, wyznaczenie standardów wykonywania badań i atestowania placówek wykonujących te badania (kopia wystąpienia Rzecznika z 25 lipca 2001 r. w załączeniu). W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Minister Sprawiedliwości zgodził się z koniecznością uregulowania wymienionych kwestii, we współdziałaniu z Ministrem Zdrowia (kopia pisma Ministra z 10 września 2001 r. w załączeniu).

Obecnie mija siedem lat od pierwotnego wystąpienia Rzecznika. W tym czasie opisana inicjatywa regulacji przechodziła różne koleje losu, m.in. już w 2003 r. miał zostać opracowany projekt stosownego całościowego aktu prawnego, zaś w grudniu 2004 r. Kodeks postępowania karnego oraz ustawa o Policji zostały uzupełnione o przepisy dotyczące sposobu i mocy dowodowej badań DNA w postępowaniu karnym. W czerwcu 2005 r. Rzecznik zwrócił się do ówczesnego Ministra Zdrowia z prośbą o ocenę stanu prac legislacyjnych nad regulacją dotyczącą przeprowadzania badań DNA dla celów postępowania cywilnego (kopia wystąpienia Rzecznika z 30 czerwca 2005 r. w załączeniu). Minister Zdrowia pismem z 4 stycznia 2006 r. zgodził się z koniecznością uregulowania tych kwestii i zgłosił gotowość współpracy nad medycznymi aspektami zagadnienia (kopia pisma Ministra w załączeniu). 12 listopada 2007 r. w Ministerstwie Sprawiedliwości odbyło się spotkanie robocze przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia, mające na celu rozważenie ewentualnej konieczności prawnej regulacji wykorzystania badań DNA jako środka dowodowego w sądowym postępowaniu cywilnym.

W opinii Rzecznika wpływ, jaki wyniki badań DNA w cywilnych sprawach sądowych wywierają na losy licznych rodzin, prawa dziecka oraz stan cywilny jednostek, powoduje, iż niezbędne i konieczne jest szybkie opracowanie standardów medycznych ich przeprowadzania, pozwalających na zagwarantowanie ich rzetelności i zgodności z prawdą materialną.

W nawiązaniu do pisma Ministra Sprawiedliwości z 9 czerwca 2008 r. (kopia pisma w załączeniu), opisującego przebieg i wnioski z roboczego spotkania z 12 listopada 2007 r., zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji o stanowisku Pani Minister co do potrzeby regulacji technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA oraz o przeprowadzo-

nych konsultacjach ze środowiskiem naukowym oraz ewentualnych pracach legislacyjnych nad projektem stosownej regulacji.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 29 września 2008 r.

RPO-383896-IV/01/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pismem z 8 lipca 2008 r. zwróciłem się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji o stanowisku Pani Minister w sprawie regulacji technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA oraz o przeprowadzonych konsultacjach ze środowiskiem naukowym oraz ewentualnych pracach legislacyjnych nad projektem stosownej regulacji. Niestety, do dnia dzisiejszego nie otrzymałem na nie odpowiedzi (kopię pisma załączam do uprzejmej wiadomości Pani Minister).

Wobec tego ponownie, w nawiązaniu do pisma Ministra Sprawiedliwości z 9 czerwca 2008 r., zwracam się z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się co do potrzeby opracowania standardów medycznych przeprowadzania badań DNA w sprawach cywilnych, pozwalających na zagwarantowanie ich rzetelności i zgodności z prawdą materialną.

Z poważaniem

Z upoważnieni
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Zał. 1

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Adam FRONCZAK

MZ-ZP-P-073-8843-2/KS/08

Warszawa, 22 października 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika z dnia 29 września 2008 r. (znak: RPO-383896-IV-01/MK), dotyczącego opracowania medycznych standardów przeprowadzania badań DNA w sprawach cywilnych, pragnę przedstawić następującą informację.

Problematyka przeprowadzania badań DNA i wykorzystania ich wyników w postępowaniach prowadzonych na podstawie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego jest zagadnieniem złożonym, na które składają się zarówno kwestie medyczne, dotyczące technicznych aspektów wykonywania badań, jak i istotne kwestie o charakterze prawnym, dotyczące kodeksowego uregulowania procesowych aspektów wykorzystania tych badań.

Należy podkreślić, iż dotychczas obowiązujące regulacje prawne z zakresu postępowania dowodowego w postępowaniu cywilnym zakładają możliwość dopuszczenia przez sąd na każdym etapie postępowania dowodu z badań kwasu dezoksyrybonukleinowego. Nie jest zatem konieczne wprowadzanie do ustawy procesowej szczegółowych regulacji zezwalających lub nakazujących przeprowadzanie tego dowodu. Z uwagi na wyrażoną w art. 233 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego zasadę swobodnej oceny dowodów wprowadzanie szczególnych regulacji odnoszących się do określonej kategorii dowodów należy ocenić przez pryzmat zgodności z tą zasadą. Zgodnie z ustalonym rozumieniem przedmiotowej zasady sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie „wszechstronnego rozważenia zebranego materiału” (a zatem, jak podkreśla się w orzecznictwie, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Jak ujmuje się w literatu-

rze, moc dowodowa oznacza siłę przekonania uzyskaną przez sąd wskutek przeprowadzenia określonych środków dowodowych na potwierdzenie prawdziwości lub nieprawdziwości twierdzeń na temat okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Zaś wiarygodność decyduje o tym, czy określony środek dowodowy, ze względu na jego indywidualne cechy i obiektywne okoliczności, zasługuje na wiarę.

W powyższych okolicznościach należy przychylić się do wniosków wypracowanych podczas spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Sprawiedliwości, które odbyło się 12 listopada 2007 r., iż wprowadzenie szczególnych regulacji odnośnie dowodu z badań DNA, co mogłoby sugerować nadanie prymatu tego dowodom, budziłoby poważne wątpliwości w świetle zasady swobodnej oceny dowodów.

Pragnę jednocześnie poinformować Pana Rzecznika, iż Ministerstwo Zdrowia dostrzega potrzebę uregulowania technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA, w szczególności poprzez ustanowienie jednolitej procedury zabezpieczającej prawidłowy przebieg pobierania próbek badawczych oraz standardów badania i opiniowania tak, aby możliwe było wykluczenie pomyłek lub nadużyć ze strony badanych lub badających. Z uwagi na charakter takiej regulacji musiałaby ona przybrać postać aktu wykonawczego. Rozważenia wymaga jednak kwestia sposobu powiązania takiego aktu z przepisami procesowymi. Możliwość taką daje będący obecnie przedmiotem prac sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka poselski *projekt ustawy o biegłych w postępowaniu sądowym oraz w innych postępowaniach prowadzonych na podstawie ustaw*. Należy zaznaczyć, iż przedmiotowa ustawa wprowadzać ma jednolite wymagania dla wobec wszystkich osób fizycznych i instytucji naukowych i specjalistycznych występujących w charakterze biegłych nie tylko w postępowaniu cywilnym, ale również w innych postępowaniach.

W przypadku uznania w toku prac nad projektem zasadności wprowadzenia stosownych przepisów, możliwe byłoby określenie podstawowych wymagań jakie spełniać musiałyby podmioty, występujące w charakterze biegłego, które przeprowadzałyby badania DNA. Wymagania te powinny dotyczyć posiadanego przez te podmioty wyposażenia technicznego, stosowania metod badawczych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy naukowej, kwalifikacji osób wykonujących badania oraz sposobów pobierania i przechowywania materiałów do badań, jak również wymagań odnośnie będącej wynikiem badań opinii. Opracowanie przedmiotowej regulacji wymagać będzie ścisłej współpracy z ministrami właściwymi ze względu na charakter poszczególnych postępowaniań.

Mając na względzie wskazane powyżej okoliczności, jak również ewentualną potrzebę dokonania zmian w licznych aktach prawnych za-

wierających regulacje procesowe, w tym w *Kodeksie postępowania cywilnego*, inicjatywa wprowadzenia stosownych przepisów regulujących wykorzystanie badań DNA w sprawach cywilnych należy do Ministra Sprawiedliwości.

Przedstawiając powyższe informacje, pragnę jednocześnie przeprosić Pana Rzecznika za opóźnienie w jej udzieleniu, które było spowodowane koniecznością wszechstronnego wyjaśnienia sprawy, w tym dokonania analizy, udostępnionych przez Ministerstwo Sprawiedliwości, materiałów przedstawiających sposób uregulowania przedmiotowej kwestii w innych państwach.

Z poważaniem

/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 18 grudnia 2008 r.

RPO-383896-IV/01/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie dziękuję za pismo Podsekretarza Stanu, Pana Adama Fronczaka, z 22 października 2008 r. w sprawie opracowania medycznych standardów przeprowadzania badań kodu genetycznego DNA w sprawach cywilnych.

Na wstępie zaznaczyć należy, że celem działań Rzecznika było i jest stworzenie regulacji wykonawczej, wprowadzającej techniczne i medyczne standardy wykonywania badań kodu genetycznego, uniemożliwiające manipulacje np. przy pobieraniu, oznaczaniu i magazynowaniu próbek. W szczególności celem Rzecznika nie było stworzenie aktu prawnego ustanawiającego prymat dowodu z badań DNA w procesie cywilnym czy ograniczanie niezawisłości orzeczniczej sędziów.

Z tego właśnie powodu Rzecznik zwracał się do Szanownej Pani Minister Zdrowia, jako właściwej w sprawie przygotowania projektu stosownego aktu wykonawczego. Właściwość Ministra Sprawiedliwości w tej sprawie ogranicza się jedynie do wydania upoważnienia, zaś pismem Ministra Sprawiedliwości z 9 czerwca 2008 r. Rzecznik został poinformowany, iż na spotkaniu roboczym przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia 12 listopada 2007 r. „zgodnie uznano, że przy takim ujęciu zagadnienia, wiodąca rola w ewentualnym opracowaniu projektu stosownego aktu prawnego powinna przypaść Ministrowi Zdrowia, który swą inicjatywę powinien poprzedzić niezbędnymi konsultacjami ze środowiskiem naukowym”. Ponadto pismem z 4 stycznia 2006 r. ówczesny Minister Zdrowia zgodził się z koniecznością uregulowania tych kwestii i zgłosił gotowość współpracy nad medycznymi aspektami zagadnienia (kopia pisma w załączeniu).

Tymczasem w piśmie Pana Podsekretarza Adama Franczaka z 22 października 2008 r. zawarta została informacja, że „Ministerstwo Zdrowia dostrzega potrzebę uregulowania technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA”, jednak „inicjatywa wprowadzenia stosownych przepisów regulujących wykorzystanie badań DNA w sprawach cywilnych należy do Ministra Sprawiedliwości”.

W związku z tym, że celem Rzecznika (kopia pisma z 8 lipca 2008 r.) było właśnie uregulowanie technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA, co leży we właściwości resortu zdrowia, ponownie zwracam się do Szanownej Pani Minister z uprzejmą prośbą o stanowisko w sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 3 marca 2009 r.

RPO-383896-IV/01/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pismem z 18 grudnia 2008 r. Rzecznik zwrócił się do Pani Minister z ponowną uprzejmą prośbą o udzielenie informacji o stanowisku Pani Minister w sprawie regulacji technicznych aspektów przeprowadzania badań DNA oraz o przeprowadzonych konsultacjach ze środowiskiem naukowym oraz ewentualnych pracach legislacyjnych nad projektem stosownej regulacji. Niestety, do dnia dzisiejszego Rzecznik nie otrzymał na nie odpowiedzi (kopię pisma załączam do uprzejmej wiadomości Pani Minister).

Wobec tego ponownie zwracam się z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się co do potrzeby opracowania standardów medycznych przeprowadzania badań DNA w sprawach cywilnych, pozwalających na zagwarantowanie ich rzetelności i zgodności z prawdą materialną.

Zał. 1

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 1 września 2008 r.

RPO-595175-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Do Rzecznika Praw Obywatelskich wpłynęły skargi z terenu Województw Warmińsko Mazurskiego i Podlaskiego, dotyczące treści przepisu §7 ust 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centrale i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U Nr 171 poz. 1210)*. Autorzy skarg wyrażają wątpliwość, czy zakres regulacji objęty tym przepisem, nie wykracza poza upoważnienie z art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.), a w konsekwencji – czy przepis ten jest zgodny z art. 92 ust 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Analiza powyższego problemu zdaje się potwierdzać zasadność wskazanych wątpliwości. Mocą powołanego art. 119 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia uprawniony został do określenia w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z uwzględnieniem przepisów art. 118 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

Istotą problemu jest odpowiedź na pytanie, czy w upoważnieniu tym mieści się również umocowanie do określenia metody ustalania wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej. Wskaźnik ten wymieniony został w art. 118 ust 3 pkt 2 lit a powołanej ustawy, jednakże bez określenia zasad jego obliczania. Określając te zasady w akcie podstawowym, normodawca wkroczył więc

de facto w materię regulowaną w art. 118 ustawy. Powstaje w związku z tym dylemat, czy deficyt materii ustawowej, polegający na pominięciu w ustawie sposobu obliczania przedmiotowego wskaźnika, może stanowić uzasadnienie dla wkroczenia przez władzę wykonawczą w sferę regulacji ustawowej.

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14poz. 147 ze zm.) zwracam się więc do Pani Minister o ustosunkowanie się do zasygnalizowanego problemu.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-F-71-10469-9/RW/08

Warszawa, 3 października 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem Rzecznika Praw Obywatelskich z 1 września 2008 r., znak: RPO-595175-X/08/TG, w sprawie skarg z terenu Województwa Warmińsko-Mazurskiego oraz Podlaskiego, dotyczących treści przepisu §7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210), w których Autorzy wyrażają wątpliwość, czy zakres regulacji objęty tym przepisem nie wykracza poza upoważnienie z art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027),

a w konsekwencji – czy przepis ten jest zgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, uprzejmie proszę o przyjęcie następującego stanowiska.

Art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż rozporządzenia są wydawane na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jego wykonania. Wymaga się przy tym określenia organu właściwego do wydania rozporządzenia, zakresu spraw przekazanych do uregulowania oraz wytycznych dotyczących treści aktu. Wymagania te spełnia art. 119 *ustawy o świadczeniach* wskazując organ właściwy do wydania rozporządzenia, zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści rozporządzenia.

W zakresie wytycznych do wydania przedmiotowego rozporządzenia upoważnienie ustawowe stanowi, że należy uwzględnić dyspozycje zawarte w art. 118 *ustawy*.

W przedmiotowej sytuacji *de facto* ma się do czynienia z czterema wytycznymi:

- wytyczną rodzaju „nie mniej niż” określoną w ust. 4 art. 118;
- wytyczną związaną z liczbą ubezpieczonych z uwzględnieniem ryzyk zdrowotnych;
- wytyczną dotyczącą liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych;
- wytyczną dotyczącą zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej.

Tylko pierwsza z nich jest w największym stopniu dookreślona, gdyż dotyczy prostej dyspozycji (nie mniej niż) w odniesieniu do dwóch punktów czasowych. Pozostałe wytyczne, w tym wskazana na wstępie pisma, ze względu na wysoką złożoność zagadnień jak również praktyczne kwestie dotyczące możliwości ich uwzględnienia zostały podane w sposób mniej szczegółowy, czyli zawierają ogólne zasady brane pod uwagę przy określaniu wskaźników i jednocześnie pozostawiają szczegółową metodę ich określenia materii rozporządzenia. Przyjęcie odmiennego podejścia w tym zakresie wiązałoby się z przeniesieniem większej części rozporządzenia do przepisów ustawowych, a ponadto stwarzałoby zagrożenie niemożności realizacji dyspozycji ustawowej w przypadku braku możliwości pozyskania niektórych danych szczegółowych niezbędnych do obliczeń.

Odnosząc się do możliwości zmian przedmiotowego rozporządzenia należy podkreślić, iż w obecnym stanie prawnym, ze względu na aspekty praktyczne funkcjonowania płatnika w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wprowadzenie zmian mogłoby dotyczyć najwcześ-

śniej planu finansowego NFZ na 2010 r. Należy również zwrócić uwagę, że na etapie po uzgodnieniach zewnętrznych znajduje się projekt ustawy o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, który zakłada m.in. decentralizację NFZ. Projekt ten jednocześnie wprowadza istotne zmiany w zakresie sposobu alokacji środków pochodzących ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Planuje się, że ustawa ta wejdzie w życie 1 stycznia 2010 r. Wejście tych przepisów w życie spowodowałoby zmianę regulacji dotyczących zagadnienia podnoszonego przez Pana Rzecznika.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 1 września 2008 r.

RPO-595398-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że w toku badania skargi indywidualnej ujawnił się negatywny spór kompetencyjny między Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący właściwości do umarzania lub rozkładania na raty zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne.

W piśmie z 12 marca br. (sygn. WOW NFZ/WO/DK/0160-101-DK/08) Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ powołał się na art. 52 ustawy z dnia 20 grudnia 1998 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25 ze zm.), który w sprawach poboru, wymierzania odsetek za

zwłokę, egzekucji, dokonywania zabezpieczeń oraz stosowania ulg i umorzeń składek zdrowotnych, odsyła do przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne rolników. Dalej wskazano, że art. 41 a ust. 1 pkt 1 tej ustawy stanowi, iż prezes Kasy lub upoważniony przez niego pracownik Kasy, w przypadkach uzasadnionych ważnym interesem zainteresowanego, na jego wniosek, uwzględniając możliwości płatnicze wnioskodawcy oraz stan finansów funduszów emerytalno-rentowego i składkowego, może odroczyć termin płatności należności z tytułu składek, rozłożyć ich spłatę na raty lub umorzyć w całości lub w części. Z tych przesłanek Wielkopolski Oddział NFZ wyprowadza pogląd, że kwestię rozłożenia na raty kwot zaległych składek lub umorzenia zaległości rozstrzygać winien właściwy oddział KRUS.

Tymczasem organ KRUS stwierdził swoją niewłaściwość w sprawie, powołując się na stanowisko Ministra Zdrowia (pismo o sygn. MZ-U-Z-RP-71-10013-1/KG/07). Z treści tego pisma wynika, że obowiązujące przepisy nie pozwalają na rozłożenie na raty zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, gdyż zgodnie z art. 85 ust. 1 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, KRUS jest jedynie płatnikiem składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników, a żaden przepis nie zezwala na umniejszanie przez płatnika należności NFZ.

Należy zauważyć, że na mocy ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) KRUS zajmuje pozycję analogiczną do pozycji ZUS-u, co wynika tak z treści, jak i z konstrukcji artykułów rozdziału 2 działu IV ustawy. Podkreślić należy, że składki na ubezpieczenie zdrowotne pobierane przez ZUS także stanowią należności NFZ. Z orzecznictwa sądownoadministracyjnego wynika, że ZUS przysługują kompetencje do umarzania zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne lub rozłożenia ich na raty (np. wyrok z 20 kwietnia 2007 r. w sprawie V SA/Wa 411/07, wyrok z 18 grudnia 2006 r. w sprawie III SA/Wa 2922/06 czy wyrok z 11 kwietnia 2007 r. w sprawie V SA/Wa 303/07).

Wobec bezspornych kompetencji ZUS-u do umarzania lub rozkładania na raty składek zdrowotnych należałoby uznać, że podobne kompetencje posiada KRUS. Przeciwnie stanowisko prowadziłoby do nierównego traktowania ubezpieczonych w zależności od instytucji będącej podmiotem pobierającym i odprowadzającym składki na ubezpieczenie zdrowotne, a w konsekwencji – do naruszenia art. 32 Konstytucji RP.

Przedstawiając powyższe wątpliwości, zwracam się na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich

(tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.) do Pani Minister o przedstawienie stanowiska w opisanej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-RP-71-10013-3/KG/08

Warszawa, 16 września 2008 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo z dnia 1.09.2008r. (znak RPO-595398-X/08/MJ) informuję, że całkowicie podzielam pogląd Pana Rzecznika co do kompetencji KRUS w zakresie rozkładania na raty, umarzania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników. Przywołane pismo o sygn. MZ-UZ-RP-71-10013-1/KG/07 nie kwestionuje kompetencji Prezesa KRUS w tym zakresie, wskazuje jedynie na brak podstaw prawnych dla umożliwienia rolnikom spłaty zadłużenia z tytułu indywidualnie opłacanych składek na ubezpieczenie zdrowotne w formie ratalnej. Wprawdzie bowiem art. 111 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) stanowi, że „Do postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze stosuje się przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników [...]”, a przepis art. 52a z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008r. Nr 50 poz. 291 ze zm.), iż „Do składek na ubezpieczenie zdrowotne w zakresie ich poboru, wymierzania odsetek za zwłokę, egzekucji, dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach dłużnika oraz stosowania ulg i umorzeń stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące składek na ubezpieczenie społecz-

ne rolników” natomiast przepis art. 41 a. dozwala Prezesowi KRUS lub upoważnionemu przez niego pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych ważnym interesem zainteresowanego, na jego wniosek, uwzględniając możliwości płatnicze wnioskodawcy oraz stan finansów funduszków emerytalno-rentowego i składkowego, na odroczenie terminu płatności należności z tytułu składek na ubezpieczenie, rozłożenie ich spłaty na raty lub umorzenie w całości lub w części (pkt. 1), to jednak nie można uznać, by przepis ten znajdował zastosowanie przy podejmowaniu przez osoby upoważnione do działania w imieniu KRUS decyzji w sprawie ulgi w zapłacie składek na ubezpieczenie zdrowotne. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych KRUS jest bowiem usytuowany jedynie jako płatnik składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników (art. 85 ust. 1 pkt. 9), a żaden przepis prawa nie dozwala na umniejszanie przez płatnika należności NFZ z tytułu należnych składek czy odsetek za opóźnienie w płatności tych składek.

W tej sytuacji uznać należy, że wprawdzie przywołane ustawy w sposób nie budzący wątpliwości ustalają kompetencje prezesa KRUS do odraczenia terminu płatności należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, rozkładania ich spłaty na raty lub umarzania w całości lub w części, brak jest jednak przepisu prawa materialnego dozwalającego na umniejszenie należności NFZ z tytułu należnych składek i ich pochodnych.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-595398-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 13 listopada 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie dziękuję Pani Minister za odpowiedź udzieloną Rzecznikowi Praw Obywatelskich pismem z dnia 16 września 2008r. (MZ-UZ-

RP-71-10013-3/KG/08), w przedmiocie braku kompetencji Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do rozkładania na raty oraz umarzania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników.

W odpowiedzi tej została jednak pominięta istotna kwestia dotycząca różnicowania kompetencji KRUS oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do umarzania, odraczania spłaty lub rozkładania na raty składek na ubezpieczenie zdrowotne. W tej mierze Rzecznik Praw Obywatelskich Praw Obywatelskich oczekiwałby na precyzyjne określenie podstaw prawnych tego różnicowania.

Argument o braku „przepisu pozwalającego na umniejszenie należności NFZ z tytułu należnych składek i ich pochodnych”, przytoczony w powołanym piśmie z dnia 19 września 2008 r., nie wydaje się być wystarczająco przekonujący w odniesieniu do kompetencji KRUS, wynikających art. 111 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027) stanowiącego, że do postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze stosuje się przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników. Spod władzy tego przepisu wyłączone jest jedynie postępowanie w sprawach osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających renty strukturalne wypłacane przez inną instytucję niż Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Argument ten nie jest też przekonujący w odniesieniu do jednoznacznych dyspozycji art. 52a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 50 poz. 291 ze zm.), nakazującego odpowiednie stosowanie przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne rolników, m. in. do stosowania ulg i umorzeń składek na ubezpieczenie zdrowotne, a także przepisów art. 41a ust. 1–3 tej ustawy, określających kompetencje KRUS do umarzania, odraczania terminu płatności i rozkładania na raty zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników.

Należy wskazać, że stosownie do art. 32 ustawy 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 11 poz. 74 ze zm.), do składek na ubezpieczenie zdrowotne w zakresie: ich poboru, egzekucji, wymierzania odsetek za zwłokę i dodatkowej opłaty, przepisów karnych, dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach, ruchomościach i prawach zbywalnych dłużnika oraz stosowania ulg i umorzeń stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące składek na ubezpieczenia społeczne.

Ten przepis odsyłający, uznawany jest za uprawniający ZUS do dokonywania umorzeń zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, ich

rozłożenia na raty lub odroczenia terminu ich płatności. Kompetencje te zostały potwierdzone bogatym orzecznictwem sądowoadministracyjnym.

Bez wątplenia, uznawane bez zastrzeżeń kompetencje ZUS do umarzania lub rozkładania na raty składek i ich pochodnych, także prowadzą do *umniejszania należności NFZ* w sposób identyczny. W tym kontekście nie jest zrozumiałe stanowisko, odmawiające tych kompetencji organom KRUS, mimo jednoznacznego brzmienia powołanych przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, a także analogicznej pozycji KRUS i ZUS oraz tożsamej roli, jaką instytucje te pełnią w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sytuacja ta – jak wskazano w poprzednim wystąpieniu – zdaje się pozostawać w kolizji z zasadą równości wobec prawa, wyrażoną w art. 32 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracając raz jeszcze uwagę Pani Minister na opisaną dyskryminacyjną praktykę, ponownie uprzejmie proszę Panią Minister o zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-RP-71-10013-4/KG/08

Warszawa, 16 grudnia 2008 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 13.11.2008 r. (znak RPO-595398-X/08/MJ) informuję, że całkowicie podzielam pogląd Pana Rzecznika co do ko-

nieczności ujednoczenia kompetencji ZUS i KRUS w zakresie rozkładania na raty lub umarzania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Ponieważ przepisy art. 52a i 41a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008r. Nr 50 poz. 291 ze zm.) zawierają co do istoty, postanowienia zbieżne z art. 32, 28 i 29 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. t.j. z 2007 r., Nr 11, poz. 74, z późn. zm.), wobec uznania przez sąd administracyjny uprawnienie ZUS do rozkładania na raty lub umarzania składek na ubezpieczenie zdrowotne, brak jest podstaw dla różnicowania uprawnień tych organów rentowych.

W tej sytuacji już w dniu 7 listopada br. Dyrektor Biura Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia zaprezentował zweryfikowane stanowisko w poruszanej tu kwestii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-603878-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 9 grudnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W środkach masowego przekazu pojawiły się niepokojące doniesienia, z których wynika, że na rynku jest coraz więcej fałszowanych produktów leczniczych, a produkty zarejestrowane w Polsce nie są objęte wystarczającą kontrolą jakości. Sytuacja ta może mieć fatalne skutki dla zdrowia, a nawet życia obywateli.

Z treści artykułu pt. „Na rynku jest coraz więcej podrabianych leków – tańszych, ale groźnych dla zdrowia” zamieszczonego w „Gazecie Prawnej” z dnia 25 listopada 2008 r. (kopia artykułu w załączeniu), wynika, że podrobione leki nie ominęły również Polski. Jednakże obowiązujące przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (jt. Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271), nie zawierają odpowiednich regulacji w tej sprawie.

Niepokoici również sytuacja w zakresie badania jakości produktów leczniczych, zważywszy na powtarzające się przypadki zanieczyszczenia leków i ich opakowań oraz ilość produktów leczniczych, co do których Główny Inspektor Farmaceutyczny podjął decyzję o wstrzymaniu w obrocie, wycofaniu z obrotu lub zakazie wprowadzenia do obrotu. Z treści artykułu pt. „Corhydron znów może narażać życie pacjentów” zamieszczonego w dzienniku „Polska” z dnia 20 listopada 2008 r. (kopia artykułu w załączeniu), w którym autorka artykułu powołuje się na wypowiedź profesora Zbigniewa E. Fijałka – dyrektora Narodowego Instytutu Leków – wynika, że „przed naszym wejściem do UE leki były dokładniej kontrolowane niż teraz. Obecnie państwo przeznaczają zaledwie 5 mln zł rocznie na badanie leków, co pozwala skontrolować jedynie ok. 1 tys. preparatów z 30 tys. dostępnych na rynku. Statystyka jest porażająca: jeden lek jest badany średnio raz na 30 lat. Producenci nie przywiązują więc wagi do jakości, bo ryzyko, że wpadną podczas kontroli jest niewielkie”.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania powyższego problemu oraz zajęcie stanowiska. Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie działań Pani Minister w sprawie zapewnienia bezpieczeństwa leczenia z uwagi na podniesione problemy, w tym poinformowanie Rzecznika o zamierzeniach legislacyjnych w tej materii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 22 grudnia 2008 r.

MZ-PLR-L-079-2026-101/NC/08

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie

W nawiązaniu do pism RPO-603878-X/08/AA i RPO-603879-X/08/AA z dnia 9.12.2008 r. Departament Polityki Lekowej i Farmacji pragnie poinformować, że Polska aktywnie wspiera działania zmierzające do ograniczenia i likwidacji zjawiska fałszowania produktów leczniczych. 9 listopada 2007 roku został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia międzyresortowy Zespół do Spraw Sfałszowanych Produktów Leczniczych, który odbył pierwsze posiedzenie w dniu 26 lutego 2008 r. Zespół jest organem pomocniczym Ministra Zdrowia. Zarządzenie określa skład Zespołu, rolę, zadania oraz tryb pracy. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Prokuratury Krajowej, Komendy Głównej Policji, Służby Celnej, Narodowego Instytutu Leków. Do zadań Zespołu należy m.in. analiza i ocena stanu oraz określenie skutków zjawiska fałszowania produktów leczniczych, przygotowywanie zmian legislacyjnych i instytucjonalnych, pozwalających na skuteczną walkę ze zjawiskiem fałszowania produktów leczniczych oraz doradztwo w zakresie:

- polityki i strategii ograniczenia ww. zjawiska,
- wdrożenia kompleksowego systemu zapewniającego ochronę przed wprowadzeniem do obrotu sfałszowanych produktów leczniczych,
- wdrożenia systemu szybkiego identyfikowania pojawienia się na rynku produktów leczniczych sfałszowanych,
- wdrożenia szybkiej wymiany informacji pomiędzy jednostkami/organami realizującymi zadania związane ze zwalczaniem sfałszowanych produktów leczniczych.

Na stronie WWW większości jednostek, wchodzących w skład Zespołu ds. Sfałszowanych Produktów Leczniczych, zamieszczono zaakceptowaną wspólną informację o sfałszowanych produktach leczniczych stano-

wiąjących krótki przewodnik dla pacjenta (GIF www.gif.gov.pl), NIL (www.il.waw.pl), MZ (www.mz.gov.pl).

Po wnikliwej analizie stwierdzono, że konieczne są zmiany istniejących przepisach prawnych (min. brak oficjalnej definicji sfałszowanego produktu leczniczego (podobnie jak w innych krajach europejskich) – obowiązuje definicja WHO z 1992 r.), kary. W ramach trwających prac nad projektem ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw, część zaproponowanych zmian do ustawy – Prawo farmaceutyczne została stworzona w oparciu o propozycje wypracowane, w ramach prac Zespołu ds. Sfałszowanych Produktów Leczniczych. W zakresie produktów sfałszowanych wprowadzono następujące zmiany: art. 2 pkt 32a, art. 67a, 124b, art. 125a, art. 127a (min. wprowadzono definicję produktu leczniczego sfałszowanego). Aktualnie projekt jest po uzgodnieniach zewnętrznych, w tym konsultacjach społecznych. Przedmiotowy projekt ustawy przekazano do uzgodnień zewnętrznych w dniu 4 listopada 2008 r. Termin zgłaszania uwag upłynął w dniu 3 grudnia 2008 r. Obecnie trwa ich analiza.

Problem fałszowania produktów leczniczych jest problemem bardzo złożonym. Nie wynika on jedynie z niskiej ceny takiego leku (wręcz produkty viagropodobne są droższe) nakłada się tu kilka elementów takich jak:

- cena (nie zawsze),
- wstyd przed wizytą u lekarza,
- łatwy dostęp bez recepty (np. sterydy anaboliczne, silne środki odchudzające, produkty viagropodobne),
- styl życia – zakupy przez Internet, moda na idealny wygląd,
- sytuacje losowe – choroby zagrażające zdrowiu lub życiu,
- lenistwo, brak czasu,
- niska świadomość społeczna (nie zdawanie sobie sprawy z możliwości fałszowania produktów leczniczych),
- brak znajomości prawa (przez internet można kupować jedynie leki OTC),
- niskie kary,
- sądy umarzają najczęściej takie postępowania,
- bieda (w krajach afrykańskich tą drogą wprowadzane są antybiotyki, leki na HIV/AIDS),
- mała wykrywalność przestępstw internetowych.

Trzeba sobie zdawać sprawę z faktu, że duże znaczenie ma w tym przypadku świadomość społeczna w tym zakresie oraz dobra współpraca z organami ścigania, prokuraturą i sądami.

W Polsce do zadań Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego należy zbieranie i analiza zgłoszeń (z kraju, z terytorium UE oraz ze świata) dotyczących sygnałów o sfałszowanych produktach leczniczych. Działania GIF związane z w/w informacjami przebiegają zgodnie ze specjalną, zatwierdzoną procedurą.

Doniesienia o sfałszowanych produktach leczniczych pojawiające się w środkach masowego przekazu, np. artykuł, w którym autorka powołuje się na wypowiedź Pana Profesora Zbigniewa E. Fijałka (członka Zespołu ds. Sfałszowanych Produktów Leczniczych) mają na celu wskazanie istoty problemu i skali zjawiska.

W zakresie badania produktów leczniczych Polska w żaden sposób nie odbiega od standardów europejskich. 31 grudnia 2008 r. mija termin na uzupełnienie dokumentacji składanej przez podmioty związku z dostosowaniem do wymagań aktualnie obowiązującego prawa tzw. harmonizacja. Podmiot odpowiedzialny składając wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu załącza wyniki badań wskazanych w art. 10 Prawa Farmaceutycznego, wykonanych na własny koszt. Podmiot musi też przedstawić (jeżeli jest to wymagane w wytycznych europejskich) system zarządzania ryzykiem użycia produktu leczniczego. Każda seria wyprodukowanego produktu leczniczego jest zwalniana przez osobę wykwalifikowaną. Firmy po wprowadzeniu na rynek prowadzą jeszcze badania kliniczne IV fazy pod kontem oceny bezpieczeństwa i skuteczności oraz dodatkowych korzyści klinicznych w długotrwałym leczeniu. Monitorowane są działania niepożądane, W interesie podmiotu jest to aby zostały one przeprowadzone w sposób rzetelny, gdyż wycofywanie produktu z rynku (TALIDOMID, VIOXX), w który zainwestowano znaczne nakłady finansowe jest po prostu nieopłacalne. Inspekcja Farmaceutyczna sprawuje rygorystyczny nadzór nad wytwarzaniem i obrotem, aby na rynku znajdowały się jedynie leki dobrej jakości, bezpieczne i skuteczne.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 10 grudnia 2008 r.

RPO-602341-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W ostatnim czasie pojawiły się w prasie doniesienia, dotyczące problemu leczenia oraz finansowania świadczeń medycznych udzielonych przebywającym nielegalnie w Polsce obywatelom Ukrainy i Wietnamu.

Stosownie do art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89 ze zm.), zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Podobnie, art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2008 Nr 136 poz. 857), nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki.

Możliwość poniesienia przez cudzoziemca z kraju trzeciego kosztów świadczeń medycznych, co dotyczy wymienionych na wstępie cudzoziemców, podlegają kontroli i stanowią warunek jego wjazdu na terytorium Polski. Jednakże nie rozwiązuje to sprawy pokrycia kosztów leczenia, podjętego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, gdy ZOZ ani lekarz nie ma prawa odmówić pomocy cudzoziemcowi przebywającemu w Polsce nielegalnie, bez gwarancji ze strony osoby zapraszającej oraz bez stosownej polisy ubezpieczeniowej na wypadek konieczności poddania się leczeniu. Powoduje to powstanie po stronie świadczeniodawcy kosztów, bez możliwości ich pokrycia, co niekorzystnie rzutuje na kondycję finansową świadczeniodawcy i ogranicza możliwości realizacji zakontraktowanych świadczeń.

Zasady korzystania cudzoziemców ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, określone mogą być w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych. W odnie-

sieniu do sygnałów prasowych nadmienić należy, że dwustronne umowy między Polską a Ukrainą oraz Polską a Wietnamem nie zostały zawarte.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się więc do Pani Minister z zapytaniem, czy przewiduje się dwustronne uregulowanie z Ukrainą i Wietnamem sprawy udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce obywatelom tych państw.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-71-14179- I/RB/08

Warszawa, 18 grudnia 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 grudnia br. (znak: RPO-602341-X/08/TG) uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Poruszony przez Pana Rzecznika problem, dotyczący kosztów leczenia osób narodowości ukraińskiej i wietnamskiej, stanowi część szerszego problemu związanego z brakiem wskazania w przepisach prawa źródeł finansowania kosztów niezbędnej opieki zdrowotnej udzielanej obcokrajowcom, nieposiadającym odpowiednich polis ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami wspólnotowymi obcokrajowcy przybywający do Polski z krajów trzecich – a więc krajów nie objętych wspólnotowym mechanizmem koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – powinni posiadać tzw. jednolite wizy wjazdowe Schengen (poza państwami zwolnionymi z obowiązku wizowego, do których jednak nie należą Ukraina ani Wietnam). Wydanie jednolitej wizy wjazdowej Schengen warunkowane jest natomiast wykupieniem przez zaintereso-

wanego cudzoziemca polisy ubezpieczeniowej, zapewniającej pokrycie kosztów niezbędnej opieki zdrowotnej podczas pobytu na terytorium Unii Europejskiej, o minimalnej kwocie pokrycia w wysokości 30 tys. euro.

Jest jednak oczywiste, jak słusznie zauważył Pan Rzecznik, iż wynikające z powyższych regulacji zabezpieczenie sytuacji finansowej świadczeniodawców opieki zdrowotnej może okazać niewystarczające, wobec nierzadkich przypadków nielegalnego przebywania na terytorium Polski obcokrajowców, którzy bądź to w ogóle nie posiadali wiz (a w konsekwencji również wymaganych polis), bądź też przedłużyli swój pobyt na terenie naszego kraju poza trzymiesięczny okres ważności wizy.

Należy jednak zauważyć, że opisanemu problemowi generowania po stronie zakładów opieki zdrowotnej kosztów pomocy medycznej udzielonej nielegalnie przebywającym w Polsce obcokrajowcom nie można zaradzić w drodze zawarcia umów dwustronnych z państwami takimi jak Ukraina czy Wietnam, gdyż umowy takie w pewnym sensie sankcjonowałyby łamanie prawa, czy wręcz sprzyjałyby nielegalnemu pobytowi obywateli takich państw na terytorium RP.

Ministerstwo Zdrowia ma świadomość tego, iż problem nie pokrywanych kosztów leczenia obcokrajowców w Polsce może przybierać na sile, w związku z prawdopodobnym wzrostem liczby obcokrajowców na terenie naszego kraju, w tym osób przebywających tu nielegalnie. Z pewnością ciężar tych kosztów nie powinien spadać na barki zakładów opieki zdrowotnej, a co za tym idzie kwestia źródeł i sposobu finansowania niezbędnej pomocy medycznej dla cudzoziemców, nie objętych systemem koordynacji lub jedną z kilku obowiązujących jeszcze umów dwustronnych, ani też nieposiadających odpowiednich polis ubezpieczeniowych wymagać będzie prawdopodobnie uregulowania na poziomie ustawowym.

W mojej opinii najbardziej właściwe wydaje się rozwiązanie polegające na zagwarantowaniu zakładom opieki zdrowotnej oraz lekarzom prowadzącym indywidualne praktyki zwrotu kosztów niezbędnych świadczeń udzielonych obcokrajowcom, przez odpowiednie władze samorządowe, tj. gminy względnie powiaty, na których terenie działają świadczeniodawcy. Rozwiązanie takie uzasadniałby fakt, iż chodzi w tym przypadku o pomoc medyczną udzielaną ze względów humanitarnych, która – zwłaszcza mając na uwadze częstokroć bezprawny charakter pobytu na terytorium RP osób wymagających takiej pomocy – nie powinna być traktowana w kategoriach uprawnienia, a co za tym idzie z pewnością nie może być objęta zakresem przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należałoby zatem zmierzać w kierunku rozwiązania, w którym tego rodzaju pomoc traktowana byłaby jako rodzaj

szeroko pojętej pomocy społecznej – ta zaś, nie tylko w warunkach polskich ale w świetle powszechnych standardów europejskich, jest domeną samorządów lokalnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 19 grudnia 2008 r.

RPO-603791-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał wnioski Polskiego Towarzystwa Homeopatii Klinicznej oraz Polskiego Towarzystwa Homeopatii i Homotoksykologii oraz 68 lekarzy (kopie pism w załączeniu), w których kwestionowane jest stanowisko Nr 7/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.

W stanowisku tym, Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia zjawisko stosowania homeopatii i pokrewnych nienaukowych metod przez niektórych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowanie szkoleń w tych dziedzinach przez instytucje i organizacje mające sprawować pieczę nad prawidłowym wykonywaniem zawodów medycznych. Rada uważa, że działania takie stoją w sprzeczności z art. 57 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej, w świetle którego, „lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie

wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”. Naczelna Rada Lekarska wzywa swoich członków do przeciwstawiania się wymienionym tendencjom oraz popierania działań na rzecz medycyny opartej na przesłankach racjonalnych.

Homeopatia spotyka się z krytyką przedstawicieli nauk medycznych, głównie z uwagi na brak udokumentowanej naukowo skuteczności tej metody (m.in. w licznych publikacjach profesora Andrzeja Gregosiewicza z Akademii Medycznej w Lublinie oraz profesora M. Kasmulskiego – kierownika Katedry Elektrochemii Politechniki Lubelskiej, w opinii biegłego w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza wydanej przez profesora Aleksandra Mrozikiewicza – kopia w załączeniu).

Również zespół ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej, złożony głównie z profesorów medycyny, „po zapoznaniu się z obecnym stanem wiedzy o założeniach, skuteczności, bezpieczeństwie i konsekwencjach praktyk homeopatycznych stwierdza, że ta metoda leczenia nie spełnia wymagań stawianych metodom stosowanym we współczesnej medycynie i że jej zasady nie są zgodne z aktualną wiedzą medyczną” (stanowisko zespołu ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie stosowania oraz promowania metod homeopatycznych, opublikowane w „Służbie Zdrowia” z dnia 30 czerwca 2008 r.).

Z dokumentów przekazanych przez Polskie Towarzystwo Homeopatii i Homotoksykologii wynika, że w stosunku do lekarzy zajmujących się homeopatią wszczynane są postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej (przykładowo postępowanie takie – na wniosek Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – zostało wszczęte przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej).

Tymczasem, obowiązująca obecnie ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (jt Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271), dopuszcza do obrotu w Polsce produkty lecznicze homeopatyczne (art. 3 w związku z art. 2 pkt 29), co umożliwia ich stosowanie przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz lekarzy weterynarii. Ustawa ta zakłada jednocześnie, że produkty lecznicze homeopatyczne, które są podawane doustnie lub zewnętrznie, w oznakowaniu i ulotce nie zawierają wskazań do stosowania oraz charakteryzują się odpowiednim stopniem rozcieńczenia – podlegają uproszczonej procedurze dopuszczenia do obrotu i nie wymagają dowodów skuteczności terapeutycznej (art. 21 ust. 7).

Natomiast zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty określa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (jt. Dz. U. z 2008r. Nr 136, poz. 857). Zgodnie z art. 4 tej ustawy, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami za-

pobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej, może odbywać się na zasadach eksperymentu medycznego: leczniczego lub badawczego (art. 2 1–29 ustawy). Jednocześnie, ustawodawca określając zasady wykonywania zawodu lekarza, wskazuje, że „lekarz może ordynować te produkty lecznicze i wyroby medyczne, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach” (art. 45).

Z powołanymi przepisami nie korespondują inne regulacje dotyczące wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. I tak, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779 ze zm.), w wykazie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych, nie zawiera homeopatii, uniemożliwiając tym samym odpowiednie kształcenie lekarzy homeopatów.

W tej sprawie zważyć należy, że w myśl art. 41 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.), członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. W świetle postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej, „zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych” „zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego”, „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu” (art. 1), „dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, „lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze” (art. 4 i art. 6), „wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty” (art. 57 ust. 2), „lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych (art. 62). Natomiast „izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej” (art. 5).

W świetle powyższego, w praktyce lekarskiej, w związku ze stosowaniem homeopatii, występuje rozbieżność stanowisk, której nie da się rozstrzygnąć bez odpowiedniej interwencji Ministra Zdrowia. Z jednej strony,

rozbieżność ta powoduje niepewność lekarzy co do możliwości realizacji ich ustawowych uprawnień w zakresie swobodnego wyboru metody postępowania leczniczego oraz ordynowania produktów homeopatycznych, legalnie dopuszczonych do obrotu. Z drugiej zaś strony, powoduje uzasadnione obawy lekarzy stosujących homeopatię, uznania prowadzonej przez nich działalności za sprzeczną z art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej i w konsekwencji wszczęcie postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej, jakkolwiek omawiane stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. stanowi jedynie opinię tego organu w sprawie stosowania homeopatii i podobnych metod.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w powyższej sprawie, w szczególności odnośnie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach. Będę jednocześnie zobowiązany za poinformowanie Rzecznika o działaniach i zamierzeniach Pani Minister w sprawie rozwiązywania omawianego problemu lekarzy i lekarzy dentyistów.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PL-4642-7868-2/MS/09
MZ-PLR-070-8/HP/09

Warszawa, 19 lutego 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo RPO-603791-X/08/AA. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz

organizowania szkoleń w tych dziedzinach, uprzejmię przedstawiam stanowisko w tej sprawie.

Zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza zostały uregulowane w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997 Nr 28, poz. 152 z późn. zm.), a także w ustawie z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 Nr 30, poz. 158 z późn. zm.). Zasady etyki i deontologii, których winni przestrzegać lekarze, podejmując czynności w ramach wykonywania zawodu, zostały również zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej z dnia 14 grudnia 1991 roku, który został uchwalony przez samorząd lekarski na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie o izbach lekarskich. Podstawowe zadania samorządu zawodowego, określone w wymienionej ustawie o izbach lekarskich, to w szczególności: sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie.

Należy wskazać na treść art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w myśl którego, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyтą starannością.

Jednocześnie, ustawodawca określając zasady wykonywania zawodu lekarza, w art. 45 wskazał, że lekarz może ordynować te środki farmaceutyczne i materiały medyczne, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Zasady i tryb dopuszczania do obrotu produktów leczniczych, z uwzględnieniem w szczególności wymagań dotyczących jakości, skuteczności i bezpieczeństwa ich stosowania, określa ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271).

Ustawa Prawo farmaceutyczne, określa również status prawny produktów leczniczych homeopatycznych. Zgodnie z definicją art. 2 pkt. 29, przedmiotowej ustawy, produktem leczniczym homeopatycznym – jest produkt leczniczy wytworzony z homeopatycznych substancji pierwotnych lub ich mieszanin, zgodnie z homeopatyczną procedurą wytwarzania opisaną w Farmakopei Europejskiej lub, w przypadku braku takiego opisu, w farmakopeach oficjalnie uznanych przez państwa członkowskie Unii Europejskiej lub państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

W myśl art. 3 ust. 1 wymienionej ustawy Prawo farmaceutyczne, do obrotu dopuszczone są produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie

na dopuszczenie do obrotu. Warunki dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego homeopatycznego zostały określone w przepisach wskazanej ustawy, w szczególności w art. 10 i art. 17 ust. 2 (procedura pełna) oraz w art. 21 (procedura uproszczona), ustawy Prawo farmaceutyczne.

Zgodnie z przepisami ww. ustawy, dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego, w tym również produktu leczniczego homeopatycznego, wymaga udokumentowania jego bezpieczeństwa i jakości (produkty lecznicze dopuszczone w procedurze uproszczonej, stosowane do indywidualnej terapii) oraz bezpieczeństwa, skuteczności, jakości (produkty lecznicze dopuszczone w procedurze pełnej). Procedury związane z uzyskaniem pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych oraz produktów leczniczych homeopatycznych prowadzi Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Organem uprawnionym do wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu jest minister właściwy do spraw zdrowia. Do obrotu dopuszczone są także produkty lecznicze, w tym produkty lecznicze homeopatyczne, które uzyskały pozwolenia wydane przez upoważnione organy w krajach Unii Europejskiej.

Zasady dopuszczania do obrotu produktów leczniczych homeopatycznych w krajach Unii Europejskiej są zawarte w Dyrektywie 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zmienionej Dyrektywą 2004/27/WE.

Wymienione wyżej przepisy umiejscawiają oraz nadają produktowi leczniczemu homeopatycznemu te same prawa, co innym produktom leczniczym przy dopuszczeniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jak i w krajach członkowskich Unii Europejskiej.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych (Dz. U. z 2003 r. Nr 47, poz. 405) podmiotem odpowiedzialnym za utworzenie i utrzymywanie systemu monitorowania działań niepożądanych produktu leczniczego jest Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Nadzór nad warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych, jakością i obrotem produktami leczniczymi, w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych, sprawuje Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna. Zadania Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej zostały określone w rozdziale 8 ustawy Prawo farmaceutyczne.

Zgodnie z art. 45 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarze mają prawo stosować produkty lecznicze, w tym również produkty lecznicze homeopatyczne, które zostały dopuszczone do obrotu z zachowaniem wymaganych procedur. Tego rodzaju działania nie powinny być traktowane jako sprzeczne z postanowieniami art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Odnosnie organizowania szkoleń, uprzejmie informuję, że homeopatia nie stanowi składowej programów specjalizacji i nie jest możliwe organizowanie szkoleń w tej dziedzinie z wykorzystaniem środków publicznych. Jednakże w związku z zapisem art. 19 oraz art. 19a do art. 19e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857) możliwa jest rejestracja podmiotów organizujących różne formy kształcenia podyplomowego zgodne z powyższymi wymogami.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 2 marca 2009 r.

RPO-603791-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie dziękuję za wyjaśnienie z dnia 19 lutego 2009 r. zawierające stanowisko w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystry oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.

Z przykrością informuję, że pisma tego nie mogę uznać za wystarczające dla wyjaśnienia podnoszonej sprawy. Uprzejmie przypominam, że w wystąpieniu z dnia 19 grudnia 2008 r. zwracałem się do Pani Minister nie tylko o zajęcie stanowiska w sprawie stosowania homeopatii przez lekarzy, ale również o informację o działaniach i zamierzeniach Pani Minister w sprawie rozwiązania tego problemu. W wystąpieniu tym podniosłem, że w praktyce lekarskiej, w związku ze stosowaniem homeopatii, występuje rozbieżność stanowisk, której nie da się rozstrzygnąć bez odpowiedniej interwencji Ministra Zdrowia, zważywszy na stanowisko Nr 7/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. oraz postępowanie organów izb lekarskich w tej sprawie. Z jednej strony, rozbieżność ta powoduje niepewność lekarzy co do możliwości realizacji ich ustawowych uprawnień w zakresie swobodnego wyboru metody postępowania leczniczego oraz ordynowania produktów homeopatycznych, legalnie dopuszczonych do obrotu. Z drugiej zaś, stwarza uzasadnione obawy lekarzy stosujących homeopatię, uznania prowadzonej przez nich działalności za sprzeczną z art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej i w konsekwencji wszczęcie postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej (co miało przykładowo miejsce w przypadku Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o uzupełnienia dotychczasowego wyjaśnienia o informacje odnośnie sposobu rozwiązania podnoszonego problemu.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PL-4642-7868-3/MS/09
MZ-PLR-070-8/HP/09

Warszawa, 23 kwietnia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem z dnia 2 marca 2009 roku (RPO-603791-X/08/AA), w sprawie stanowiska Nr 7/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 roku, dotyczącego stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach, przedstawiam uzupełniające informacje odnośnie podniesionego w piśmie problemu.

Kwestie związane z produktami leczniczymi homeopatycznymi są regulowane przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne, która w tym zakresie wdraża przepisy Dyrektywy 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zmienione Dyrektywą 2004/27/WE, oraz polskiego prawa farmaceutycznego, które jest zgodne z prawem unijnym. Jakiegokolwiek zmiany w obowiązujących przepisach prawa musiałyby wynikać ze zmiany w ustawodawstwie wspólnotowym. Przepisy wymienionej ustawy określają status prawny produktu leczniczego homeopatycznego, definiując produkt leczniczy homeopatyczny oraz określając warunki dopuszczenia do obrotu tych produktów.

Dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego homeopatycznego wymaga udokumentowania jego bezpieczeństwa i jakości. Postępowanie takie toczy się w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych i kończy się wydaniem pozwolenia na dopuszczenie do obrotu przez Ministra Zdrowia.

Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może ordynować te produkty lecznicze, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. W związku z powyższym, lekarze mogą przepisywać dopuszczone do obrotu produkty lecznicze homeopatyczne i nie mogą być z tego tytułu pociągani do odpowiedzialności zawodowej.

Konstrukcja ustawy Prawo farmaceutyczne i jego przepisów wykonawczych uniemożliwia jakąkolwiek dowolność interpretacji ustalonych norm prawnych.

W myśl art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich, stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej mają charakter opinii i nie mają mocy prawnej.

W związku z tym, świetle obowiązujących przepisów prawa, Minister Zdrowia skierował pisma do wszystkich zainteresowanych, zawierające wyjaśnienia o obowiązujących regulacjach ustawowych odnoszących się do produktów leczniczych homeopatycznych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 23 grudnia 2008 r.

RPO-599285-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pozwalam sobie zwrócić się do Pani Minister w sprawie świadczenia przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej odpłatnych usług medycznych dla osób i instytucji w formie umów grupowych i indywidualnych abonamentowych kart pacjenta. Usługi takie oferuje np. Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie.

Wątpliwość dotyczy legalności pobierania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej opłat od osób ubezpieczonych za świadczenia zdrowotne. Wprawdzie art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia

1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) przewiduje, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej, jednakże przepis ten nasuwa wątpliwości interpretacyjne i nie może stanowić samodzielnej podstawy wprowadzenia odpłatności dla osób ubezpieczonych. Jakkolwiek bowiem brak przepisu wprost zakazującego pacjentom płacenia za świadczenia zdrowotne, to zważyć należy na „przepisy odrębne stanowiące inaczej” zawarte w art. 6, 33, 34 i 38 ust. 5 powołanej ustawy, a także na przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), które jednocześnie przewidują karę grzywny w przypadku pobierania nienależnych opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 193 pkt 4).

W takiej sprawie wypowiedział się Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 1 lutego 2006 r. (II OSK 720/05), uznając, że „przepisy art. 6 i art. 38 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ... nie dają podstaw prawnych do pobierania w drodze umów cywilnych opłat od osób ubezpieczonych za świadczenia finansowane ze środków publicznych. Jeśli od uiszczenia opłat wynikających z umowy cywilnoprawnej zależy przyśpieszenie udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom ubezpieczonym, świadczenia objętego ubezpieczeniem zdrowotnym, to zasada równego dostępu do świadczeń zostaje naruszona”. W myśl uzasadnienia tego wyroku, „przepisy art. 6 mają charakter ogólny, odnoszą się do wszystkich zakładów, także niepublicznych, udzielających świadczeń zdrowotnych na różnych podstawach: bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub w umowie cywilnoprawnej. W żaden sposób nie można z powołanego przepisu wywodzić prawa do wprowadzenia na zasadach cywilnoprawnych odpłatności za świadczenia zdrowotne, objęte ubezpieczeniem, dla osób ubezpieczonych”. „Nie można także w ocenie legalności ... pomijać przepisu art. 38 ust. 5 ustawy ... o jasnej treści”. NSA zakwestionował również uznanie art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy, „generalnie regulującego możliwości pozyskiwania środków finansowych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w tym także z umów cywilnoprawnych, za podstawę wprowadzenia dodatkowego kryterium udzielania odpłatnie, w krótszym terminie, osobom ubezpieczonym świadczeń objętych zakresem ubezpieczenia zdrowotnego”.

Powstaje również wątpliwość, co do legalności organizowania i prowadzenia przez publiczny zakład opieki zdrowotnej komercyjnej działalności polegającej na udzielaniu usług tożsamych ze świadczeniami statutowymi realizowanymi w ramach umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (usług konkurencyjnych w stosunku do świadczeń wynikających ze statutu zakładu).

Nie sposób nie zauważyć, że omawiana działalność publicznego zakładu opieki zdrowotnej nasuwa również wątpliwości etyczne. W przypadku usług komercyjnych organizowanych przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie można nadto mówić o nagannym moralnie postępowaniu przy zawieraniu i anieskowaniu umów abonamentowych (radikalna, arbitralna zmiana warunków umowy i zasad korzystania ze świadczeń zdrowotnych po upływie miesiąca od zawarcia umowy, ograniczenia i wykluczenia z dostępu do badań diagnostycznych, porad lekarskich i konsultacji, wykluczenie z sytemu kart pacjenta osób powyżej 65 roku życia).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w podnoszonej sprawie, a także o poinformowanie Rzecznika o skali problemu na terenie kraju oraz odnośnie działań i zamierzeń Pani Minister w sprawie wyraźnego oddzielenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych od medycznej działalności prywatnej. Będę jednocześnie zobowiązany za ustosunkowanie się do legalności działalności komercyjnej prowadzonej przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Marek HABER

MZ-OZO-551-16858-2/MZ/09

Warszawa, 16 kwietnia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma znak: RPO-599285-X/08/AA uprzejmie informuję, że potwierdziły się informacje, że Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie udziela odpłatnych usług medycznych dla osób oraz instytucji w formie umów grupowych i indywidualnych abonamentowych kart pacjenta. W dniu 22 stycznia 2009 r. w piśmie znak MZ-UZ-RP-O24-14373-2/MS/09 organ zwrócił się do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji będącego podmiotem tworzącym dla Szpitala o złożenie wyjaśnień w przedmiotowej kwestii. W piśmie z dnia 20 lutego 2009 r. znak BMP-079-665/09/AK Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji potwierdził prawdziwość uzyskanych informacji, oraz przedstawił argumenty uzasadniające zgodność z prawem rozwiązania przyjętego przez Szpital.

W ocenie Ministra Zdrowia działania Szpitala naruszają przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wynika z nich bowiem wprost, że publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą udzielać osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tych świadczeń na zasadach innych niż określone w tych przepisach.

Działając na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14. poz. 89 z późn. zm.) w dniu 19 marca 2009 r. Minister Zdrowia wezwał Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie do usunięcia uchybień polegających na naruszeniu przepisów art. 33 ust. 1, art. 38. ust. 5 oraz art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przez udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach innych niż określone w tych przepisach. w terminie 30 dni.

Jednocześnie Zakład został poinformowany, że stosownie do brzmienia art. 15 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nie usunięcie uchy-

bień w ww. terminie spowoduje wszczęcie postępowania o wykreślenie Szpitala z rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Informacje o podjętych działaniach będą niezwłocznie przekazane do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Z poważaniem

/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 11 lutego 2009 r.

RPO-607719-X/09/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich po zapoznaniu się z treścią artykułów zamieszczonych w dzienniku „Rzeczpospolita” z dnia 24–25 stycznia oraz z dnia 2 lutego 2009 r. pt. „Kosztowne pożyczki pogrążają szpitale”, „Szpitale zbankrutują?”, „Pożyczki będą nadal potrzebne” oraz „Pabianicki szpital uratowany”, postanowił podjąć postępowanie wyjaśniające w sprawie sytuacji publicznych szpitali oraz bezpieczeństwa leczenia w związku z korzystaniem przez zadłużone szpitale z pożyczek od firm windykacyjnych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o informację, czy resortowi zdrowia znane jest zjawisko zapożyczania się szpitali w firmach windykacyjnych i jaka jest skala tego zjawiska, oraz czy wiadomo na jakich warunkach szpitale uzyskiwały pożyczki i czy przestrzegano obowiązujących w tej materii przepisów i procedur.

Zobowiązany będę również za informację o działaniach i zamierzeniach resortu zdrowia w sprawie rozwiązania sygnalizowanego proble-

mu i zapewnienia przestrzegania obowiązujących przepisów prawa oraz przeciwdziałania dalszemu zadłużaniu się publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-OZO-054-9604-112/EM/09

Warszawa, 6 marca 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 11 lutego 2009 r., dotyczące informacji o podjęciu przez Rzecznika Praw Obywatelskich postępowania wyjaśniającego w sprawie sytuacji publicznych szpitali oraz bezpieczeństwa leczenia w związku z korzystaniem przez zadłużone szpitale z pożyczek od firm windykacyjnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Ministerstwu Zdrowia znane jest zjawisko zapożyczania się szpitali w firmach windykacyjnych, jednakże nie dysponujemy danymi o skali tego zjawiska, jak również nie posiadamy informacji o warunkach udzielania takich pożyczek oraz przestrzegania przepisów w tym zakresie.

Podkreślić jednak należy, że zgodnie z zasadą swobody zawierania umów, wyrażoną w art. 3531 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Powyższa zasada przyznaje podmiotom prawnym możliwości swobody zawierania umowy, wyboru kontrahenta, kształtowania treści umów oraz swobody wyboru formy zawarcia umowy w granicach zakreślonych przez prawo.

Ministerstwo Zdrowia nie jest stroną i nie bierze udziału w procedurach zawierania umów pomiędzy samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, a ich wierzycielami.

Wobec powyższego uprzejmie informuję, że resort zdrowia nie ma w swoich kompetencjach narzędzi prawnych pozwalających na ingerowanie w podejmowane przez zakłady opieki zdrowotnej czynności związane z kształtowaniem stosunków cywilnoprawnych pomiędzy kontrahentami.

Podkreślam jednak, że problematyka zadłużania szpitali jest dla Ministerstwa Zdrowia szczególnie istotna, zatem uprzejmie informuję, iż w resorcie trwają szeroko zakrojone prace legislacyjne regulujące problematykę zawierania umów z wierzycielami, które będą miały na celu ochronę zakładów opieki zdrowotnej przed ich niekorzystnymi konsekwencjami.

Jedną z propozycji rozwiązania powyższej problematyki jest wprowadzenie zmiany w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), w rozdziale 4 działu II normującym zasady gospodarki publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zmiana ma na celu ograniczenie „handlu wierzytelnościami” poprzez konieczność uzyskania zgody przez podmiot, który utworzył zakład. Wobec faktu, że dla przeważającej części publicznych zakładów opieki zdrowotnej podmiotem, który utworzył zakład jest jednostka samorządu terytorialnego, regulacja będzie dotyczyć tych jednostek.

Potrzeba opracowania projektu wynika z konieczności wzmocnienia wpływu organu założycielskiego na zmianę wierzyciela zobowiązań publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ponadto spowoduje ograniczenie wtórnego obrotu wierzytelnościami, co wiązało się z dodatkowymi kosztami dla zakładów opieki zdrowotnej. Obecnie powyższy projekt jest przedmiotem konsultacji społecznych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 31 października 2008 r.

RPO-600495-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Z listów obywateli kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że zagrożony jest dostęp pacjentów do niektórych specjalistycznych usług szpitalnych. Kierownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej i szpitali decydują się na likwidację lub znaczne ograniczenie działalności niektórych oddziałów szpitalnych, głównie z powodu braku odpowiednich lekarzy specjalistów oraz z uwagi na nierentowność tych oddziałów (wysokie koszty funkcjonowania).

Informacje te potwierdzają doniesienia środków masowego przekazu, wskazując, że zamykane są m.in. oddziały chorób zakaźnych, oddziały kardiologii, oddziały opieki paliatywnej (np. dziennik „Polska” z dnia 14 października 2008 r. – artykuł pt. „Szpitale zamykają najdroższe oddziały”, tygodnik „Służba Zdrowia” z dnia 29 września 2008 r. artykuł pt. „Oddziały paliatywne i hospicja czekają na pomoc” – kopie artykułów w załączeniu). W świetle tych doniesień, „szefowie lecznic mają pełną aprobatę samorządu lokalnego, który najczęściej jest organem założycielskim tych placówek medycznych. W tej sytuacji bezbronni są wojewódzcy konsultanci medyczni i wojewodowie. Nie mogą ingerować w te decyzje”. „Wykręca się także NFZ”.

Jak pokazuje dotychczasowa praktyka, obowiązujące w omawianym zakresie przepisy prawa nie stwarzają wystarczających gwarancji ochronnych, zapewniających prawo do nieprzerwanego i niepogorszonego dostępu, warunków udzielania i jakości usług świadczonych przez likwidowany lub przekształcany zakład opieki zdrowotnej. Gwarancji takich nie zapewniają w szczególności przepisy art. 43, art. 36a, art. 36b i art. 43h ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zra.), dotyczące likwidacji publicznego zakładu bądź też jego przekształcenia, jeżeli w wyniku tego przekształcenia

ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń, a także połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Realnego wpływu na omawiane decyzje organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej nie posiadają konsultanci krajowi i wojewódzcy powoływani, na podstawie art. 66a cytowanej ustawy spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, do wykonywania zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zobowiązani – stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.) – m.in. do kontroli dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) określa wprawdzie zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 oraz rozdział 2 ustawy), ale nie wyposaża tych władz w wystarczające kompetencje w tej materii. I tak, w myśl art. 10 tej ustawy, ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa należy do zadań wojewody, przy czym prawodawca nie odnosi się do kwestii braku zabezpieczenia tej opieki i zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W konsekwencji, nie przyznaje wojewodzie kompetencji w tej sprawie. Podobnie czyni w przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia. Organ ten zobowiązuje do określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu – do współpracy z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu (art. 97 ust. 3 pkt 1 oraz art. 107 ust. 8).

Oczekiwanych instrumentów prawnych w omawianej sprawie nie zawierają również przepisy określające zasady funkcjonowania i zadania poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego oraz administracji rządowej w województwie.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r.

Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie, a także o przekazanie informacji odnośnie działań i zamierzeń Pani Minister w kwestii zapewnienia faktycznego nadzoru nad zabezpieczeniem szpitalnej opieki zdrowotnej na terenie kraju i poszczególnych województw oraz odnośnie wprowadzenia odpowiednich w tej materii mechanizmów i narzędzi prawnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-OZO-073-16836-1/EW/09

Warszawa, 23 lutego 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo dotyczące ograniczenia działalności i likwidacji oddziałów szpitalnych uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji, przeprasząc za zwłokę w ich przygotowaniu.

Zgodnie z art. 36 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) przekształcanie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego. Jednocześnie uchwała ta powinna określać odpowiednio sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości oraz termin zakończenia działalności, nie wcześniej niż 3 miesiące od daty podjęcia uchwały o likwidacji. Zgodnie z art. 43 ust. 2 i 3 ustawy projekt uchwały o likwidacji publicznego zakładu opie-

ki zdrowotnej wymaga opinii wojewody oraz opinii właściwych organów gminy i powiatu, których ludności zakład udziela świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część, co stosuje się odpowiednio przy podejmowaniu uchwały o przekształceniu zakładu, jeżeli w wyniku przekształcenia ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych. W każdym przypadku, gdy zgłaszane są sytuacje budzące wątpliwości, co do rzeczywistego zapewnienia świadczeń udzielanych przez likwidowany zakład czy komórkę organizacyjną Minister Zdrowia zwraca się z prośbą o wyjaśnienia do dyrekcji zakładu, organu założycielskiego i Narodowego Funduszu Zdrowia.

W znacznej części przypadków działania będące formalnie „likwidacją oddziału” są de facto zmianami organizacyjnymi tzn. świadczenia te są nadal udzielane, ale w ramach np. innego oddziału. Takie zmiany znajdują uzasadnienie organizacyjne i ekonomiczne. Trzeba mieć świadomość, iż przy ograniczonych nakładach na ochronę zdrowia w Polsce konieczne są działania służące racjonalizacji wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia.

Jednocześnie informuję, iż poselski projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zawierał mechanizmy wzmacniające wpływ Ministra Zdrowia w przypadku likwidacji spółki z większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego albo publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych prowadzącej zakład opieki zdrowotnej. Ustawa przewidywała, iż Minister Zdrowia będzie informowany o każdym przypadku likwidacji takiej spółki jeżeli zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez spółkę udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Ustawa przewidywała, iż w takich sytuacjach Minister Zdrowia będzie posiadał prawo interwencji, będąc jednocześnie zobowiązany do zapewnienia środków finansowych na dalsze funkcjonowanie spółki. Prezydent RP odmówił podpisania tej ustawy.

Obecnie trwają analizy nad potrzebą, kierunkiem i zakresem podjęcia nowych prac legislacyjnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 18 marca 2009 r.

RPO-600495-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie dziękuję za wyjaśnienie z dnia 23 lutego 2009 r. (Sygn. pisma MZOZO-073-16836-1/EW/09), dotyczące ograniczenia działalności oraz likwidacji oddziałów szpitalnych.

Z przykrością informuję, że zawartych w powyższym piśmie informacji, Rzecznik Praw Obywatelskich nie może uznać za wystarczające dla wyjaśnienia podnoszonej sprawy, zważywszy, że jego treść ogranicza się w zasadzie do wskazania – znanych Rzecznikowi – obowiązujących przepisów prawa oraz przepisów, nie podpisanej przez Prezydenta RP, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczących wpływu Ministra Zdrowia na likwidację spółki z większościovym udziałem środków publicznych.

Uprzejmie przypominam, że w wystąpieniu z dnia 31 października 2008 r. wskazano, że – jak pokazuje dotychczasowa praktyka – obowiązujące przepisy w zakresie przekształcenia lub likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, nie stwarzają wystarczających gwarancji ochronnych, zapewniających prawo do nieprzerwanego i niepogorszonego dostępu, warunków udzielania i jakości usług świadczonych przez likwidowany lub przekształcany zakład opieki zdrowotnej.

Realnego wpływu na decyzje organów założycielskich zakładów w tym zakresie nie posiadają wojewodowie oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, a także Narodowy Fundusz Zdrowia, jakkolwiek obowiązujące przepisy zobowiązują te organy do oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz do określania jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

W wystąpieniu tym Rzecznik zwracał się do Pani Minister o zajęcie stanowiska w podnoszonej sprawie, a także o przekazanie informacji odnośnie działań i zamierzeń Pani Minister w kwestii zapewnienia faktycznego nadzoru nad zabezpieczeniem szpitalnej opieki zdrowotnej na terenie

kraju i poszczególnych województw oraz odnośnie wprowadzenia odpowiednich w tej materii mechanizmów i narzędzi prawnych.

Z odpowiedzi z dnia 23 lutego 2009 r. wynikało, iż trwają analizy dotyczące potrzeby podjęcia w omawianym zakresie nowych prac legislacyjnych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o informację na ten temat.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-OZO-073-16836-2/EW/09

Warszawa, 24 marca 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo RPO-600495-X/08/AA dotyczące ograniczenia działalności i likwidacji oddziałów szpitalnych uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Minister Zdrowia dostrzega istniejące, zasygnalizowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich, problemy. Dlatego też systematycznie podejmuje działania, mające na celu ich zniwelowanie. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej uchwalona przez Sejm w dniu 6 listopada 2008 r., a następnie zawetowana przez Prezydenta RP, zawierała odpowiednie mechanizmy, przedstawione w piśmie MZ-OZO-073-16836-1/EW/09 z dnia 23 lutego br.

W związku z zaistniałą sytuacją trwają prace koncepcyjne nad stworzeniem nowych regulacji, które pozwoliłyby na w kształtowanie szeroko rozumianego „zdrowia publicznego”.

Konieczne będzie dokładne określenie zadań i narzędzi dla wszystkich szczebli administracji samorządowej i rządowej oraz zasady współdziałania między nimi. Swoje uzasadnienie znajduje też rozważenie powołania „koordynatora regionalnego”, na potrzeby zdrowia publicznego danego regionu.

Działania już realizowane w Ministerstwie Zdrowia koncentrują się na usprawnieniu funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, a co za tym idzie realizacji konstytucyjnych praw pacjenta. W tym miejscu napisać należy o Programie wieloletnim „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Został on przygotowany w celu wsparcia jednostek samorządu terytorialnego podejmujących działania dla poprawy promowania racjonalnych zasad gospodarowania w zakładach opieki zdrowotnej. Dzięki Programowi jednostki samorządu terytorialnego, będące podmiotami założycielskimi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, będą mogły skorzystać z pomocy finansowej w formie dotacji celowej z budżetu państwa na zadania własne z zakresu polityki rozwoju nieujęte w kontraktach wojewódzkich, po spełnieniu określonych w Programie warunków, m.in. zmiany formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. W trakcie realizacji Programu przewidziano konieczność uzyskania dla planowanych działań pozytywnych ocen Banku Gospodarstwa Krajowego i Narodowego Funduszu Zdrowia (koszty związane ze sporządzeniem oceny dokumentów przez Bank Gospodarstwa Krajowego i Narodowy Fundusz Zdrowia, które warunkują udział w Programie, będą pokrywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie zawartej umowy ze środków przeznaczonych na realizację Programu), co przyczyni się do wyeliminowania działań przypadkowych i zwiększy racjonalność gospodarowania środkami publicznymi. Program zakłada, możliwość skorzystania na takich samych zasadach z ustanowionych Programem narzędzi dla wszystkich jednostek samorządu terytorialnego.

Organem realizującym Program jest minister właściwy do spraw zdrowia. Wnioski o objęcie Programem będą składane do wojewody właściwego ze względu na siedzibę publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, iż najistotniejszym warunkiem uczestnictwa w Programie jest przygotowanie przez jednostkę samorządu terytorialnego programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia danej jednostki. Istotnymi elementami tego Programu są zasady i harmonogram z podanym terminem zakończenia likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdro-

wotnej oraz powołania spółki kapitałowej prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej w formie projektów uchwał organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego – zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) – rozporządzenie lub uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinny określać sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu, dalsze nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości, oraz termin zakończenia działalności, nie wcześniej niż 3 miesiące od daty wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały o likwidacji. Należy podkreślić, iż Program reorganizacji może zakładać również inne rozwiązania (optymalne dla społeczności danej jednostki terytorialnej), tj. np. likwidację kilku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i utworzenie jednej spółki, względnie może nie przewidywać powołania spółki, o ile świadczenia zdrowotne można zabezpieczyć w innym zakładzie wskazanym w uchwale.

Możliwe jest również utworzenie jednej spółki przez kilka jednostek samorządu terytorialnego. Projektowi zmiany formy organizacyjno-prawnej zakładu opieki zdrowotnej winny towarzyszyć propozycje restrukturyzacji i spłaty zobowiązań jednostki samorządu terytorialnego powstałych w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Wysokość środków finansowych zabezpieczonych dla realizacji Programu (1 150 mln zł) wynika z założenia, iż przekształceniu może poddać się ok. 30% jednostek działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dotychczas wstępny akces do Programu zgłosiły 122 podmioty, w tym 78 szpitali.

Program został zaakceptowany przez Radę Ministrów w dniu 17 lutego 2009 r. Jednocześnie powzięto decyzję o przeprowadzeniu konsultacji społecznych zgodnie z trybem przewidzianym w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2006 r., Nr 227, poz. 1658, z późn. zm.). Okres określony ustawowo na zgłaszanie przez podmioty zainteresowanie opinii do projektu wynosi 35 dni od ogłoszenia w masowych środkach przekazu informacji o rozpoczęciu konsultacji (do 26 marca). Następnie w terminie 30 dni od ich zakończenia Ministerstwo Zdrowia przygotowuje sprawozdanie z przebiegu i wyników konsultacji, zawierające w szczególności ustosunkowanie się do uwag zgłaszanych do projektu Programu wraz z uzasadnieniem.

W ramach prowadzonych konsultacji przygotowano konferencje, mające na celu omówienie Programu wieloletniego, zorganizowane dla trzech grup podmiotów:

- przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego,
- przedstawiciele organizacji reprezentujących pracowników zakładów opieki zdrowotnej,
- przedstawiciele organizacji pracodawców oraz dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej.

Ponadto trwają prace nad projektem koszyka świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie koszyka jest kolejnym logicznym etapem reformy ochrony zdrowia, ponieważ wzmocni realizację konstytucyjnego prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dziś dostępność ta zależy głównie od wydolności finansowej i organizacyjnej placówek ochrony zdrowia. Wycena procedur, stanowiąca integralną część koszyka, pozwoli na określenie realnej dostępności świadczeń. Pacjenci będą dokładnie wiedzieli co im się należy w ramach opłacanej przez nich składki zdrowotnej. Na podstawie tej wyceny możliwe będzie precyzyjne określenie na co stać polski system ochrony zdrowia, a na co nie. Takie rozwiązania pozwolą na poznanie kosztujów poszczególnych procedur i ile pieniędzy potrzeba na ewentualne dofinansowanie świadczeń. Pozwoli to lepiej kształtować politykę zdrowotną. Koszyk świadczeń gwarantowanych otworzy też drogę do dalszych prac nad ustawą o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych, które pozwolą na dopływ środków do systemu.

W Sejmie procedowany jest projekt ustawy przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia i ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia Uchwalone przez Sejm w dniu 6 listopada 2008 roku ustawy zawierają szereg gwarancji dla pacjentów w zakresie ich praw i jakości w ochronie zdrowia.

Jednocześnie zobowiązuję się do przekazywania informacji o działaniach związanych z zasygnalizowanymi przez Rzecznika Praw Obywatelskich problemami.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

2.2.2. Ratownictwo medyczne, monitorowanie wypadków i urazów

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich
dr Janusz KOCHANOWSKI

RPO-524107-X/06/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 5 kwietnia 2006 r.

Pan
Kazimierz Marcinkiewicz
Prezes Rady Ministrów

Wielce Szanowny Panie Premierze

Pragnę przedstawić Panu Premierowi informację o działaniach, podjętych przez Rzecznika Praw Obywatelskich w związku z katastrofą na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich.

Pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że dokonane z niezależnej pozycji ustalenia i opinie, sprzyjać będą obiektywnej ocenie przyczyn katastrofy, działań administracji i służb publicznych w akcji ratowniczej oraz pomocy udzielanej ofiarom tragedii i ich rodzinom, a także poszukiwaniu rozwiązań systemowych dotyczących zapobiegania katastrofom budowlanym oraz usprawniających działania ratownicze.

Załącznik 1

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

Informacja dotycząca działań Rzecznika Praw Obywatelskich w związku z katastrofą na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich

W związku ze skutkami zawalenia się hali wystawowej na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich w trakcie trwającej tam imprezy, stosownie do dyspozycji Rzecznika Praw Obywatelskich dr Janusza Kochanowskiego, podjęto szereg przedsięwzięć, dotyczących przyczyn i przesłanek katastrofy i sposobu przeprowadzenia akcji ratowniczej oraz pomocy dla rodzin ofiar śmiertelnych oraz osób poszkodowanych w katastrofie.

I. W dniach 2–3 lutego 2006 r., powołany doraźnie zespół pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich prowadził w Katowicach badania, dotyczące działania administracji publicznej, związane z prowadzeniem akcji ratunkowej. Dokonane ustalenia uprawniały do wysokiej oceny akcji ratowniczej, podjętej przez Państwową Straż Pożarną Policję oraz służby ratownictwa medycznego. Zwraca uwagę dobra organizacja akcji od samego jej początku, a także harmonijna współpraca zaangażowanych w niej służb. Na podkreślenie zasługuje ofiarność i poświęcenie funkcjonariuszy PSP i Policji uczestniczących w akcji, a także spontaniczne i ofiarne włączenie się okolicznych mieszkańców oraz załogi usytuowanego w pobliżu miejsca katastrofy Hotelu Uniwersyteckiego, do bezpośredniej pomocy osobom wyprowadzanym z miejsca katastrofy (gorące napoje, kołdry, koce, okrycia, udzielenie schronienia itp.).

Bardzo pozytywnie ocenić należy pomoc dla rodzin ofiar oraz osób poszkodowanych, udzielaną w czasie trwania akcji ratowniczej. Zorganizowano doraźnie pomoc psychologiczną zaangażowano w tym ok. 70 psychologów policyjnych i Żandarmerii Wojskowej. Uruchomiono stosownie organy pomocy społecznej. W znaczącym wymiarze do pomocy włączyła się Caritas Archidiecezji Katowickiej. Okręgowa Izba Adwokacka w Katowicach oraz kancelarie adwokackie, a także Biura Porad Obywatelskich z terenu Śląska, zadeklarowały bezpłatną pomoc prawną. Jedna z korporacji taksówkarskich świadczyła bezpłatnie usługi transportowe. Firma reasekuracyjna, w której ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej właściciel zawalonego obiektu, przeznaczyła kwotę 5 mln zł. na odszkodowania, a także poinformowała o zamiarze wypłacenia odszkodowań niezależnie od wyników śledztwa w sprawie przyczyn katastrofy. Odnotować też należy spontaniczne oddawanie krwi przez honorowych dawców.

Doświadczenia, uwagi i opinie przedstawicieli administracji publicznej oraz uczestników i organizatorów akcji ratowniczej, uprawniały do następujących wniosków:

1. Sprawny przebieg akcji ratowniczej w Katowicach był następstwem wcześniej podjętych działań na rzecz stworzenia w Województwie Śląskim efektywnego systemu reagowania na sytuacje kryzysowe. Województwo było dobrze przygotowane do podjęcia skoordynowanych działań ratowniczych. W strukturze Urzędu Wojewódzkiego funkcjonował Wydział Zarządzania Kryzysowego, na bazie którego zorganizowano działające całodobowo Centrum Zarządzania Kryzysowego, z zadaniem monitorowania i zbierania informacji o sytuacji w województwie. Między komendantami wojewódzkimi Policji i Państwowej Straży Pożarnej podpisano porozumienie, dotyczące zasad i organizacji współdziałania tych służb w sytuacjach kryzysowych.

Powołano też Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego, działające jako wyspecjalizowana służba Wojewody, ale usytuowane fizycznie przy Komendzie Wojewódzkiej PSP. Na przełomie lat 2004-2005 prowadzone były ćwiczenia zgrywające wymienionych służb. Skuteczność przyjętych zasad potwierdziła się także w toku podejmowanych wcześniej działań ratowniczych (np. po katastrofie autobusu szkolnego w 2005 r.).

2. Przyjęte w Województwie Śląskim rozwiązania systemowe, swe oparcie prawne znajdowały m. in. w przepisach kompetencyjnych ustawy o administracji rządowej w województwie i ustaw samorządowych, wynikały także z zaangażowania i dobrej woli administracji i służb publicznych w Województwie. Poważnym mankamentem jest jednakże brak przepisów specjalnych, dotyczących zarządzania kryzysowego w sytuacji, gdy nie jest ogłoszony stan nadzwyczajny lub stan klęski żywiołowej, co podejmowanym działaniom nadaje charakter swoistego „pospolitego ruszenia”. Najpilniejsze wydaje się więc przyjęcie ustawy o zarządzaniu kryzysowym. Równie pilne jest przyspieszenie prac nad nową ustawą o ratownictwie medycznym.

3. Niezależnie od pilnej potrzeby regulacji w zakresie zarządzania kryzysowego oraz ratownictwa medycznego, należałoby rozważyć przyjęcie kompleksowej regulacji, dotyczącej stworzenia jednolitego systemu ratownictwa. Potrzebna wydaje się kompleksowa ustawa, która określiłaby konkretnie zakres właściwości, zadania i obowiązki oraz zasady współdziałania poszczególnych organów administracji rządowej i samorządowej w województwie, organów samorządów powiatowych i gminnych oraz służb publicznych i struktur obrony cywilnej. Ustawa ta winna stworzyć warunki do podjęcia niezbędnych działań organizacyjno-planistycznych,

przygotowania niezbędnych struktur zarządzania oraz zapewnienia szkolenia i doskonalenia zawodowego osób uczestniczących w tych strukturach, a także zapewnić środki na ich funkcjonowanie. Uregulowania wymaga kwestia przygotowania społeczeństwa do odpowiedniego zachowania się w sytuacjach kryzysowych. Należałoby też przewidzieć regulacje, dotyczące konieczności objęcia pomocą psychologiczną ofiar i ich rodzin nie tylko na miejscu katastrofy, ale także w miejscach ich zamieszkania.

4. Z doświadczeń z przeprowadzonej akcji ratowniczej wynika potrzeba stworzenia sprawnego systemu informowania o ofiarach i poszkodowanych w katastrofie. Brak jednego konkretnego ośrodka informacji o ofiarach był dodatkowym czynnikiem stresogennym, zarówno w odniesieniu do rodzin ofiar jak i uczestników akcji ratowniczej. Pożądana byłoby obowiązkowa obecność lekarza oraz psychologa przy informowaniu rodzin o ofiarach.

5. Katastrofa na terenie MTK, a także doniesienia mediów o kolejnych przypadkach zawalenia się dachów budynków w związku z nie usunięciem zalegającego śniegu, potwierdzają słuszność działań podjętych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w celu spowodowania pilnego wydania przez wojewodów – wypełniających lukę w prawie rozporządzeń porządkowych w sprawie usuwania śniegu i lodu z budynków i obiektów budowlanych (co wykonane zostało we wszystkich województwach do 30 stycznia 2006 r.). Wskazują także na potrzebę wzmocnienia nadzoru budowlanego.

II. W związku z pilną potrzebą stworzenia sprawnego i wydolnego systemu ratownictwa medycznego, Rzecznik Praw Obywatelskich skierował w dniu 2 lutego 2006 r. wystąpienie do Ministra Zdrowia, w którym na tle pozytywnej oceny akcji ratowniczej wskazał na istotne znaczenie możliwości wezwania właściwej pomocy, szybkiego dotarcia ratowników na miejsce zdarzenia, udzielania fachowej pomocy, koordynacji działań i współdziałania służb ratowniczych oraz właściwego przepływu informacji Rzecznik podkreślił, że przyjęta przed pięcioma laty ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.) nie funkcjonuje zgodnie z zamierzeniami jej autorów, ponieważ kolejne rządy odkładały jej wejście w życie, uzasadniając to brakiem środków finansowych w budżecie państwa na pełne wdrożenie przepisów ustawy. Powołując się na doniesienia mediów o zaliczeniu sprawy uruchomienia nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego do priorytetów działań Ministra Zdrowia oraz o trwających intensywnych pracach nad projektem nowej ustawy o systemie ratownictwa medycznego w związku ze zdezaktualizowaniem się obowiązujących przepisów, Rzecznik Praw

Obywatelskich zwrócił się o udzielenie informacji na temat stanu zaawansowania prac nad projektem ustawy oraz przewidywanego zakresu regulacji i terminu wdrożenia tych przepisów. Rzecznik Praw Obywatelskich poprosił również o poinformowanie o działaniach resortu dotyczących usprawnienia dotychczas działającego systemu ratownictwa medycznego oraz możliwości wdrożenia przepisów nie wymagających wysokich nakładów finansowych z budżetu państwa.

W odpowiedzi z dnia 15 lutego 2006 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że Ministerstwo Zdrowia przygotowało wstępny projekt nowej ustawy o ratownictwie medycznym. Projekt ten będzie poddany dalszym uzgodnieniom międzyresortowym. Do czasu przyjęcia i wejścia w życie nowej ustawy o ratownictwie medycznym, co jest przewidywane na dzień 1 stycznia 2007 r., system ratownictwa medycznego funkcjonować będzie na dotychczasowych zasadach, tj. ratownictwo medyczne przedszpitalne, jak również szpitalne oddziały ratunkowe, finansowane będą ze środków NFZ.

III. Rzecznik Praw Obywatelskich od dłuższego czasu dopominał się o stworzenie warunków dla skutecznej realizacji zadań przez organy nadzoru budowlanego, zwłaszcza na szczeblu podstawowym (powiatu). W wystąpieniu do Ministra Transportu i Budownictwa z dnia 20 lutego 2006 r. Rzecznik podjął sprawę niedofinansowania i złej organizacji organów nadzoru budowlanego. Zasygnalizował, iż z informacji uzyskanych przez pracowników Biura Rzecznika podczas wizyty w Katowicach, po tragedii związanej z zawaleniem się hali targowej, wyłania się dramatyczny obraz dotyczący funkcjonowania organów nadzoru budowlanego, zwłaszcza szczebla powiatowego. Postępowania administracyjne prowadzone przez organy nadzoru budowlanego trwają bardzo długo, z powodu braku pieniędzy na czynności administracyjne, a przede wszystkim ze względu na braki kadrowe. Niewielka liczba inspektorów, jak również obsługa biurowej inspektoratu nie pozwala na sprawne wykonywanie zadań. Częstym problemem jest brak własnego środka transportu do dyspozycji inspektoratu, bądź niskie limity na paliwo do samochodów służbowych, co powoduje, że inspektorzy sporadycznie wykonują z własnej inicjatywy kontrole. Na niedofinansowaniu organów nadzoru budowlanego cierpi także jakość czynności orzeczniczych. Aż 36% decyzji o pozwoleniu na użytkowanie wydanych przez organy nadzoru budowlanego jest uchylanych przez organy wyższego stopnia.

Rzecznik Praw Obywatelskich wskazał na konieczność stworzenia bardziej czytelnej struktury i sposobu podporządkowania organów nadzoru budowlanego na szczeblu powiatowym i wojewódzkim. Dotychczasowa

sytuacja budzi bowiem uzasadnione obawy co do sprawnego funkcjonowania organów nadzoru budowlanego, zarówno w sferze uprawnień w ramach tzw. Policji budowlanej, jak również na gruncie ich działalności orzeczniczej. Stan taki może spowodować w dłuższej perspektywie zagrożenie dla życia i zdrowia obywateli, wynikające z faktu, iż właściwe organy władzy publicznej nie są w stanie prawidłowo wywiązać się z nałożonych na nie obowiązków.

W odpowiedzi z dnia 15 marca 2006 r. sekretarz stanu w Ministerstwie Transportu i Budownictwa podzielił zastrzeżenia Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące działań organów nadzoru budowlanego, informując równocześnie o odjętych pracach legislacyjnych dotyczących zmiany organizacji organów nadzoru budowlanego. Zakłada się m. in. wzmocnienie organów szczebla podstawowego poprzez powołanie okręgowych inspektoratów nadzoru budowlanego, obejmujących obszar kilku powiatów. Zakłada się „odszepolenie” tych organów i podporządkowanie ich wyłącznie organom wyższego stopnia oraz zwiększenie wpływu Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego na działania organów terenowych. Przewidywane jest też wzmocnienie finansowe i kadrowe służb nadzoru budowlanego, co pozwoli na podejmowanie – obok spraw rutynowych, w tym interwencji obywateli – zaniedbanych obecnie działań prewencyjnych w zakresie kontroli stanu technicznego użytkowanych obiektów budowlanych.

IV. W toku badań terenowych w dniach 2 lutego 2006 r. dotarły sygnały o zdarzeniach negatywnych. Ustalono, że organy Prokuratury wszczęły postępowanie wyjaśniające w sprawie bezczeszczenia zwłok osób poległych w katastrofie przez pracowników jednej z firm pogrzebowych. Potwierdzono także informację uzyskaną wcześniej przez p. Krzysztofa Orszagha – Prezesa Stowarzyszenia Przeciwno Zbrodni im. Jolanty Brzozowskiej – o możliwych przypadkach zaboru mienia i środków pieniężnych osób poszkodowanych. Wobec zapowiedzi przedstawicieli Policji i organów Prokuratury, że wszystkie zgłoszenia osób poszkodowanych zostaną wnikliwie zbadane, w dniu 10 lutego 2006 r. zwrócono się do Prokuratora Okręgowego w Katowicach o udzielenie Rzecznikowi Praw Obywatelskich informacji o wynikach postępowań prowadzonych przez podległe organy Prokuratury, w przedmiocie zbezczeszczenia zwłok, a także ograbiania ofiar katastrofy. W odpowiedzi Prokurator Okręgowy w Katowicach poinformował o stanie toczącego się postępowania w sprawie zbezczeszczenia zwłok ofiar katastrofy przez pracowników konkretnego zakładu pogrzebowego, a także postępowania dotyczącego ograbiania zwłok przez pracowników innego zakładu pogrzebowego, w związku z 4 zawiadomieniami o przestępstwie, złożonymi przez 4 zainteresowane osoby.

V. W ramach monitoringu prowadzonego przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, dotyczącego pomocy udzielanej rodzinom śmiertelnych ofiar katastrofy budowlanej na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich oraz osobom poszkodowanym, w dniu 15 marca 2006 r. przeprowadzone zostały kolejne badania terenowe. W ramach tych badań przedstawiciel Biura RPO uzyskał obszernie i szczegółowe informacje od Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej, koordynującego w skali województwa działania pomocowe organów administracji publicznej oraz organizacji pozarządowych. Przeprowadził rozmowę z Dyrektorem „Caritas” Archidiecezji Katowickiej. Odbił też spotkania oraz przeprowadził rozmowy telefoniczne z rodzinami ofiar oraz osobami poszkodowanymi w katastrofie.

Ustalenia dokonane w czasie badań pozwalają na ocenę, że osobom poszkodowanym oraz rodzinom ofiar katastrofy, udzielono różnorodnej pomocy zarówno ze strony administracji publicznej, jak i podmiotów niepublicznych i osób prywatnych. Formy tej pomocy, to przede wszystkim wsparcie finansowo – materialne, pomoc psychologiczna i prawna. Skalę pomocy – w czasie bezpośrednich spotkań i rozmów telefonicznych – osoby zainteresowane oceniły jako satysfakcjonującą.

W ramach pomocy ze strony administracji rządowej na terenie Województwa Śląskiego:

- Ustalono uprawnienie 19 rodzin ofiar katastrofy do jednorazowego specjalnego zasiłku celowego w wysokości 5 tys. zł. na wydatki związane z pogrzebem;
- przyznano specjalny zasiłek jednorazowy w wysokości 1 tys. zł. dla 239 członków rodzin tych ofiar (w tym 71 dzieci);
- pokrywane są rzeczywiste koszty (na podstawie dostarczonych faktur i rachunków), poniesione w związku z przechowywaniem i transportem zwłok, transportem rodzin przemieszczających się po kraju w związku z załatwianiem formalności pogrzebowych i osób poszkodowanych do miejsca zamieszkania, zakwaterowaniem i wyżywieniem osób poszkodowanych oraz rodzin ofiar w miejscu katastrofy (łączna wysokość pomocy w tych formach wynosi ponad 380 tys. zł.);
- dokonywane są ustalenia dotyczące sytuacji rodzin ofiar katastrofy, mających stanowić podstawę do decyzji Prezesa Rady Ministrów w sprawie przyznania rent specjalnych (w toku);
- Wojewoda Śląski zwrócił się pismem z dnia 6 marca do wszystkich wojewodów z apelem o zapewnienie niezbędnej pomocy osobom poszkodowanym i rodzinom ofiar, zarówno obecnie, jak i w dalszej perspektywie czasowej.

Pomoc ze strony samorządów polega przede wszystkim na finansowym wsparciu ze środków własnych osób poszkodowanych oraz rodzin ofiar. Udzielano też pomocy w naturze w postaci bezpłatnych posiłków, opału itp. dla osób potrzebujących. Należałoby wskazać na następujące przykłady:

- Władze samorządowe Miasta Chorzowa wypłaciły zapomogi jednorazowe w wysokości 2 tys. zł. wszystkim poszkodowanym oraz rodzinom ofiar (na łączną kwotę blisko 375 tys. zł.)
- samorząd Miasta Katowice przeznaczył kwotę 500 tys. zł. na udzielenie pomocy finansowej innym gminom, celem wsparcia finansowego dla zamieszkałych w tych gminach rodzin ofiar katastrofy – z przeznaczeniem na wypłatę jednorazowej zapomogi w wysokości 5 tys. zł. dla każdej z tych rodzin;
- Prezydent Miasta Katowice podjął się koordynacji pomocy ze strony samorządów terytorialnych z terenu kraju. W odpowiedzi na apel Prezydenta Katowic oraz Unii Metropolii Polskich, wpływają środki finansowe od innych jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów gospodarczych i osób prywatnych, np. samorządu Miasta Poznania – 150 tys. zł., Łodzi – 150 tys. zł., Bydgoszczy – 100 tys. zł. Zgromadzono łącznie ponad 710 tys. zł., środki te przekazane zostaną jednostkom samorządu terytorialnego, na terenie których zamieszkują rodziny ofiar oraz osoby poszkodowane, z przeznaczeniem na ich finansowe wsparcie;

Samorząd Miasta i Gminy Tychy udzielił specyficznej pomocy wdowie, której Mąż i Syn – ofiary śmiertelne katastrofy – byli współwłaścicielami firmy produkcyjno-handlowej. Pomoc ta polega na wynajęciu i opłaceniu fachowca, którego zadanie polega na wdrożeniu Wdowy w sprawy kierowania firmą i prowadzenia działalności gospodarczej.

Firma ubezpieczeniowa „Allianz – Polska”, w której właściciel zawałonej hali wystawienniczej ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej, wypłaca zaliczkowo poszkodowanym kwotę 10 tys. zł. na poczet powstałych roszczeń. Na wypłatę odszkodowań przewidziano kwotę 5 mln. zł.

Godna szczególnego podkreślenia jest aktywna i wielokierunkowa działalność „Caritas” Archidiecezji Katowickiej na rzecz pomocy rodzinom ofiar i osobom poszkodowanym. Na ten cel „Caritas” zebrał i dysponuje kwotą ponad 1 mln. 800 tys. zł. Pomoc udzielana jest w następujących formach:

- Jednorazowa pomoc finansowa bezpośrednio po katastrofie dla wszystkich osób poszkodowanych przebywających w szpitalach oraz dla rodzin ofiar śmiertelnych, w wysokości 1–7 tys. zł. (w zależności od konkretnej sytuacji obdarowanego), na zaspokojenie najpilniejszych potrzeb;

- pomoc jednorazowa udzielana rodzinom i poszczególnym osobom w zależności od potrzeb, w wysokości 1–5 tys. zł. (pomocy takiej udzielają na swym terenie także inne „Caritas”);
- pomoc dla członków Związku Hodowców Gołębi Rasowych na odтворzenie hodowli;
- pomoc rzeczowa – zakup wózków inwalidzkich, wykup leków i przedmiotów ortopedycznych, transport rodzin w związku z pogrzebami, transport poszkodowanych do poradni, pokrycie kosztów zakupu paliwa osobom przemieszczającym się po kraju w celu załatwiania spraw związanych ze skutkami katastrofy;
- stypendia i renty dla dzieci osób zmarłych w katastrofie, w wysokości 300 zł. miesięcznie na 1 dziecko – do czasu osiągnięcia pełnoletności i zakończenia edukacji (na ten cel przeznaczono blisko 450 tys. zł);
- objęcie wszystkich osób poszkodowanych oraz rodzin ofiar katastrofy indywidualnym programem wsparcia. Program taki opracowywany jest z uwzględnieniem sytuacji materialnej i innych potrzeb objętych nim osób i rodzin, ma wymiar długofalowy i przewiduje pomoc finansową i rzeczową oraz pomoc dotyczącą leczenia i rehabilitacji, wsparcie psychologiczne.

Na łamach prasy oraz w mediach elektronicznych pojawiają się sygnały o niezadowoleniu niektórych zainteresowanych z zakresu i skali pomocy. Sygnały te są wnikliwie badane, w żadnym z przypadków nie stwierdzono faktów pomijania tych osób w udzielaniu zapowiadanej pomocy, wymagających interwencji. Wydaje się, że wpływ kształtowanie się oczekiwań w tym względzie, mogą wywierać informacje o wysokości środków pieniężnych, zgromadzonych w celu udzielania pomocy poszkodowanym i rodzinom ofiar. Charakterystyczna wydaje się być myśl wyrażona w artykule „Łatwiej zebrać niż rozdać” zamieszczonym w „Przekroju” z dnia 21 marca 2006 r.: „Łączna suma pieniędzy przeznaczonych dla ofiar katastrofy w Chorzowie dochodzi więc do 14 mln. zł.

Daje to średnio 60 tysięcy na każdą ofiarę chorzowskiej tragedii. Tyle, że takich pieniędzy nikt jeszcze nie zobaczył”.

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Jarosław PINKAS

MZ-PZ-R-074-1111-132/MS/06

Warszawa, 9 maja 2006 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze,

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-524107-X/06/TG z dnia 5.04.2006 r., chciałbym Panu podziękować za wnikliwą analizę zawartą w „Informacji o działaniach podjętych przez Rzecznika Praw Obywatelskich w związku z katastrofą na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich”. Należy zaznaczyć, iż tragedia katowicka w znacznym stopniu przyczyniła się do przyśpieszenia prac nad nową ustawą o ratownictwie medycznym. Ustawa ta zawierać będzie szereg uregulowań, które pozwolą na usprawnienie akcji ratowniczych w zdarzeniach masowych oraz przyczynia się do poprawy organizacji i podniesienia standardu pomocy medycznej niesionej ofiarom katastrof. Trzeba jednak zaznaczyć, iż w zdarzeniach ze znaczną liczbą ofiar, dla minimalizacji ich skutków, niezbędne jest współdziałanie wszystkich służb ratunkowych - zawodowych i ochotniczych, a także władz samorządowych i wojewódzkich. Temu celowi służyć będzie zarówno nowa ustawa o ratownictwie medycznym, jak i przygotowywana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji ustawa o zarządzaniu kryzysowym.

Obie ustawy zakładają obowiązek stałego monitorowania gotowości do zapobiegania i ograniczania skutków zdarzeń masowych m. in. poprzez szczegółowe planowanie działań ratowniczych i wdrażanie standardów postępowania.

Akcja ratownicza na terenie Międzynarodowych Targów Katowickich w opinii Ministerstwa Zdrowia przeprowadzona została w sposób prawidłowy. Koordynacja pomocy medycznej ofiarom nadzorowana była przez Wojewódzkie Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego w Katowicach. Rozwiązanie to zostało zaimplementowane do projektu ustawy o ratownictwie medycznym.

Żywię nadzieję, że wejście w życie obu wymienionych wyżej ustaw da możliwość wdrożenia jednolitych standardów organizacji i postępowania w zdarzeniach o charakterze masowym.

/-/Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 27 marca 2007 r.

RPO-554753-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że Rzecznik Praw Obywatelskich, po zapoznaniu się z treścią artykułu zamieszczonego w dzienniku „Rzeczpospolita” z dnia 5 marca 2007 r. pt. „Nie ma kto ratować życia pacjentów” (kopia artykułu w załączeniu), zainteresowany jest stanowiskiem oraz działaniami resortu zdrowia w szczegółowych kwestiach sygnalizowanych w tym artykule. Rzecznikowi, w szczególności chodzi o zapewnienie odpowiedniego dostępu do szpitalnych oddziałów ratunkowych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zabezpieczenie właściwego finansowania tych oddziałów i kadry specjalistów.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania kwestii podnoszonych w cytowanym artykule prasowym oraz zajęcie stanowiska. Zobowiązany będę za przekazanie informacji na temat wyników przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego w omawianej materii oraz odnośnie działań mających na celu usunięcie istniejących niedociągnięć.

Informuję jednocześnie, że w tej sprawie zwróciłem się również do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PZ-R-073-3938-5/TM/07

Warszawa, 30 kwietnia 2007 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma z dnia 27 marca br. (znak: RPO-554753-X/07/AA) dotyczącego szpitalnych oddziałów ratunkowych uprzejmie informuję, iż ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 265) określa wymagania dla tych oddziałów zarówno pod względem wymagań technicznych jak składu osobowego. Z posiadanych przez Ministerstwo Zdrowia informacji wynika, iż w znacznej ilości szpitalnych oddziałów ratunkowych brakuje lekarzy systemu.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż art. 62 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym daje możliwość dostosowania szpitalnego oddziału ratunkowego do wymagań określonych w przepisach prawnych w terminie do dnia 31 grudnia 2011 r. Powyższy przepis uwzględnia sytuację, iż nie jest możliwe w krótkim okresie czasu dostosowanie tych oddziałów do wymagań ustawy. Ponadto ustawa dopuszcza funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego w składzie bez lekarza, którzy ewentualnie mogą stanowić kadrę szpitalnych oddziałów ratunkowych. Kolejnym elementem, który powinien wpłynąć na zapewnienie właściwej kadry medycznej jak i wyposażenia w wyrobki medyczne szpitalnych oddziałów ratunkowych jest z pewnością dążenie do zwiększenia środków finansowych na ten cel. W powyższej kwestii Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o szczegółową informację dotyczącą finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. W związku z powyższym ustosunkowanie się do kwestii finansowania będzie możliwe po otrzymaniu stosownych wyjaśnień z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20 lipca 2007 r.

MZ-PZ-R-073-3938-8/TM/07

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma z dnia 27 marca br. (znak: RPO-554753-X/07/AA) oraz pisma z dnia 30 kwietnia br. (znak: MZ-PZ-R-073-3938-5/TM/07) w sprawie szpitalnych oddziałów ratunkowych uprzejmie informuję, iż w przedmiotowej kwestii Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o szczegółową informację dotyczącą finansowania ww. oddziałów,

Z treści otrzymanej odpowiedzi od Pana Prezesa NFZ wynika, iż środki finansowe przeznaczone na szpitalne oddziały ratunkowe w roku bieżącym są wyższe w stosunku do roku 2006 r. Jednocześnie w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia trwają prace zespołu roboczego z udziałem Pana Profesora Jerzego Karskiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, nad zmianą koncepcji finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez korelację wysokości ryczałtu dobowego z liczbą udzielonych świadczeń oraz ciężkością stanu zdrowia pacjentów. Ponadto, niezależnie od powyższego kryterium, finansowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych będzie w części związane z koniecznością utrzymania stałej gotowości do udzielania świadczeń w tych oddziałach. W związku z powyższym, dokonano pogrupowania czynności wykonywanych w szpitalnym oddziale ratunkowym, tak aby z listy 172 dotychczasowych czynności powstało 38 grup zawierających jednorodne czynności diagnostyczno-terapeutyczne, które będą sprawozdawane przez świadczeniodawców w 2007 r. w celach statystycznych, stanowiąc podstawę do oszacowania adekwatnej kwoty ryczałtu dobowego w procesie kontraktowania na kolejne okresy rozliczeniowe.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-613090-X/09/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 10 kwietnia 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Protesty ratowników medycznych wywołały poruszenie opinii publicznej w naszym kraju. Zapowiadana jest ich eskalacja, o czym informują media (Dziennik 26.03.2009; Przekrój 27.03.2009; Rynek Zdrowia 01.04.2009). Postulaty Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Służb Ratownictwa Medycznego dotyczą zmian w zasadach finansowania ratownictwa medycznego w kierunku przebudowy algorytmu rozdziału środków na poszczególne województwa oraz priorytetowego traktowania publicznych jednostek państwowego ratownictwa medycznego. To z kolei wzbudza protesty podmiotów prywatnych i nie zyskuje akceptacji Krajowego Konsultanta w dziedzinie medycyny ratunkowej.

W moim przekonaniu, obecny konflikt może wiązać się z zagrożeniem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i świadczyć o niedostatkach funkcjonowania całego systemu ratownictwa medycznego. Dlatego wydaje się celowe przeprowadzenie analizy sytuacji w odniesieniu do przepisów obowiązującej ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2006 nr 191 poz. 1410).

Zapoznałem się ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej (PTMR) z dnia 28.02.2008 r. przekazanym do zespołu nowelizującego ustawę o państwowym ratownictwie medycznym. W dokumencie tym zawarte zostały istotne uwagi i zastrzeżenia oraz umotywowane propozycje zmian legislacyjnych, zmierzające do nadania odpowiedniej rangi przepisom obejmującym dziedzinę ratowania ludzkiego zdrowia lub życia w stanach nagłego zagrożenia.

Ratownictwo medyczne, w nowoczesnym ujęciu, jest systemem organizacyjnym polegającym na zwartej i skoordynowanej gotowości ludzi,

zasobów i jednostek organizacyjnych uruchamianych w trybie pilnym, celem opanowania nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zdaniem PTRM brak takiej ustawowej definicji ratownictwa medycznego skutkuje niedocenianiem najważniejszego ogniwa systemu ratownictwa, jakim jest szpitalny oddział ratunkowy i nie daje gwarancji racjonalnego wydatkowania środków finansowych i kontroli funkcjonowania systemu. W Polsce konieczne jest uruchomienie co najmniej 250 oddziałów oraz zagwarantowanie ich finansowania zarówno z budżetu wojewody (gotowość operacyjna), jak i ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (świadczenia zdrowotne wykonywane przez oddział). Mamy w kraju tymczasem ok. 120 funkcjonujących oddziałów ratunkowych, w tym 94 ma akredytację do prowadzenia specjalizacji lekarskich. Wg danych towarzystwa naukowego i krajowego nadzoru, na 2009 rok NFZ przewidział dla wszystkich szpitalnych oddziałów ratunkowych w Polsce ok. 470 mln zł., tj. ok. 1/3 ich rzeczywistych kosztów. A jednocześnie budżet centralny zagwarantował ponad 1,5 mld zł na zespoły ratownictwa medycznego. W ocenie środowiska naukowego, liczba zespołów ratownictwa medycznego (ambulansów) w Polsce jest znacznie wyższa od wartości przyjętych w krajach UE, przy czym ich finansowanie jest gwarantowane przez budżet państwa. Nie ma natomiast gwarancji finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, do których pogotowie pacjentów przywozi.

Zdaniem PTMR w projekcie zmian ustawowych nie uwzględniono konieczności zapewnienia wysokiej jakości działania systemu, w tym szczególnie nie sankcjonuje się konieczności posiadania przez wszystkich lekarzy pracujących w systemie specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, który to wymóg jest jednoznacznie sformułowany w „Stanowisku Europejskiej Federacji Medycyny Ratunkowej” z września 2007 r.

Ustawa nie uwzględnia przygotowania szpitali do zabezpieczenia medycznego katastrofy lub zdarzenia masowego w ich rejonach. Ustawa w dalszym ciągu nie uwzględnia konieczności umieszczenia w wojewódzkim planie działania systemu – szpitalnych planów medycznego zabezpieczenia katastrofy w ich rejonach. Taki plan jest jednym z podstawowych elementów regionalnego planu zabezpieczenia katastrofy i warunkiem akredytacji szpitala w krajach UE. Ustawa nie reguluje w sposób jednoznaczny zasad organizacji i funkcjonowania Centrów Powiadamiania Ratunkowego, a także nie określa w sposób jednoznaczny jakości kształcenia ratowników medycznych. Ustawa nie definiuje jednoznacznie obszaru aktywności i wykonywanych zadań systemu ratownictwa medycznego, co powoduje wykonywanie zadań na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej ze środków budżetowych systemu ratownictwa medycznego.

W ocenie Zjazdu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej (Warszawa, 5–6 grudnia 2008) ta ważna z punktu widzenia zdrowia publicznego dziedzina medycyny boryka się nadal z wieloma problemami, zarówno w obszarze organizacji systemu, kształcenia, legislacji, jak i finansowania.

Zjawiskiem stosunkowo częstym w 2008 roku było zamykanie już istniejących lub zaniechanie uruchamiania planowanych wcześniej oddziałów ratunkowych. Równie niepokojące były próby wpisywania do rejestrów wojewody oddziałów ratunkowych niespełniających kryteriów dla takiego oddziału oraz próby zakontraktowania lub rzeczywiste zakontraktowanie takich oddziałów.

Jakość, wymiar i zakres nauczania przedmiotu medycyna ratunkowa nie są przestrzegane w wielu uczelniach medycznych, czego skutkiem jest niewystarczający poziom wiedzy i umiejętności praktycznych z zakresu medycyny ratunkowej wśród lekarzy opuszczających polskie uczelnie medyczne. Problemem zasadniczo rzutującym na przyszłość tej specjalności w naszym kraju jest mała liczba miejsc specjalizacyjnych oraz brak wystarczającej motywacji do podejmowania tej specjalizacji przez młodych lekarzy. Szacunkowa liczba lekarzy medycyny ratunkowej do wypełnienia jednostek systemu wynosi około 2,5 tysięcy specjalistów. W chwili obecnej specjalizację uzyskało około 630 lekarzy a kolejnych ok. 600 jest w trakcie tej specjalizacji. Tak znaczny niedobór specjalistów rzutuje bezpośrednio na niewystarczającą jakość systemu.

W moim przekonaniu nie można przejść obojętnie wobec zgodnej opinii towarzystwa naukowego i nadzoru krajowego wskazujących, w kontekście dotychczasowego przebiegu prac nad nowelizacją ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, na niedocenianie jej wagi i misji społecznej oraz na pomijanie szeregu kluczowych postulatów polskiego środowiska medycyny ratunkowej.

Z przeprowadzonej przez moje Biuro analizy wynika ponadto, że potrzebne są zmiany przepisów w kierunku uwzględnienia specjalnych potrzeb medycyny ratunkowej wieku dziecięcego. Jest to dynamicznie rozwijająca się część medycyny ratunkowej – w Europejskim Towarzystwie Medycyny Ratunkowej oraz w Polskim Towarzystwie Medycyny Ratunkowej funkcjonują już sekcje medycyny ratunkowej wieku dziecięcego.

Ratownictwo medyczne w odniesieniu do dzieci ma swą specyfikę, co wymaga specjalnych umiejętności ratownika na miejscu zdarzenia oraz odrębnych warunków na szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Problem jest niezwykle istotny z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci w Polsce, zarówno ze względu na liczebność populacji, jak

i szczególną podatność dzieci na wypadki i urazy. Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce podobnie jak w każdym kraju członkowskim UE więcej dzieci umiera z powodu urazów niż z powodu wszystkich chorób łącznie.

Podjmując problematykę ratownictwa medycznego mam również na uwadze istotną okoliczność, jaką stanowią tegoroczne obchody Światowego Dnia Zdrowia (7 kwietnia 2009), Tematyka obchodów dotyczyła problemu bezpieczeństwa jednostek ochrony zdrowia w sytuacjach kryzysowych oraz przygotowaniu pracowników ochrony zdrowia do niesienia pomocy podczas katastrof.

Światowa Organizacja Zdrowia stwierdza, że jednostki ochrony zdrowia – szpitale, przychodnie oraz ich personel medyczny, są pierwszą kluczową linią ratowniczą dla osób poszkodowanych w wyniku katastrof, i jednocześnie podkreśla, że bardzo często, w momencie pojawienia się sytuacji kryzysowej, systemy ochrony zdrowia nie są w stanie dalej prawidłowo funkcjonować. Powoduje to zarówno natychmiastowe, jak i odległe konsekwencje dla zdrowia publicznego. Światowy Dzień Zdrowia 2009 stanowił szansę zwrócenia uwagi na znaczenie inwestowania w infrastrukturę zdrowotną która będzie zdolna wytrzymać katastrofy i nieść ludziom pomoc w nagłej potrzebie.

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 z póź. zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w poruszonych kwestiach a zwłaszcza w sprawie podejmowanych przez resort doraźnych i systemowych działań w związku z protestami ratowników medycznych.

Będę jednocześnie zobowiązany za przekazanie informacji o aktualnym stanie prac nad nowelizacją przedmiotowej ustawy oraz udostępnienie stanowiska resortu, zarówno wobec uwag PTMR sformułowanych 28 lutego 2008 roku, jak i odnośnie do ocen Zjazdu PTMR i Nadzoru Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej z 5–6 grudnia 2008r.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Zastępca

Rzecznika Praw Obywatelskich

Prof. UW dr hab. Marek ZUBIK

RPO-578928-VI/08/JS/JSZ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 12 lutego 2008 r.

Sz. P.

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji
i Konsumentów²

Marek Niechcial

Szanowny Panie Prezesie

Z informacji napływających do Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że na rynku dostępne są zabawki w postaci pistoletów strzelających małymi kulkami. Stosowanie i używanie ich przez dzieci prowadzi do bardzo niebezpiecznych sytuacji. Jednym z przykładów jest 6-letni chłopiec, który przyłożył sobie pistolet – zabawkę do oka. W efekcie wystrzału doszło u dziecka do urazu mającego postać wylewu krwi do gałki ocznej. Pistolety – zabawki są ogólnie dostępne, również w takich miejscach handlowych jak stragany i bazy.

Praktyka taka nasuwa, zdaniem Rzecznika, duże wątpliwości co do jej zgodności z prawem oraz zasadami dotyczącymi ochrony konsumentów, odpowiedzialności za produkt niebezpieczny, a zwłaszcza regulacji prawa unijnego i wspólnotowego.

Zgodnie z art. 449¹ Kodeksu cywilnego, kto wytwarza w zakresie swojej działalności gospodarczej produkt niebezpieczny, odpowiada za szkodę wyrządzoną komukolwiek przez ten produkt; produktem jest rzecz ruchoma, choćby została ona połączona z inną rzeczą zaś produkt uważany jest za niebezpieczny jeżeli nie zapewnia bezpieczeństwa, jakiego można oczekiwać, uwzględniając normalne użycie produktu, przy czym o tym, czy produkt jest bezpieczny decydują okoliczności z chwili wprowadzenia go do obrotu, a zwłaszcza sposób zaprezentowania go na rynku oraz podane konsumentowi informacje o właściwościach produktu. Jeżeli zaś nie wiadomo, kto jest producentem, wówczas, stosownie do postanowień art.

² Pismo przekazane przez UOKiK do MZ

449⁵ § 4, k.c., odpowiada ten, kto w zakresie swojej działalności gospodarczej zbył produkt niebezpieczny, chyba, że w ciągu miesiąca od daty zawiadomienia o szkodzie wskaże poszkodowanemu osobę i adres producenta, a w wypadku towaru importowanego – osobę i adres importera.

W świetle brzmienia wyżej powołanych przepisów, stwierdzić należy, iż pistolet – zabawka wystrzeliwujący pociski w postaci kulek, można uznać za produkt niebezpieczny. Naturalnie zabawka ta z założenia funkcjonuje w sposób wyżej opisany, a zatem można zdefiniować to jako normalne użycie produktu. Powstaje jednak problematyczna kwestia związana z dopuszczalnością i legalnością wprowadzania na rynek takich zabawek.

Wprowadzenie do obrotu niebezpiecznego towaru, który powoduje szkodę, stanowi tzw. czyn niedozwolony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2002 r., V CKN 1112/2000, LEX nr 57216). Z wyżej powołanych przepisów wynika, iż cały proces zbywania produktu niebezpiecznego, na który składać się mogą produkcja, import oraz bezpośrednia sprzedaż dokonana na rzecz konsumenta, powinien być prowadzony uważnie i oceniany restrykcyjnie. Jak słusznie zauważa się w literaturze, pojęcie „niebezpieczny” jest pojęciem o szerszym znaczeniu w porównaniu z pojęciem „wadliwy”, zaś odpowiedzialność np. producenta będzie miała miejsce wówczas, gdy okaże się, iż producent znał niebezpieczeństwo związane ze swoim produktem, a mimo to wprowadził go do obrotu (zob. S. Sikorski, *O odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny*, Prawo Spółek 2003/12/33). Jak wspomniano wyżej, odpowiedzialność może spoczywać również na innych podmiotach, jak importer lub bezpośredni sprzedawca danego produktu, przy czym decydujący będzie zawsze moment, w którym producent traci kontrolę nad produktem – wówczas jest on już wprowadzony do obrotu (zob. M. Jagielska, *Odpowiedzialność za produkt*, M. Prawn. 2000/8/495), a odpowiedzialność przechodzi na podmiot, który np. zbywa produkt w zakresie działania swojego przedsiębiorstwa.

W przypadku analizowanego w niniejszej sprawie produktu istnieje niebezpieczeństwo nie tylko dla dziecka – bezpośredniego posiadacza i użytkownika pistoletu. Zabawka ta bowiem, użyta w niewłaściwy sposób, może wyrządzić szkodę również innym osobom, jeżeli tylko znajdują się one w obszarze szkodliwego oddziaływania tego produktu, co skutkować będzie uznaniem również tych osób za poszkodowanych (por. C. Czech-Śmiałkowski, *O odpowiedzialności za produkt*, Radca Prawny 2002/1/51).

Problem występujący w niniejszej sprawie wskazuje również, iż dzieci są w stanie wykorzystywać zabawki w sposób nieprzemyślany i nieoczekiwany. Naturalnie wielu krytycznych sytuacji można uniknąć, gdy bawiące

się dziecko poddane jest opiece dorosłych, ale w praktyce nie jest często możliwe roztoczenie i sprawowanie stałego nadzoru nad dzieckiem w takim stopniu, który chroniłby je przed potencjalnymi wypadkami. Najmłodsze dzieci nie mają świadomości nieprawidłowego użycia określonych produktów. Właściwe zachowania w kontakcie z określonymi wyrobami kształtują się bowiem wraz z wiekiem dziecka i zależą od stopnia jego rozwoju psychomotorycznego.

Aktem prawnym, który określa ogólne wymagania dotyczące bezpieczeństwa produktów, obowiązki producentów i dystrybutorów w zakresie bezpieczeństwa produktów oraz zasady i tryb sprawowania nadzoru w celu zapewnienia bezpieczeństwa produktów wprowadzanych na rynek jest ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. Nr 229, poz. 2275). Zgodnie z art. 4 ust. 1 tej ustawy, produktem bezpiecznym jest tylko taki produkt, który w zwykłych lub w innych, dających się w sposób uzasadniony przewidzieć, warunkach jego używania, z uwzględnieniem czasu korzystania z produktu, a także, w zależności od rodzaju produktu, sposobu uruchomienia oraz wymogów instalacji i konserwacji, nie stwarza żadnego zagrożenia dla konsumentów lub stwarza znikome zagrożenie, dające się pogodzić z jego zwykłym użytkowaniem i uwzględniające wysoki poziom wymagań dotyczących ochrony zdrowia i życia ludzkiego. Przy analizie powyższej definicji, biorąc również pod uwagę, iż, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy o ogólnym bezpieczeństwie produktów, producent jest zobowiązany wprowadzać na rynek wyłącznie produkty bezpieczne, można więc powziąć uzasadnioną wątpliwość co do legalności dystrybuowania przedmiotowych pistoletów-zabawek.

Ustawa o ogólnym bezpieczeństwie produktów wprowadza, w art. 12 ust. 1, obowiązek współpracy producentów i dystrybutorów, w zakresie prowadzonej działalności, w celu uniknięcia lub eliminacji zagrożeń stwarzanych przez produkty przez nich dostarczane lub udostępniane. Organem sprawującym nadzór nad ogólnym bezpieczeństwem produktów jest zaś, stosownie do art. 13 ustawy, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który wykonuje swoje zadania przy pomocy Inspekcji Handlowej. Na Prezesie UOKiK, jako organie nadzoru, spoczywa szereg obowiązków z tym związanych. W przypadku stwierdzenia, że produkt może stwarzać zagrożenie w określonych warunkach, organ nadzoru może, zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy, żądać oznakowania produktu odpowiednimi, wyraźnymi i zrozumiałymi sformułowanymi w języku polskim ostrzeżeniami o zagrożeniach, jakie produkt może stwarzać oraz uzależnić wprowadzanie produktu na rynek od wcześniejszego spełnienia ogólnych wymagań dotyczących bezpieczeństwa. W przypadku natomiast stwierdzenia, że produkt może

stwarzać zagrożenie dla określonych kategorii konsumentów (w analizowanej sprawie – dzieci), organ nadzoru może, w drodze decyzji, nakazać ostrzeżenie tych konsumentów lub powiadomienie opinii publicznej o zagrożeniu, określając termin i formę ostrzeżenia lub powiadomienia. W sytuacji zaś, gdy organ nadzoru stwierdzi, że produkt nie jest bezpieczny, ma obowiązek nakazać wyeliminowanie zagrożeń stwarzanych przez produkt, natychmiastowe wycofanie produktu z rynku, jak również ma obowiązek ostrzeżenia konsumentów, określając termin i formę ostrzeżenia, a nawet wycofania produktu i jego zniszczenia.

Doniosłą rolę w odniesieniu do produktów niebezpiecznych oraz podnoszenia świadomości społecznej w tym zakresie odgrywa obowiązek prowadzenia przez organ nadzoru rejestru produktów niebezpiecznych. Istotnym aktem prawnym w tym zakresie jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu prowadzenia rejestru produktów niebezpiecznych (Dz. U. Nr 87, poz. 814). W Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, istnieją normy bezpieczeństwa odnoszące się do zabawek. Zauważyć należy, iż wielu producentów i sprzedawców zabawek wykazuje dbałość o bezpieczeństwo dzieci-konsumentów, funkcjonuje państwowy nadzór nad rynkiem zabawek. Niestety, mimo podejmowanych licznych akcji edukacyjnych oraz szerokiego nadzoru nad rynkiem produktów dla dzieci ze strony Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta oraz Państwowej Inspekcji Handlowej, na rynku pojawiają się jednak zabawki, które mogą spowodować lub przynajmniej przyczynić się do narażenia dzieci na wypadki i urazy. Problem ten dotyczy zarówno zabawek posiadających wymagane przepisami oznaczenia, jak i tych, które są zbywane z naruszeniem przepisów lub poza oficjalną siecią handlową. Jak wskazują badania, które zostały ostatnio przeprowadzone przez Państwową Inspekcję Handlową na zlecenie UOKiK, znaczna część (prawie 35%) zabawek wprowadzanych na polski rynek, może być niebezpieczna dla dzieci; wykryto wady konstrukcyjne, zakwestionowano niedbały sposób wykonania zabawek, a także brak realizacji obowiązku polegającego na podawaniu rzetelnej informacji o nabywanym produkcie.

Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa stanowi priorytet na obszarze jednolitego rynku Unii Europejskiej. Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską nie zawiera przepisów merytorycznych dotyczących ochrony konsumentów – w 1958 r. uważano bowiem, że rynek sam powinien dostatecznie chronić ich interesy. Aktualnie polityka konsumencka we Wspólnocie Europejskiej opiera się na kilku fundamentalnych zasadach spośród których najistotniejszą w niniejszej sprawie jest zasada bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Oznacza ona, że na ryn-

ku mogą znajdować się wyłącznie produkty i usługi niezagrożające życiu i zdrowiu konsumentów. W szczególności chodzi tu o określenie wymogów bezpieczeństwa i właściwe informowanie konsumentów o możliwym ryzyku wynikającym z użytkowania produktów lub usług. W celu realizacji powyższej zasady stworzono m.in. dyrektywę o ogólnym bezpieczeństwie produktu, 92/59/EWG z dnia 29 czerwca 1992 r.

Aby zapewnić szybką wymianę informacji między państwami członkowskimi i Komisją Europejską na temat produktów stwarzających zagrożenie oraz środków podjętych w danych kraju, w celu wykluczenia lub ograniczenia wprowadzania ich na rynek oraz ewentualnego użytkowania, utworzony został, na mocy Dyrektywy 2001/95/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów, system RAPEX (Rapid Alert System for Non – Food Products). Funkcjonowanie systemu RAPEX uregulowane jest Decyzją Komisji z dnia 29 kwietnia 2004 r. ustanawiającą wytyczne dotyczące zarządzania Wspólnotowym Systemem Szybkiego Informowania (RAPEX) oraz zgłoszeń składanych zgodnie z art. 11 dyrektywy 2001/95/WE (notyfikowanej jako dokument nr C(2004) 1676; Dz. U. UE. K04. 151. 86). Stosownie do wspomnianej Decyzji, tzw. krajowe punkty kontaktowe są zobowiązane do powiadamiania Komisji tak szybko, jak to możliwe, a najpóźniej w ciągu 10 dni po podjęciu przez właściwe władze decyzji lub postanowienia o przyjęciu środków odnoszących się do produktów stanowiących poważne zagrożenie. Państwa Członkowskie powinny również zapewnić, aby na poziomie krajowym istniały systemy, dzięki którym ich władze krajowe, regionalne lub lokalne będą świadome swojej odpowiedzialności oraz działań, jakie powinny podjąć w celu poinformowania innych służb, jeżeli pojawi się problem na ich obszarze. Dodać należy, iż w systemie tym najczęściej odnotowywanymi produktami są zabawki.

Doniosłe znaczenie dla analizowanego problemu ma również Decyzja Komisji z dnia 14 grudnia 2004 r. ustanawiająca wytyczne dotyczące zgłaszania przez producentów i dystrybutorów właściwym władzom Państw Członkowskich produktów stanowiących zagrożenie dla konsumenta zgodnie z art. 5 ust. 3 dyrektywy 2001/05/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (notyfikowanej jako dokument nr K(2004) 4772; Dz. U. UE. L04. 381. 63). W myśl owych wytycznych, producenci i dystrybutorzy muszą m.in. poinformować właściwe władze Państwa Członkowskiego, jeżeli produkt, który wprowadzili na rynek, stanowi zagrożenie dla konsumentów będąc „niezgodnym z ogólnym wymogiem bezpieczeństwa”, albowiem producenci są zobowiązani do wprowadzania na rynek tylko „bezpiecznych” produktów.

Niezwykle istotnym elementem funkcjonowania systemu ochrony konsumentów jest rejestr wypadków konsumenckich Unii Europejskiej, w którym zbierane są informacje dotyczące zgonów i obrażeń ciała powstałych w wyniku używania różnych produktów przeznaczonych dla dzieci. W Wielkiej Brytanii, według danych organizacji The Children Accident Prevention Trust, corocznie ponad 35 tysięcy dzieci poniżej piętnastego roku życia trafia do szpitala z powodu urazów powstałych w trakcie używania zabawek, przy czym większość wypadków następuje wśród dzieci będących w przedziale wiekowym od 1 do 3 roku życia. Według tego samego źródła zabawki wyrzucające przedmioty, jak karabinki, łuki, pistolety, proce i in., powodują corocznie ponad 1000 wypadków. Jasnym jest, iż zabawki, które wystrzelują pociski lub zabawki podobne do pocisków, mogą spowodować duże urazy, przede wszystkim uszkodzenia narządu wzroku.

Ocena aktualnej sytuacji prawnej w zakresie ochrony bezpieczeństwa dzieci jako konsumentów, utrudniona jest niewątpliwie przez brak możliwości wiarygodnego potwierdzenia, że system tzw. monitoringu wypadków konsumenckich został w Polsce należycie zorganizowany i wdrożony. W omawianym zakresie istotny jest fakt obowiązywania Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia krajowego systemu informacji o produktach niebezpiecznych (Dz. U. Nr 87, poz. 815). Rozporządzenie to przewiduje możliwość pozyskiwania szerokiego zakresu informacji niezbędnych do ustalenia produktu mającego związek z wypadkiem konsumenckim, okoliczności zdarzenia, skutków zdrowotnych oraz wnioskowania o przyczynach zależnych i niezależnych od osoby poszkodowanej. Krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich obejmuje dane o wypadkach konsumenckich pochodzące z wybranych zakładów opieki zdrowotnej, określanych mianem placówek terenowych, działających w tym zakresie na podstawie umów zawartych z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Administrator systemu, jeżeli okoliczności wypadku konsumenckiego wskazywałyby na konieczność niezwłocznego podjęcia działań w celu usunięcia zagrożeń bezpieczeństwa związanych z produktem, ma obowiązek przekazania Prezesowi UOKiK danych na temat wypadku oraz propozycji odpowiednich działań. Stosownie do § 5 Rozporządzenia, administrator systemu ma nadto obowiązek sporządzania raz na kwartał opracowania zbiorczego danych o wypadkach konsumenckich zawierającego analizę ich okoliczności i przyczyn oraz wnioski dotyczące przeciwdziałania tym wypadkom, a następnie przekazania tego opracowania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji

i Konsumentów w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po kwartale objętym opracowaniem; zgodnie zaś z § 6 Rozporządzenia, administrator sporządza roczny zbiorczy raport na temat wypadków konsumenckich i składa go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów do dnia 31 marca roku następnego.

Reasumując, system monitorowania wypadków konsumenckich powinien odgrywać istotną rolę prewencyjną między innymi poprzez ukierunkowywanie planów kontroli prowadzonych przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Jednym z kierunków takich działań zapobiegawczych powinno być wytwarzanie, przetwarzanie oraz wprowadzanie do obrotu zabawek w taki sposób, aby potencjalna możliwość obrażeń odniesionych przez dzieci podczas użytkowania tych produktów była zniwelowana, a przynajmniej zminimalizowana. Przed projektantami zabawek należy stawiać wymagania w zakresie analizy aspektów bezpieczeństwa podczas tworzenia nowego produktu, producenci muszą być świadomi, iż stosują właściwe materiały i technologie, obie wymienione grupy powinny, wspólnie z dystrybutorami zabawek, zadbać o uświadamianie klientom wszystkich możliwych sytuacji mogących mieć postać zagrożenia dla bezpieczeństwa dzieci.

Powyższe obowiązki mogą zostać wypełnione, jeżeli wraz z zakupionym produktem konsument będzie otrzymywał odpowiednie materiały informacyjne i ostrzegające. Wszystkie zabawki będące przedmiotem obrotu na rynkach państw członkowskich Unii Europejskiej powinny posiadać znak CE. Ponieważ jednak nie stanowi to pełnej gwarancji jakości i bezpieczeństwa, konieczne jest również, aby zabawki dostępne na rynku krajowym odpowiadały normie PN-EN 71. Tylko takie oznakowanie, umieszczone na samej zabawce lub jej opakowaniu, wskazuje bowiem, iż została ona wyprodukowana zgodnie z normami bezpieczeństwa.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę Pana Prezesa o przedstawienie stanowiska w tej sprawie, w szczególności o udzielenie udokumentowanych informacji na temat praktycznego funkcjonowania w Polsce systemu monitorowania wypadków konsumenckich, a także o rozważenie możliwości podjęcia stosownych działań ukierunkowanych na wprowadzenie obowiązku oznaczania znakiem zgodności PN-EN 71 zabawek sprzedawanych na rynku polskim.

ZASTĘPCA

Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ prof. UW dr hab. Marek Zubik

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-O-078-10668-2/DW/08

Warszawa, 17 czerwca 2008 r.

Pan
Prof. UW dr hab. Marek Zubik
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Nawiązując do Pana pisma z dnia 12 lutego 2008 roku (znak; RPO-578928-VI/08/JS/JSz) przekazanego przy piśmie z dnia 16 kwietnia 2008 roku (znak: DNR-73-23/3/08/KD) Pana Marka Niechciała, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, dotyczącego wypadku konsumenckiego oraz funkcjonowania systemu monitorowania wypadków konsumenckich, uprzejmie przedstawiani następujące informacje i wyjaśnienia.

Art. 32 ustawy z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. Nr 229, poz. 2275, z późn. zm.) powierza Ministrowi Zdrowia monitorowanie wypadków konsumenckich i dostarczanie informacji o ich okolicznościach i ewentualnym związku z produktami. Rolę tę spełnia system monitorowania wypadków konsumenckich utworzony w 2005 r. na podstawie cytowanej ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu działania krajowego systemu monitorowania wypadków konsumenckich (Dz. U. Nr 104, poz. 1100).

System zorganizowany jest na bazie zakładów opieki zdrowotnej – po jednym z każdego województwa, pełniących rolę placówek terenowych systemu, w którym następuje opis okoliczności wypadków spełniających kryteria wypadku konsumenckiego i wprowadzenie pozyskanych informacji do bazy danych. Rodzaj informacji składających się na opis wypadku określa kwestionariusz, a ich zakres umożliwi charakterystykę osób poszkodowanych w wypadkach (wiek, płeć, wykształcenie, środowisko zamieszkania – miasto lub wieś), okoliczności, w jakich doszło do wypadku, a także identyfikację produktu mającego związek z wypadkiem.

Zbieraniem informacji i wprowadzaniem do bazy danych zajmują się odpowiednio przygotowane osoby (ankieterzy) wskazane przez kierownika jednostki, uzgodnione z administratorem systemu.

Ze względów organizacyjnych (możliwość kontaktu ankietera z osobami poszkodowanymi w wypadkach, zgłaszającymi się do placówki terenowej) system obejmuje tylko część zdarzających się wypadków konsumencjonalnych i nie daje podstaw do oceny częstości zdarzeń i stopnia narażenia populacji. Jednak ze względu na cel, jakiemu służy system tj. identyfikację produktów, które mogą okazać się niebezpieczne – rodzaj i zakres danych w nim gromadzonych jest wystarczający.

W dotychczasowej działalności systemu (od września 2005 r.) nie było przypadku wymagającego natychmiastowej interwencji w trybie, o którym mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu działania krajowego systemu monitorowania wypadków konsumenckich. Natomiast o wszystkich przypadkach, w których istnieje podejrzenie wadliwego działania produktu organ nadzoru nad bezpieczeństwem produktów jest szczegółowo informowany. W przypadku gdy produkt dostępny jest ankietarowi, a nie ma możliwości ustalenia producenta, modelu wyrobu, roku produkcji – stosowana jest dokumentacja fotograficzna.

W zdarzeniach rejestrowanych w systemie wypadki dzieci stanowią znaczną część. W 2005 roku (tylko IV kwartał) zarejestrowano 105 wypadków, w tym 28% stanowiły wypadki dzieci w wieku 0–6 lat, a 18% – wypadki dzieci w wieku 7–15 lat. W 2006 roku spośród 500 wypadków 12% dotyczyło dzieci do 6 roku życia, a 22% dzieci w wieku 7–15 lat. W 2007 roku na 432 zarejestrowane wypadki 36% stanowiły wypadki dzieci do 6 roku życia, 18% – wypadki dzieci w wieku 7–15 lat. Wypadki związane z użyciem zabawek stanowią znikomą część (choć należy mieć na uwadze fakt, że system rejestruje przypadki zgłaszane tylko w 16 placówkach terenowych). Należą do nich:

- jeden przypadek urazu oka spowodowany zabawą pistoletem-zabawką kupionym na bazarze, przy czym nie udało się ustalić pochodzenia tej zabawki;
- dwa przypadki połknięcia elementu klocków lego;
- dwa przypadki połknięcia ogniwa elektrycznego (z zabawki i z kalkulatora),
- jeden przypadek skaleczenia języka karabińczykiem – gadżetem dołączonym do pisemka dla dzieci.

Spośród innych wyrobów przeznaczonych dla dzieci zanotowano wypadki związane zużyciem:

- stolika (rozłamał się pod ciężarem 3-letniego dziecka),
- krzeselka do karmienia niemowląt (przewróciło się pod wpływem gwałtownego poruszania się dziecka),

- wózka dziecięcego (dwa przypadki), w którym zerwało się, lub rozpięło zabezpieczenie;
- nosidełka dla niemowląt (przywiezione z zagranicy, kupione na bazarze), które rozpięło się lub było niedokładnie zapięte,
- huštawek, karuzeli, zjeżdżalni zainstalowanych na podwórkach osiedlowych lub placach zabaw (dominująca przyczyna wypadku – nieostrożność dzieci przy niedostatecznej opiece osób dorosłych).

Najczęstsze i najgroźniejsze w skutkach wypadki z udziałem dzieci do 6 roku życia są spowodowane niedostatkami opieki lub wręcz nieodpowiedzialnością opiekunów. Do nich należą przede wszystkim:

- oparzenia gorącymi płynami lub innymi przedmiotami w zasięgu małych dzieci (do 3 roku życia);
- oparzenia i zatrucia środkami chemicznymi łatwo dostępnymi dla bawiących się dzieci (np. środek żrący w butelce po napoju);
- skaleczenia szkłem rozbitej szklanki lub słoika, a także szkłem rozbitej szyby w drzwiach wewnętrznych,
- skaleczeniami sprzętami domowymi (malakser, maszynka do mięsa) i narzędziami (nożyce ogrodowe, widły);
- upadki z niezabezpieczonych schodów, z okna, tarasu, piętrowego łóżka; przewrócenie na siebie stolika z telewizorem;
- skaleczenia roboczymi elementami maszyn rolniczych (dzieci towarzyszą rodzicom w pracy, a nieco starsze pomagają w pracy).

Rzadkie przypadki urazów związanych z właściwościami zabawek lub innych produktów przeznaczonych dla dzieci nie mogą zmniejszać wrażliwości, ani pilności obserwacji i analizy okoliczności wypadków związanych z tymi produktami. Dzięki temu możliwe jest wykrycie cech produktu lub okoliczności jego użycia, które – być może – nie było brane pod uwagę przy dopuszczaniu danego produktu do użytku.

Największy niepokój budzą przypadki łatwej dostępności dla dzieci w mieszkaniu lub na podwórku wiejskim przedmiotów, które ze swojej istoty są niebezpieczne przy niewłaściwym użyciu. Techniczne zabezpieczenia pojemników specjalnymi zakrętkami są bez znaczenia, gdy dorośli pozostawiają je otwarte w przestrzeni dostępnej dla dzieci lub przelewają do naczyń do tego nie przeznaczonych. Można zatem sądzić, że największym ryzykiem dla dzieci jest niedostateczny poziom świadomości i świadomej troski opiekunów. Zmniejszenie tego ryzyka wymaga systematycznej edukacji zarówno szkolnej, jak i pozaszkolnej.

Przedstawiając powyższe wyrażam przekonanie, że system monitorowania wypadków konsumenckich jest istotnym elementem bezpieczeństwa konsumenckiego i dostarcza potrzebnych informacji dla organu

nadzoru. Rosnące doświadczenie pracowników placówek terenowych, narady i szkolenia organizowane przez administratora systemu służą doskonaleniu sposobów pozyskiwania danych o okolicznościach wypadku i produktach, przez co system coraz lepiej służy potrzebom bezpieczeństwa konsumenckiego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 29 sierpnia 2008 r.

RPO-578928-VI/08/JS/JSz

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Sz.P.
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do pisma z dnia 17 czerwca 2008 r., otrzymanego w dniu 19 czerwca 2008 r. (sygn. MZ-ZP-O-078-10668-2/DW/08) pragnę zauważyć, iż ocena aktualnej sytuacji prawnej w zakresie ochrony bezpieczeństwa dzieci jako konsumentów, utrudniona jest niewątpliwie przez brak możliwości wiarygodnego potwierdzenia, że system tzw. monitoringu wypadków konsumenckich został w Polsce należycie zorganizowany i wdrożony. W omawianym zakresie istotny jest fakt obowiązywania rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia krajowego systemu informacji o produktach niebezpiecznych (Dz. U. Nr 87, poz. 815). Rozporządzenie to przewiduje możliwość pozyskiwania szerokiego zakresu informacji niezbędnych do ustalenia produktu mającego związek z wypadkiem konsument-

kim, okoliczności zdarzenia, skutków zdrowotnych oraz wnioskowania o przyczynach zależnych i niezależnych od osoby poszkodowanej. Krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich obejmuje dane o wypadkach konsumenckich, pochodzące z wybranych zakładów opieki zdrowotnej, określanych mianem placówek terenowych, działających w tym zakresie na podstawie umów zawartych z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Administrator systemu, jeżeli okoliczności wypadku konsumenckiego wskazywałyby na konieczność niezwłocznego podjęcia działań w celu usunięcia zagrożeń bezpieczeństwa związanych z produktem, ma obowiązek przekazania Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów danych na temat wypadku oraz propozycji odpowiednich działań. Stosownie do § 5 rozporządzenia, administrator systemu ma nadto obowiązek sporządzania raz na kwartał opracowania zbiorczego danych o wypadkach konsumenckich zawierającego analizę ich okoliczności i przyczyn oraz wnioski dotyczące przeciwdziałania tym wypadkom, a następnie przekazania tego opracowania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po kwartale objętym opracowaniem; zgodnie zaś z § 6 Rozporządzenia, administrator sporządza roczny zbiorczy raport na temat wypadków konsumenckich i składa go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów do dnia 31 marca roku następnego.

W świetle powyższego oraz odnosząc się bezpośrednio do wyżej wspomnianego pisma, uprzejmie proszę o przedstawienie danych personalnych administratora systemu monitorowania wypadków konsumenckich działającego na szczeblu ministerialnym, jak również o przedstawienie informacji dotyczącej administratorów funkcjonujących w obrębie poszczególnych województw, a nadto udostępnienie kopii kwartalnych i rocznych sprawozdań zestawień informacji na temat wypadków konsumenckich.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępcą Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Adam FRONCZAK
MZ-ZPW-073-12522-1/TP/08

Warszawa, 22 października 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na uwagi Pana Rzecznika zawarte w piśmie RPO-578928-VI/08/JS/JSz z dnia 29 sierpnia br. w sprawie bezpieczeństwa dzieci i funkcjonowania w tym kontekście systemu monitorowania wypadków konsumenckich uprzejmie wyjaśniam, że system ten jest elementem nadzoru nad ogólnym bezpieczeństwem produktów na podstawie art. 32 ustawy z 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. Nr 229, poz. 2275), który określa jego zadania i zasady funkcjonowania. System monitorowania jest powołany dla gromadzenia informacji dotyczących wypadków konsumenckich, w szczególności danych o okolicznościach wypadków i ich skutkach zdrowotnych oraz o produktach mających związek z wypadkami. Sposób działania systemu określił – zgodnie z upoważnieniem cytowanego art. 32 – Minister Zdrowia rozporządzeniem z 28 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu działania krajowego systemu monitorowania wypadków konsumenckich. Działając w ramach tych przepisów zorganizowano sieć zakładów opieki zdrowotnej (placówek terenowych systemu) – po jednym na województwo, które w ustalony sposób rejestrują wypadki mające cechy wypadków konsumenckich i przekazują informacje o okolicznościach tych wypadków administratorowi systemu, który na tej podstawie sporządza okresowe raporty dla Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Informacje o produktach mających związek z wypadkami szczegółowo określone w kwestionariuszu zgłoszenia nie zawsze zawierają wszystkie dane identyfikacyjne. Często bowiem osoby udzielające informacji nie znają tych danych, a uszkodzony przedmiot wyrzucają na śmietnik. Dlatego ankieterzy ze starannością i uwagą rejestrują wszystkie dostępne informacje o produkcie (łącznie z dokumentacją fotograficzną) umożliwiające jego identyfikację, gdyby zaszła taka potrzeba w działaniach interwencyjnych organu nadzoru nad bezpieczeństwem

produktów. Wymianie doświadczeń i doskonaleniu sposobu rejestrowania wypadków konsumenckich służą okresowe narady ankierców z administratorem systemu. W dotychczasowym działaniu systemu nie stwierdzono przypadku produktu stwarzającego poważne zagrożenie zdrowia i życia, które wymagałoby podjęcia natychmiastowej interwencji na rynku.

Z załączonych raportów wynika, że największe zagrożenia związane są z zachowaniami konsumenckimi (nieostrożne, niewłaściwe używanie narzędzi, ryzykowne zachowania), które powodują poważne w skutkach wypadki. Wypadki, jakim ulegają dzieci, zwłaszcza w wieku 0–6 lat, świadczą przede wszystkim o poważnych zaniedbaniach ze strony ich opiekunów. Np. z powodu braku należytej opieki najbliższe otoczenie w mieszkaniu jest wysoce niebezpieczne dla dzieci do 3 roku życia (oparzenia gorącymi płynami lub żrącymi preparatami chemii gospodarczej, skaleczenia rozbitym szkłem itp.).

Zasięg działania systemu monitorowania – wystarczający dla celów wykrywania produktów niebezpiecznych – nie daje podstaw do analiz i ocen epidemiologicznych skali zagrożenia wypadkami domowymi i związanymi z wycieczkami (inaczej wypadkami konsumenckimi). Ograniczenia wynikają nie tylko z podstaw prawnych systemu, ale także z uwarunkowań ekonomicznych. W obecnych warunkach nie jest możliwe opłacenie ankierców we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, do których mogą zgłaszać się osoby poszkodowane w wypadkach, a informacje z 16 wybranych ośrodków nie upoważniają do uogólnionych ocen epidemiologicznych.

Jednak powtarzające się charakterystyczne okoliczności wypadków konsumenckich wskazują na społeczne uwarunkowania bezpieczeństwa konsumenckiego – zwłaszcza poziom wiedzy, kultury technicznej, a także odpowiedzialności opiekunów.

W celu poprawy stanu zdrowia i bezpieczeństwa dzieci uruchomiono w lipcu br. w ramach współpracy Ministerstwa Zdrowia i Światowej Organizacji Zdrowia program interwencyjny uwzględniający najważniejsze środowiskowe zagrożenia zdrowia dzieci, a w tym zagrożenia wypadkami. Obok wypadków szkolnych i drogowych przedmiotem tego programu jest profilaktyka wypadków domowych i związanych z wycieczkami. Informacje uzyskiwane w systemie monitorowania wypadków konsumenckich są wykorzystywane do przygotowania założeń tego programu.

Załączam interesujące Pana Rzecznika okresowe raporty oraz wykaz zakładów opieki zdrowotnej włączonych do systemu zbierania i przetwarzania danych o wypadkach konsumenckich.

Z poważaniem

/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-595479-II/08/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 19 stycznia 2009 r.

Sz.P.
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Wobec treści kierowanych do mnie wniosków, a także z własnej inicjatywy, podejmuję szereg działań na rzecz ofiar przestępstw, w tym zwłaszcza osób pokrzywdzonych, które należą do grup najsłabszych, wymagających szczególnego zainteresowania i pomocy. Jedną z takich grup są dzieci. Ich sytuacja niejednokrotnie wymaga zarówno mojej reakcji na poziomie indywidualnym, jak i zmian o charakterze systemowym.

Spośród szeregu działań zmierzających do zahamowania fali przestępstw popełnianych na dzieciach i pomocy dzieciom, które stały się ofiarami przestępstw, w mojej ocenie, jednym z najistotniejszych jest monitorowania sytuacji zagrożenia dzieci w Polsce w tym, szczegółowa i interdyscyplinarna diagnoza zjawiska przemocy, której ofiarami są osoby do 18 roku życia.

Urazy fizyczne wciąż pozostają najczęstszą przyczyną śmierci dzieci i młodzieży. W Polsce nie ma jednak ogólnokrajowego rejestru urazów, który pozwoliłby lepiej planować leczenie i rzetelnie ocenić problem.

Co więcej, wśród przyczyn hospitalizacji dzieci, znajdujemy urazy i zastrucia, które mogą być efektem zarówno przemocy, jakiej doświadczają dzieci, skutkiem umyślnego działania osób trzecich, w tym przemocy fizycznej i psychicznej ze strony osób pełniących funkcje opiekuńcze, jak urazy, które mogą być skutkiem prób samobójczych, również efektu maltretowania dzieci.

Nie mamy jednak szczegółowej wiedzy, jak wielka jest skala tego problemu. Z opublikowanego w dniu 10 grudnia 2008 r. raportu Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) odnoszącego się do dzieci w wieku 0–18 lat pt: *World report on child injury prevention*, można wysnuć wniosek, że urazy skutkujące śmiercią u dzieci, spowodowane umyślnie, stanowią

ok. 10% wszystkich urazów, jakim ulegają. Pani dr n. med. Marta Malinowska-Cieślak z Instytutu Zdrowia Publicznego, Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, autorka badań pt: „Planowanie strategii prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci w Polsce”, w ślad za danymi WHO wskazuje, iż przemoc jest powodem urazów powodujących zgony 5% dzieci w Polsce w wieku od 0 do 14 lat.

Uwagę zwracam, że raporty Głównego Urzędu Statystycznego (dalej: GUS) wskazują m.in. na problem zgonów dzieci z przyczyn zewnętrznych i pokazują dane dotyczące tego zagadnienia oraz dane odnoszące się do ilości zabójstw dzieci. Z danych tych jednak trudno wydobyć te, które ilustrują podniesiony problem, zwłaszcza, że GUS w swych statystykach wyodrębnia kilka grup wiekowych w sposób nie pozwalający na diagnozę problemu odnoszącego się do osób, których górna granica wiekowa wynosi 18 lat (w raportach widnieje grupa wiekowa 15–19 lat). Podobnie nie są pełną i systematyczną ilustracją podniesionego problemu dane z innych źródeł, m.in. raportów Państwowego Zakładu Higieny czy Instytutu Matki i Dziecka.

Nie jest zatem jasne, ile dzieci w Polsce odnosi obrażenia nie skutkujące śmiercią, a będące wynikiem przemocy (w tym urazy psychiczne), ile dzieci odnosi śmiertelne w skutkach obrażenia po doznanej przemocy (nie zakwalifikowane jako zabójstwa), nie jest czytelne – poza statystykami sądowymi – ile samobójstw jest przez dzieci popełnianych z powodu doznawanej przemocy.

Z analizy akt postępowań karnych, jaką wykonała w 2008 r. Prokuratura Krajowa w efekcie mojego wystąpienia do Ministra Sprawiedliwości – Prokuratora Generalnego, wynika, że przemoc fizyczna, kwalifikowana jako znęcanie, uszczerbek na zdrowiu czy naruszenie nietykalności cielesnej, polega na biciu dzieci po ciele rękami bądź innymi przedmiotami np. paskiem, kijem od szczotki czy kablem, popychaniu, szarpaniu, ciągnięciu za włosy, kopaniu, rzucaniu w dziecko przedmiotami, rozgniataaniu dziecku jedzenia na twarzy, zmuszaniu do przebywania w określonych pomieszczeniach. Z doniesień organizacji zajmujących się przemocą m.in. wobec dzieci mieszkających na wsiach wynika, że sprawcy przemocy niejednokrotnie używają do bicia narzędzi, co niejednokrotnie skutkuje ciężkimi urazami fizycznymi. W wielu przypadkach przemoc fizyczna łączy się z przemocą psychiczną lub występuje sama przemoc psychiczna.

Zaznaczyć należy, że wskazane badania dotyczyły tylko przemocy stosowanej przez osoby pełniące funkcje opiekuńcze. Skala zarejestrowanych spraw karnych, wyodrębnionych według podanego klucza, w mojej ocenie nie odpowiada rzeczywistości: w 2007 r. w skali kraju zarejestrowano łącznie 8858 spraw. Tymczasem m.in. badania sondażowe wskazują na to,

że do bicia dzieci przynajmniej się 22% Polaków (wg. danych CBOS wskazywanych w *Raporcie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie* przyjętym przez Radę Ministrów w 2007 r.).

Badania naukowe wskazują, że zdrowotne reperkusje dotyczące dzieci w efekcie przemocy mogą być rozliczne i mogą rzutować na całe ich dorosłe życie. Uwagę zwracam, że psychiczne reperkusje dla pokrzywdzonych i społeczne koszty tego typu urazów, mogą być odmienne od skutków urazów nieumyślnych.

Dokładna diagnoza sytuacji, w mojej ocenie, pozwoli na zastosowanie adekwatnych środków i może przyczynić się do zmniejszenia liczby wypadków oraz urazów, a także ich skutków zdrowotnych, w tym zgonów i niepełnosprawności u dzieci. Świadomość faktycznych przyczyn części urazów i zatruć u dzieci, może bowiem pomóc w zaplanowaniu strategii skutecznego ich zapobiegania, w tym, zaangażować w działania odpowiedzialnie instytucje i organizacje.

Na opinie ekspertów odnoszące się do potrzeby stworzenia systemu monitorowania losów dziecka, w tym ustanowienia tzw. *Centralnego Rejestru Urazów Dzieci*, uwzględniającego informację o urazach niewypadkowych, wskazywałem w tegorocznym wystąpieniu do p. Jolanty Fedak Ministra Pracy i Polityki Społecznej. W odpowiedzi Pani Minister zapowiedziała zmiany ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493) i zmianę regulacji prawnych w zakresie systemu opieki nad dzieckiem i rodziną, których celem będzie przede wszystkim wzmocnienie systemu profilaktyki w najbliższym środowisku dziecka. Jednocześnie Pani Minister wskazała, że system monitorowania losów dziecka nie będzie miał charakteru centralnego rejestrowania urazów dzieci.

Z informacji, które posiadam wynika, że w dniu 5 czerwca 2007 r. odbyły się zorganizowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu konsultacje z Zespołem EHPR z Biura Europejskiego WHO, dotyczące realizacji Europejskiego Planu Działań na rzecz Środowiska i Zdrowia Dzieci (CEHAPE) w Polsce. Jedną z konkluzji z tego spotkania była konieczność utworzenia systemu rejestracji urazów dzieci.

Mając na względzie podniesione w niniejszym wystąpieniu kwestie, a także konkluzje z wskazanego spotkania, uprzejmie proszę Panią Minister o przedstawienie Pani stanowiska w poruszonych kwestiach i udzielenie mi informacji, czy Ministerstwo Zdrowia przewiduje działania, które stanowiąby rozwiązanie przedstawionego problemu.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-13482-1/WS/09

Warszawa, 17 luty 2009

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 19 stycznia br. znak: RPO-595479-I1/08/DK. dotyczące monitorowania przestępstw popełnianych na dzieciach, uprzejmie informuję, że podzielam Pana pogląd wskazujący na konieczność podjęcia szczególnych działań, umożliwiających ochronę dzieci przed przemocą ze strony osób dorosłych, często krewnych tych dzieci. Wyrażam przekonanie, iż niezbędne są też działania chroniące dzieci przed przemocą występującą w środowisku rówieśniczym. Przykładów występowania tych niepokojących zjawisk dostarczają nam liczne doniesienia medialne.

Przemoc jest zjawiskiem społecznym, nasilającym się w ostatnich czasach. Rzeczywiste rozmiary tego zjawiska są nieznane i trudne do ustalenia, najczęściej ze względu na okoliczności uniemożliwiające administracyjną, czy też instytucjonalną ingerencję w funkcjonowanie rodziny. W opinii Ministerstwa Zdrowia, ocena skali tego zjawiska wydaje się być możliwa poprzez przeprowadzenie głęboko przemyślanego badania, zrealizowanego na reprezentatywnej próbie. Pragnę zaznaczyć, że problem przestępstw przeciwko dzieciom jest trudny do oszacowania również ze względów kulturowych. Tak, jak informuje Pan w swoim wystąpieniu (powołując się na badania sondażowe wskazane w *Raporcie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie*). 22% Polaków przyznaje się do bicia dzieci. Tymczasem w Polsce, trwają dyskusje (nawet na forum parlamentu) na temat dopuszczalnych form karcenia dzieci – z uwzględnieniem klapsów, które nie są niczym innym niż swoistą formą przemocy fizycznej. Wydaje się, że organem najbardziej predestynowanym do realizacji takiego badania jest Minister Pracy i Polityki Społecznej. Rejestry przestępstw przeciwko dzieciom, prowadzone przez Ministerstwo Sprawiedliwości, czy też rejestr urazów potencjalnie prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia, mogą dostarczyć wyłącznie informacji na temat zdarzeń o charakterze szczególnie drastycznym, skutkujących wymuszoną okolicznościami potrzebą interwencji organów ścigania, czy też pra-

owników systemu ochrony zdrowia. W opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej, utworzenie rejestru urazów u dzieci mogłoby zwiększyć wiedzę dotyczącą epidemiologii, przyczyn oraz sposobów i miejsc leczenia urazów u dzieci. Należałoby jednak mieć na względzie dokładny cel i zakres działania takiego rejestru.

Ze względu na społeczny charakter zjawiska przemocy, a także brak realnych możliwości przeciwdziałania temu zjawisku, resort zdrowia koncentruje swoje działania na pomocy medycznej dzieciom – ofiarom przemocy. Dzieci, które doznały urazów, zarówno fizycznych jak i psychicznych, objęte są opieką zdrowotną, realizowaną w oparciu o przepisy ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Leczeniem dzieci, które doznały urazów zajmują się:

1. wszystkie oddziały chirurgii dziecięcej;
2. oddziały chirurgii urazowej (ortopedyczno-urazowe) dla dzieci;
3. oddziały chirurgii ogólnej i urazowej dla dorosłych trybie ratowania życia, jeśli niemożliwe jest udzielenie natychmiastowej pomocy w oddziale dziecięcym;
4. oddziały neurochirurgii dziecięcej w przypadku urazów czaszkowo-mózgowych;
5. oddziały intensywnej terapii (jeśli to konieczne) w szpitalach, do których przyjmowane są dzieci po urazach;
6. ambulatoria chirurgii dziecięcej i/lub urazowej;
7. Szpitalne Izby Przyjęć lub Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Na podstawie przeprowadzonego badania dziecka, lekarz orzeka o stanie zdrowia dziecka i kwalifikuje przypadek chorobowy zgodnie z *Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10*. W klasyfikacji tej występuje zespół maltretowanego dziecka, ujęty w ICD-10 jako T74, obejmujący krzywdzenie fizyczne, emocjonalne, seksualne, jak również zaniedbywanie dziecka. Stwierdzenie takiej jednostki jest równoznaczne z wpisaniem jej do karty chorobowej oraz koniecznością zgłoszenia tego faktu organom ścigania.

Każdy lekarz ma obowiązek zgłoszenia faktu podejrzenia przestępstwa wobec dziecka. Należy zaznaczyć, że zgodnie z polskim ustawodawstwem każdy ma społeczny obowiązek powiadomienia prokuratury lub policji o fakcie krzywdzenia dzieci, natomiast lekarz pełniący funkcję publiczną ma obowiązek prawny – art. 304 § 1 i § 2 Kodeksu postępowania karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.). W przypadkach podejrzenia o stosowanie wobec dziecka przemocy, lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy, zgodnie z postanowieniami art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry* (Dz. U. Nr

226, poz. 1943, z późn. Zm.). Obowiązek taki wynika również z art. 12 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o *przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. Nr 180, poz. 1493). Informuję, że nie dysponujemy podstawami do wniosków, które mogłyby wskazywać na zaniechanie przez lekarzy obowiązków, wynikających z wyżej wymienionych przepisów. Nie wyklucza to możliwości występowania przypadków, w których lekarze nie dokonają takiego zgłoszenia, zarówno organom ścigania, jak i przedstawicielom służb społecznych. Może to wiązać się z trudnościami w jednoznacznym określeniu podczas badania lekarskiego okoliczności powstania obrażeń u dziecka. Decyzję o zgłoszeniu podejrzenia krzywdzenia dziecka podejmuje lekarz po dokonaniu badania oraz zebraniu wywiadu od osoby, która zgłosiła się z dzieckiem na to badanie. W środowisku medycznym funkcjonują wzory pism, które umożliwiają zgłoszenie podejrzenia stosowania wobec dziecka przemocy. Według naszej wiedzy wzory takie popularyzuje Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii. Jednocześnie, należy wskazać, że w programie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pediatrów, chirurgów dziecięcych a także średniego personelu medycznego, uwzględnione są zagadnienia dotyczące „zespołu dziecka krzywdzonego”. Wiedza o tym problemie jest przedmiotem publikacji w czasopismach naukowych i podręcznikach (między innymi – rozdział: Dziecko maltretowane w *Chirurgia dziecięca. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*. Red. A. Wagner. PZWL 2003).

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego³, w 2006 r. wystąpiło 1300 zgonów dzieci i młodzieży spowodowanych czynnikami zewnętrznymi, co stanowiło 27.8% liczby wszystkich zgonów w tej populacji. Analiza przyczyn nagłych zgonów dzieci i młodzieży wskazuje, że największej zgonów następuje wskutek wypadków komunikacyjnych.

Częstą zewnętrzną przyczyną zgonów są również samobójstwa i samouszkodzenia oraz zabójstwa, w szczególności wśród osób w wieku 15–19 lat. Porównanie danych dotyczących zgonów z przyczyn zewnętrznych za lata 2004 i 2006 publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, wskazuje na obniżanie się wskaźnika tych zgonów u dzieci i młodzieży z 15,15/100.000 (2004 r.) do 14,75/100.00 (2006 r.).

W opinii Ministerstwa Zdrowia, właściwa współpraca pracowników systemu ochrony zdrowia i resortu polityki społecznej z organami ścigania pozwoli na, pełniejszą niż dotychczas, rejestrację przestępstw przeciwko dzieciom. Ministerstwo Zdrowia wyrażało i nadal wyraża wolę współpracy w tym względzie. Przykładem tego jest zaangażowanie Ministra Zdrowia w realizowane programy rządowe: *Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie*,

³ Rocznik Demograficzny 2008. GUS; Warszawa 2008

Rządowy Program Ograniczania Przeszeczności i Aspołecznych Zachowań „Razem bezpiecznie”. Minister Zdrowia wspiera w tym zakresie inicjatywy podejmowane przez różne podmioty, wśród których można wskazać:

1) kampania „Kochaj! Nie krzywdź! Pomóż!”, zainicjowana przez Rzecznika Praw Dziecka;

2) Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” prowadzone przez Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”, w ramach którego funkcjonują:

a) Telefon dla Ofiar Przemocy w Rodzinie (0801-12-00-02) czynny: poniedziałek–sobota godz. 8.00–22.00, niedziele i święta godz. 8.00–16.00;

b) Telefoniczna poradnia prawna (022-666-28-50) czynna: poniedziałek–wtorek godz. 17.00–21.00;

c) Poradnia e-mailowa: **niebieskalinia@niebieskalinia.info**

d) oraz podejmowane są interwencje w sytuacjach przemocy w rodzinie;

Działalność Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” jest współfinansowana ze środków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – agencji Ministra Zdrowia.

3) program *Dobry Rodzic – Dobry Start – program profilaktyki krzywdzenia małych dzieci* realizowany przez Fundację „Dzieci Niczyje”;

4) *Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka* – numer telefonu oraz link do strony internetowej Rzecznika Praw Dziecka zostały zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Odnosząc się do przywołanego w wystąpieniu Pana Rzecznika Europejskiego Planu Działań na rzecz Środowiska i Zdrowia Dzieci CEHAPE (*Children Environment and Health Action Plan for Europe*) należy wskazać, że stanowi on narzędzie służące kierowaniu krajowym procesem środowiskowym i zdrowotnym. CEHAPE daje podstawy do rozwoju kompleksowego zarządzania w celu poprawy zdrowia dzieci i młodzieży oraz zawiera propozycje działań mających na celu redukcję lub wyeliminowanie narażenia dzieci na zagrożenia środowiskowe, które mogą mieć wpływ na zdrowie od urodzenia do okresu młodzieńczego. Zasady zawarte w *Planie* tworzą ramy czterech Regionalnych Celów Priorytetowych, z czego drugi cel to m.in. ochrona i znaczące obniżenie skutków zdrowotnych wypadków i obrażeń ciała. Należy jednak zwrócić uwagę, że wynikająca z *Planu* potrzeba monitoringu w powyższym zakresie opiera się na istniejących bazach danych, zaś wskaźnikami w tym przypadku są takie wielkości jak: śmiertelność w wypadkach drogowych, śmiertelność wynikająca z niezamierzonych urazów (upadki, utonięcia, pożary, zatrucia) oraz w wyniku wypadków przy pracy.

Zgodnie z dostępną nam wiedzą, propozycja przygotowania rejestru urazów odnoszonych przez dzieci została zgłoszona (podczas spotkania

przywołanego przez Pana Rzecznika) przez przedstawicieli Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka. Jednak, z uwagi na brak środków, nie podjęto prac w tym zakresie. Jak wynika z informacji przekazanej przez Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka, w grudniu 2008 r. do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego skierowano projekt programu badawczego pn.: „Polski rejestr wypadków dzieci”.

Przedstawiając powyższe, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje w najbliższym czasie działań związanych z diagnozą i monitorowaniem sytuacji zagrożenia dzieci przestępstwami. W naszej opinii, dane, jakimi aktualnie dysponujemy, pozwalają na zapewnienie dzieciom – ofiarom przemocy odpowiednich świadczeń medycznych. Uważamy też, że rozwiązanie problemu przemocy możliwe jest przede wszystkim poprzez edukację i zwiększenie wrażliwości ogółu społeczeństwa.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

2.2.3. Zapobieganie i zwalczanie przemocy i uzależnień

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-230517-VII/04/711

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 30 listopada 2006 r.

Pan.
Prof. dr hab. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 163, poz. 1363) wprowadzono w życie przepisy, które znacznie

rozszerzają zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym.

W znowelizowanych art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego oraz art. 96 § 1 i art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego zobowiązują one organy wymiaru sprawiedliwości oraz placówki opieki zdrowotnej do podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpowiednich przedsięwzięć prawnokarnych, organizacyjnych i leczniczo-terapeutycznych.

Jak mi jednak wiadomo, te nowe rozwiązania ustawowe, tak istotne z punktu widzenia interesu społecznego, nie znalazły dotychczas właściwego zastosowania w praktyce.

Już po wejściu w życie cytowanej ustawy, w skierowanym do Rzecznika Praw Obywatelskich piśmie z dnia 31 października 2005 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości stwierdził, że źródłem poważnych trudności w tworzeniu profesjonalnych programów postępowania ze skazanymi o zaburzonych preferencjach seksualnych jest brak koncepcji oddziaływań terapeutyczno-leczniczych wypracowanej w specjalistycznych instytucjach podległych Ministrowi Zdrowia. Przyznał również, że zakłady karne nie mogą być jedynymi placówkami zobligowanymi do prowadzenia tego typu oddziaływań.

Wprawdzie w dniu 11 lipca 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia powstał międzyresortowy zespół, którego zadaniem jest opracowanie nowej strategii leczenia osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, to jednak jego prace są jeszcze mało zaawansowane.

Wskazane powyżej problemy wymiaru sprawiedliwości oraz publicznej służby zdrowia rodzą obawę, czy w oparciu o dyspozycje ustawowe powstanie i będzie realizowany w Polsce program kompleksowego postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym. Dlatego zwracam się do Pana Ministra z prośbą o określenie, jakie zostały podjęte (i kiedy będą zakończone) działania w resorcie zdrowia zmierzające do wdrożenia w życie przepisów cytowanej ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. w zakresie dotyczącym sposobów postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, o których mowa w znowelizowanych przez tę ustawę art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że z pismem o podobnej treści, które odnosi się także do sposobu realizacji art. 96 i art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego, zwróciłem się do Ministra Sprawiedliwości.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZPP-073-3194-20/sk/06

Warszawa, 12 grudnia 2006 r.

Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na Pana pismo z dnia 30 listopada 2006 roku (znak RPO-230517-VII/04/711), dotyczące realizacji przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy, w zakresie postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, uprzejmie przedstawiam następujące informacje.

Z dniem 11 lipca 2006 roku powołałem zespół, którego celem jest opracowanie systemowych rozwiązań dotyczących postępowania wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych (działający na podstawie upoważnienia art.7 ust.4 pkt 5 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 roku o Radzie Ministrów).

Zespół analizuje zasób kadrowy – liczba specjalistów, miejsce zatrudnienia (w chwili obecnej liczba profesjonalistów zajmujących się tą tematyką jest niewystarczająca, ponadto większość pracuje poza swą specjalizacją).

Istnieje również konieczność analizy dotychczasowych programów edukacyjnych mających na celu zwiększenie dostępu do wiedzy dotyczącej seksuologii klinicznej i sądowej, w zakresie niezbędnym do stawiania wstępnej diagnozy (studenci akademii medycznych, lekarze pierwszego kontaktu itd).

Znowelizowane artykuły Kodeksu karnego i Kodeksu karnego wykonawczego w zakresie postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, wymagają przygotowania specjalnych profesjonalnych programów terapeutycznych (problem dotyczy nie tylko zakładów zamkniętych, ale przede wszystkim leczenia i rehabilitacji po odbyciu kary pozbawienia wolności). W związku z tym, konieczne jest opracowanie programów, które mogłyby być realizowane w zakładach karnych, a następnie kontynuowane w systemie wolnościowym.

Powołano dwie grupy robocze, pod przewodnictwem Pana Prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza mające na celu opracowanie projektów standardów terapeutycznych dla dwóch populacji, a mianowicie dla pedofilii oraz dla osób z innymi zaburzeniami preferencji seksualnych.

Standardy te miałyby służyć zwłaszcza lecznictwu ambulatoryjnemu.

Kolejnym istotnym zagadaniem, nad którym pracuje zespół, jest wypracowanie zasad finansowania tego rodzaju świadczeń.

W związku z powyższym, uprzejmie informuję, że trwają prace zespołu zmierzające do opracowania i wdrożenia kompleksowych, profesjonalnych programów terapeutycznych dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-230517-VII/04/701.1/JZ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 17 kwietnia 2007 r.

Pan.
Prof. dr hab. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 163, poz. 1363) zaczęły obowiązywać z dniem 26 września 2005 r. przepisy, które znacznie rozszerzają zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym.

W znowelizowanych art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego zobowiązują one organy wymiaru sprawiedliwości oraz placówki opieki zdrowotnej do podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpowiednich przedsięwzięć prawno-karnych, organizacyjnych i leczniczo-terapeutycznych.

Jak mi jednak wiadomo, te obowiązujące od ponad półtora roku rozwiązania ustawowe, tak istotne z punktu widzenia interesu społecznego, nie znalazły dotychczas zastosowania w praktyce. Natomiast z informacji

medialnych wynika, że „resorty zdrowia i sprawiedliwości przygotowały projekt zmian w Kodeksie karnym umożliwiający przymusowe leczenie pedofilów” (por. np. „Wydarzenia” w „Polsacie” z 20 marca br., „Dziennik” i „Metro” z 21 marca br.).

Sytuacja ta jest dla mnie niezrozumiała, Zwłaszcza uwzględniając treść pisma z dnia 12 grudnia 2006 r. (l.dz. MZ-ZPP-073-3194-20/sk/06), jakie otrzymałem w tej sprawie od Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Wynika z niego, że od 11 lipca 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia pracuje międzyresortowy zespół, którego zadaniem jest przygotowanie w oparciu o obowiązujące prawo nowej strategii leczenia osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, a nie projektowanie nowych rozwiązań prawnych. Ma temu służyć opracowanie i wdrożenie kompleksowych, profesjonalnych programów terapeutycznych dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Dlatego zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie sprawy oraz określenie, jakie zostały podjęte i w jakich terminach będą zakończone działania w resorcie zdrowia zmierzające do wdrożenia w życie przepisów cytowanej ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. w zakresie dotyczącym sposobów postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, o których mowa w znowelizowanych przez tę ustawę art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZPP-073-3194-23/sk/07

Warszawa, 28 maja 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na Pana pismo z dnia 17 kwietnia 2007 roku (znak RPO-230517-VII/04/701.1/JZ), dotyczące realizacji przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy, w zakresie po-

stępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, uprzejmie przedstawiam następujące informacje. Powołanie *Zespołu do spraw opracowania strategii działań na rzecz systemowych rozwiązań dotyczących postępowania wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych* służyć miało wykonaniu przez Ministerstwo Zdrowia przepisów *Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks kurny* (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.), dotyczących przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej (zobowiązania skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, albo oddziaływaniom terapeutycznym lub uczestnictwu w programach korekcyjno-edukacyjnych, umieszczenie sprawcy, po odbyciu kary, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne). Zgodnie z zapisami § 4 *Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2006 roku* zadania zespołu zostały określone jako;

1) przygotowanie projektu doprecyzowania lub zmiany istniejących regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń z zakresu terapii dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych;

2) przygotowanie projektu stanowiska w sprawie finansowania świadczeń z zakresu terapii dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych;

4) przygotowanie projektu strategii działań na rzecz systemowych rozwiązań dotyczących opracowania i wdrożenia programów terapeutycznych dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych;

5) przygotowanie propozycji kompleksowego systemu pomocy terapeutycznej penitencjarnej i postpenitencjarnej dla osób z zaburzeniami seksualnymi;

6) przygotowanie propozycji standardów dotyczących usług terapeutycznych i metod terapii dla osób z zaburzeniami seksualnymi;

7) przygotowanie projektu struktury organizacyjnej i zadań podmiotów zajmujących się terapią dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych;

8) przygotowanie propozycji sposobu nadzoru nad działalnością placówek prowadzących terapię dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Został opracowany raport z prac *Zespołu do spraw opracowania systemowych rozwiązań dotyczących postępowaniu wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych*, który był przedmiotem obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

Proponowane działania:

1. Utworzenie projektu nowego programu polityki zdrowotnej państwa o nazwie (roboczej): „Program terapii dla sprawców czynów przeciwko wolności seksualnej”.

2. Przygotowanie projektu nowelizacji ustawy kodeks karny wykonawczy w celu wyodrębnienia zakładów przeznaczonych do leczenia sprawców czynów przeciwko wolności seksualnej.

3. Przygotowanie projektu rozporządzenia do projektowanego znowelizowanego artykułu ustawy kodeks karny wykonawczy w sprawie warunków wykonywania detencji dla sprawców czynów przeciwko wolności seksualnej.

4. Przygotowanie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w ramach istniejących już upoważnień (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) w sprawie ustalenia standardów leczenia sprawców czynów przeciwko wolności seksualnej.

5. Podjęcie działań mających na celu wskazanie miejsca (lokalizacji) dla ośrodka, który dysponować powinien warunkami maksymalnego zabezpieczenia oraz innych ośrodków, dysponujących wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia.

6. Działania wielokierunkowe podejmowane we współpracy z Departamentem Budżetu. Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia, w celu:

a) określenia kosztów budowy (adaptacji) ewentualnego ośrodka z maksymalnymi warunkami zabezpieczenia lub pozyskania obiektu z posiadanych zasobów;

b) określenia kosztów adaptacji (budowy) ewentualnych ośrodków z wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia lub pozyskania obiektów z posiadanych zasobów.

7. Przygotowanie wystąpienia o dodatkowe nieplanowane wcześniej środki finansowe na realizację priorytetowego zadania, o którym mowa w pkt.5.

8. Przygotowanie wystąpień do marszałków województw i rektorów akademii medycznych w celu uzyskania informacji o możliwości realizacji adaptacji oddziałów w placówkach im podległych do warunków wzmocnionego zabezpieczenia.

Uprzejmie informuję, że po analizie zaproponowanych działań Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję w sprawie realizacji poszczególnych zadań, poczynając od określenia kosztów utworzenia wyżej wymienionych ośrodków i przesłania do Ministerstwa Sprawiedliwości projektu inicjatywy legislacyjnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-230517-VII/04/701.1/JZ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 11 lutego 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 163, poz. 1363) weszły w życie z dniem 26 września 2005 r. przepisy, które znacznie rozszerzają zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym. W znowelizowanym art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego zobowiązują one organy wymiaru sprawiedliwości oraz placówki opieki zdrowotnej do podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpowiednich przedsięwzięć prawnokarnych, organizacyjnych i leczniczo-terapeutycznych.

W sprawie tworzenia warunków do realizacji wskazanych wyżej przepisów zwracałem się już dwukrotnie do Ministra Zdrowia, w wystąpieniach z dnia 30 listopada 2006 r. i 17 kwietnia 2007 r. W piśmie z dnia 28 maja 2007 r. (l.dz. MZ-ZPP-073-3194-23/sk/07) zostałem poinformowany przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, że od 11 lipca 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia pracuje międzyresortowy *Zespół do spraw opracowania systemowych rozwiązań dotyczących postępowania wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych*, a raport z jego prac był przedmiotem obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Podjęto też decyzję w sprawie realizacji poszczególnych zadań, jakie zawarto w raporcie.

Jak mi jednak wiadomo, te obowiązujące od ponad dwóch lat rozwiązania ustawowe, tak istotne z punktu widzenia interesu społecznego, nadal nie znajdują zastosowania w praktyce. Nie powstały bowiem placówki zamknięte i leczenia ambulatoryjnego przeznaczone dla tej kategorii sprawców.

Dlatego zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie oraz określenie, jakie zostały podjęte i w jakich terminach będą zakończone działania w resorcie zdrowia zmierzające do wdrożenia w życie przepisów wymienionej powyżej ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. w zakresie dotyczącym sposobów postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, o których mowa w art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Zdrowia Publicznego
MZ-ZP-P-0212-8994-1O/KS/08

Warszawa, 24 lipca 2008 r.

Pan
Janusz Zagórski
Dyrektor
Zespołu Prawa Karnego Wykonawczego
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Dyrektorze

W odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich, dotyczące stanowiska Ministerstwa Zdrowia w przedmiocie określenia sposobu postępowania ze sprawcami przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej, popełnionych w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna, (znak pisma: RPO-230517-VI1-701.1/04/JZ), przedstawiam poniższe informacje.

Skala zjawiska przestępczości przeciwko wolności seksualnej w okresie ostatnich kilku lat jest na tyle duża, że wymaga podjęcia zdecydowanych działań w tym obszarze, w tym także działań koniecznych do podjęcia przez Ministra Zdrowia.

Z danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w roku 2005 skazano w sądach rejonowych 854 osoby z artykułu 200 (przestępstwo pedofilii) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr

88, poz. 553, z późn. zm.). W tym samym roku z artykułu 201 Kodeksu karnego (kaziroddstwo) skazano 25 osób, artykułu 197 § 1 Kodeksu karnego (gwałt) skazano 797 osób. Generalnie skazano 2268 osoby w roku 2005 za przestępstwa ujęte w rozdziale XXV ustawy – Kodeks karny, a więc za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności.

Jednocześnie należy zauważyć, iż pomimo istnienia znowelizowanego artykułu 95a ustawy *Kodeks karny* w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny wykonawczy* (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.) nie znalazły się niezbędne przepisy pozwalające na wykonywanie przedmiotowych orzeczeń, w tym na wydanie przepisów wykonawczych, gdzie uregulowana zostałaby kwestia leczenia przestępców seksualnych.

Terapia dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych dostępna jest jedynie w formie zinstytucjonalizowanej (w 7 zakładach karnych, w których realizowane są programy terapeutyczne dla sprawców tego typu przestępstw).

W celu opracowania propozycji rozwiązania zaistniałej sytuacji został powołany *Zespół do spraw opracowania strategii działań na rzecz systemowych rozwiązań dotyczących postępowania wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych*, a w szczególności umożliwienia realizacji orzeczeń sądowych o zobowiązaniu skazanego do poddania się leczeniu.

W opinii Zespołu konieczna jest odpowiednia nowelizacja przepisów Kodeksu karnego i Kodeksu karnego wykonawczego w zakresie postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym. Równoległe do tych zmian przygotowania wymagają specjalne profesjonalne programy terapeutyczne (problem dotyczy nie tylko zakładów karnych, ale przede wszystkim programów leczenia i rehabilitacji po odbyciu kary pozbawienia wolności), a także konieczne jest stworzenie struktury organizacyjnej poprzez utworzenie odpowiedniej liczby specjalnych ośrodków.

Niezbędne jest opracowanie i wdrożenie programów, przygotowanych dla tej grupy populacji, które mogłyby być realizowane zarówno w zakładach karnych, a następnie kontynuowane w systemie wolnościowym.

Na podstawie przygotowanego przez Zespół raportu, Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, przygotował projekty aktów prawnych regulujących powołanie i funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń z zakresy terapii dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Wyżej wymienione propozycje były przedmiotem obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia w dniu 14 kwietnia 2008 roku. Kierownictwo zleciło dodatkowe konsultacje ze środowiskiem psychiatrów. Departament Zdrowia Publicznego zwrócił się z prośbą o przygotowanie stosownych

opinii przez Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii – Pana prof. Marka Jaremy – oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii – Pana prof. Lwa Starowicza.

Z opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii – Pana prof. Marka Jaremy – wynika, że obecnie szpitalne, zamknięte leczenie psychiatryczne oraz psychiatryczna opieka ambulatoryjna nie są przystosowane pod względem infrastruktury, zasobów kadrowych, programowym i finansowym, do realizowania zadań związanych z prowadzeniem terapii sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej. W stosunku do tej grupy sprawców trudno jest mówić o leczeniu psychiatrycznym, gdyż dolegliwości i dokuczliwości wynikające z zaburzonych preferencji seksualnych, nie są wynikiem choroby psychicznej. Psychiatria nie zna przyczyn przedmiotowych zachowań, jak również nie posiada wypracowanego skutecznego modelu terapeutycznego. W swojej opinii prof. Marek Jarema podkreśla, że z punktu widzenia psychiatrii sprawcy przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej są niejednokrotnie osobami zdrowymi, a działania wobec nich podejmowane powinny mieć charakter korekcyjno-resocjalizacyjny, zabezpieczający oraz probacyjny i polegać na monitoringu ich zachowań – co tylko w niewielkiej części mieści się w zadaniach opieki zdrowotnej.

W opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii – Pana prof. Lwa Starowicza – obecnie nie jest możliwa realizacja przewidzianych w art. 95a Kodeksu karnego środków zabezpieczających, gdyż brak jest odpowiednich ośrodków zamkniętych i zakładów leczenia ambulatoryjnego. Obecnie funkcjonują tylko dwa zakłady leczenia seksuologicznego, w Warszawie i Łodzi, a możliwe jest utworzenie 3 kolejnych zakładów w Rzeszowie, Słupsku i Przasnyszu. Prof. Lew Starowicz podaje, że w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie organizowane są kursy dla lekarzy z zakresu seksuologii, do chwili obecnej uczestniczyło w nich 128 osób. W warsztatach Polskiego Towarzystwa Medycyny Seksualnej uczestniczyło 42 lekarzy. Ponadto na Wydziale Psychologii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie utworzona została specjalizacja z zakresu seksuologii sądowej – aktualnie w studiach z tego zakresu uczestniczy 140 osób. W opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii, skuteczność programów leczenia sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej wynosić może nawet 70%. Leczenie takie wymaga jednak stosowania kompleksowej terapii obejmującej farmakoterapię i psychoterapię.

W zaistniałej sytuacji konieczne jest ponowne rozważenie możliwości realizacji przewidzianego w art. 95a Kodeksu karnego środka zabezpieczającego w obecnie obowiązującej formie.

Przedmiotowa regulacja przewiduje, że po odbyciu kary sprawcy przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej, którzy czynów tych dopuścili się w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna, mogą zostać umieszczeni w zakładzie zamkniętym lub skierowani na leczenie ambulatoryjne. Należy jednak zaznaczyć, że rozwiązanie takie budzi szereg istotnych zastrzeżeń o charakterze prawnym i funkcjonalnym. Przedmiotowy środek miałby być orzekany obok, a nie zamiast kary pozbawienia wolności. Co więcej czas pobytu w zakładzie zamkniętym nie byłby określany z góry oraz nie podlegałby zaliczeniu na poczet orzeczonej kary. W zaistniałej sytuacji sprawca, który odbył karę (stanowiącą w założeniu adekwatną odpowiedź na popełniony przez niego czyn zabroniony) pozostawałby nadal w zakładzie zamkniętym. Dodatkowo należy podkreślić, że w przedmiotowym zakładzie zamkniętym przebywałyby osoby w pełni poczytalne i sprawne, które posiadają doświadczenie wynikające z pobytu w zakładzie karnym. W powyższych okolicznościach zakład taki powinien dysponować zabezpieczeniami (środki techniczne i personel) daleko dalej idącymi niż zakłady psychiatryczne o maksymalnym poziomie zabezpieczenia.

Wskazane wydaje się skorzystanie z doświadczeń systemu funkcjonującego w Holandii. Działają tam tzw. kliniki TBS – specjalne instytucje penitencjarne z rozwiniętym programem oddziaływań korygujących, co w połączeniu z rozwiniętym systemem monitoringu elektronicznego i siecią odpowiednich seksuologicznych poradni ambulatoryjnych daje możliwość zapobiegania powrotowi tej grupy sprawców do popełniania przestępstw.

Podzielając stanowisko Konsultantów krajowych o konieczności szybkiego powołania specjalnego, centralnego ośrodka seksuologicznego, Departament Zdrowia Publicznego uważa, iż ośrodek ten powinien pełnić funkcję diagnostyczną i konsultacyjną wobec przedmiotowej grupy sprawców, a nie funkcję instytucji detencyjnej (quasi penitencjarnej). W placówce tej powinni być diagnozowani, na etapie przygotowawczego i rozpoznawczego postępowania karnego, sprawcy przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej. Wydawane przez ośrodek opinie pozwoliłyby wyróżnić wśród wyżej wymienionej grupy tych sprawców, którzy zarzucanych im czynów dopuścili się w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna. Wyodrębniona w ten sposób populacja powinna być przedmiotem szczególnych oddziaływań w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Wydana przez ośrodek opinia stanowiłaby również podstawę do orzeczenia przez sąd środka karnego w postaci obowiązku leczenia ambulatoryjnego

i poddania skazanego dozorowi – optymalnie w postaci dozoru elektronicznego.

Wprowadzenie wyżej opisanych propozycji wymagało będzie szeregu zmian w przepisach materialnego i proceduralnego prawa karnego. W Departamencie Zdrowia Publicznego został przygotowany projekt stanowiska Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej sprawie. W przypadku akceptacji przygotowanego dokumentu przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, propozycja założeń do nowelizacji wspomnianych przepisów zostanie przekazana Ministrowi Sprawiedliwości.

Z poważaniem

DYREKTOR
Departamentu Zdrowia Publicznego
/-/ Krzysztof Olszak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-230517-VII/04/701.1/JZ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 24 kwietnia 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 163, poz. 1363) weszły w życie z dniem 26 września 2005 r. przepisy, które znacznie rozszerzają zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym. W znowelizowanym art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego zobowiązują one organy wymiaru sprawiedliwości oraz placówki opieki zdrowotnej do podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpowiednich przedsięwzięć prawno-karnych, organizacyjnych i leczniczo-terapeutycznych.

W sprawie tworzenia warunków do realizacji wskazanych wyżej przepisów zwracałem się już trzykrotnie do Ministra Zdrowia, w wystąpieniach z dnia 30 listopada 2006 r., 17 kwietnia 2007 r. i 11 lutego 2008 r.

Jedynie w piśmie z dnia 28 maja 2007 r. (l.dz. MZ-ZPP-073-3194-23/sk/07) zostałem w sposób jasny poinformowany przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, że od 11 lipca 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia pracuje międzyresortowy *Zespół do spraw opracowania systemowych rozwiązań dotyczących postępowania wobec osób z zaburzeniami preferencji seksualnych*, a raport z jego prac był przedmiotem obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Podjęto też decyzję w sprawie realizacji poszczególnych zadań, jakie zawarto w raporcie. W opinii *Zespołu*, do zadań tych należy odpowiednia nowelizacja przepisów Kodeksu karnego i Kodeksu karnego wykonawczego w zakresie postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym. Przygotowania wymagają też specjalne profesjonalne programy terapeutyczne, które będą realizowane nie tylko w zakładach karnych, ale również po odbyciu kary pozbawienia wolności – w utworzonych w tym celu specjalnych ośrodkach.

Od tego czasu brakuje mi jednak miarodajnej informacji o sposobie wprowadzenia w życie przygotowanych rozwiązań systemowych. Nadal więc obowiązujące od ponad trzech lat przepisy ustawowe, tak istotne z punktu widzenia interesu społecznego, nie znajdują zastosowania w praktyce. Nie powstały bowiem – wyposażone w odpowiednie programy lecznicze i rehabilitacyjne – placówki zamknięte i leczenia ambulatoryjnego przeznaczone dla sprawców przestępstw o charakterze seksualnym.

Dlatego po raz kolejny zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie oraz określenie, jakie zostały podjęte i w jakich terminach będą zakończone działania w resorcie zdrowia zmierzające do wdrożenia w życie przepisów wymienionej powyżej ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. w zakresie dotyczącym sposobów postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym, o których mowa w art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego.

Jednocześnie w załączeniu przesyłam kalendarium działań Rzecznika Praw Obywatelskich na rzecz objęcia sprawców przestępstw seksualnych, w tym zwłaszcza pedofilów, odpowiednimi przedsięwzięciami o charakterze prawnokarnym, organizacyjnym i leczniczo-terapeutycznym.

Załącznik 1

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 6 sierpnia 2007 r.

RPO-564201-X/07/WW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Prof. dr hab. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Uprzejmie informuje Pana Ministra, iż zaniepokojenie Rzecznika Praw Obywatelskich budzi sprawa ucieczek z zakładów psychiatrycznych osób umieszczonych w tych zakładach w ramach środka zabezpieczającego bądź obserwacji sądowo-psychiatrycznej, opisanych w Trybunie z dnia 19 lipca 2007 r. „Zabójca na zakupach”.

Spostrzeżenia autora artykułu znajdują potwierdzenie w wynikach wizytacji prowadzonych w zakładach psychiatrycznych. Oddziały wyznaczone do wykonywania środków zabezpieczających o wzmocnionym zabezpieczeniu na ogół nie spełniają warunków technicznych określonych w Kodeksie karnym wykonawczym oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz.1854).

Oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu powinny zapewniać stały nadzór nad sprawcami przebywającymi w zakładzie. W szczególności powinny posiadać drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu a także być wyposażone w system telewizji wewnętrznej, umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek i korytarzy oraz elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien. Ponadto zakład dysponujący warunkami wzmocnionego zabezpieczenia musi mieć możliwość wydzielenia od 10–20 łóżkowych pododdziałów, posiadać bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego oraz zatrudniać personel w liczbie, co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu.

Wskazać należy, że żaden z wizytowanych przez pracowników Biura RPO oddziałów nie zatrudnia personelu w odpowiedniej liczbie, a większość z nich nie ma możliwości wydzielenia 10–20 łóżkowych pododdziałów. Wątpliwości wizytujących budziła również jakość systemów telewizji

wewnętrznej oraz elektronicznego system sygnalizującego niekontrolowane otwarcie drzwi i okien stosowanych na oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu. Dla przykładu w trakcie wizytacji przeprowadzonej kilka dni po opisanej w artykule „Trybuny” ucieczce w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr Stanisława Deresza w Chorszczy, na Oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu przebywało: 34 osoby wobec których zastosowano środek zabezpieczający, 2 osoby tymczasowo aresztowane oraz 6 przebywających na obserwacji sądowo psychiatrycznej. System telewizji wewnętrznej nie obejmował obserwacją wszystkich okien zewnętrznych oddziału, bramy wjazdowej oraz małego placu spacerowego, z którego nastąpiła ucieczka z oddziału. Brak było również kamer rejestrujących obraz w podczerwieni, pozwalających na właściwą obserwację terenu oddziału w porze nocnej. Ponadto stwierdzono, że elektroniczny system mający sygnalizować niekontrolowane otwarcie okien i drzwi był w dniu wizytacji wyłączony. Oddział nie zatrudniał personelu w liczbie, co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu oraz nie miał możliwości wydzielenia 10–20 łóżkowych pododdziałów.

Brak odpowiednich warunków technicznych na oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz odpowiedniej liczby personelu ogranicza, a w określonych sytuacjach uniemożliwia, realizację jednego z podstawowych celów środka zabezpieczającego, jakim jest izolowanie sprawcy przestępstwa, wobec którego zastosowano środek zabezpieczający. Należy przy tym podkreślić, że część zakładów nie ma opracowanych procedur postępowania na wypadek wystąpienia buntu lub ucieczki z oddziału, co stanowi naruszenie § 6 Regulaminu Organizacyjno Porządkowego Wykonywania Środków Zabezpieczających. O uchybieniach stwierdzonych w trakcie wizytacji zakładów psychiatrycznych, stosownie do okoliczności, informowano ich organy założycielskie oraz sądy sprawujące nadzór nad wykonaniem środków zabezpieczających.

Mając powyższe na względzie, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra o zajęcie stanowiska wobec przedstawionego problemu oraz udzielenie Rzecznikowi informacji na temat podejmowanych i przewidywanych działań Resortu w celu poprawy sytuacji.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-051-8273-1/UB/07

Warszawa, 20 sierpnia 2007 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 6 sierpnia 2007 roku, znak RPO-564201-X/07/WW w sprawie ucieczek z zakładów psychiatrycznych osób umieszczanych w tych zakładach w ramach środka zabezpieczającego bądź obserwacji sądowo-psychiatrycznej, poniżej przedstawiam stanowisko w sprawie.

Nawiązując do poruszanych przez Pana problemów dotyczących, między innymi, braku odpowiednich warunków technicznych na oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz odpowiedniej liczby personelu, uprzejmie informuję, iż dostrzegam rangę tak ważnego problemu. Stwierdzić należy, iż kwestię warunków w jakich przebywają sprawcy oraz regulaminu organizacyjno-porządkowego, regulują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu, powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854). Nakładają one określone wymogi na zakłady opieki zdrowotnej, w których wykonywany jest środek zabezpieczający.

Jak wynika z przedstawionych przez Pana danych, problem nie leży po stronie wadliwych przepisów prawnych lub ewentualnie braku norm prawnych, a wynika raczej z braku respektowania ich przez kierujących takimi zakładami bądź braku nadzoru ze strony uprawnionych organów. Ponadto, stwierdzić należy, iż w przeważającej liczbie przypadków uchybienia te dotyczą zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia. Przyczyny takiego stanu są różnorodne, ale jako najczęstszą wskazuje się niedofinansowanie takich jednostek. O wiele lepsza sytuacja panuje w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach maksymalnego zabezpieczenia.

Z posiadanych przeze mnie danych wynika, iż warunki określone w wyżej wymienionym rozporządzeniu, co do zasady, są spełniane i po-

twierdzą to kontrole przeprowadzane przez sędziego, w szpitalach psychiatrycznych przeznaczonych dla osób chorych psychicznie lub z upośledzeniem umysłowym, zgodnie z art. 43 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.). Dla przykładu wskazać należy sprawozdania z wizytacji przeprowadzonych w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Gostyninie – Zalesiu i Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Branicach przez Sędziego Sądu Okręgowego, które potwierdzają, iż placówki te działają bez zastrzeżeń. Zakres wizytacji objął następujące zagadnienia:

- warunki w jakich przebywają sprawcy, a w szczególności warunki bytowe, stan opieki medycznej i stan sanitarny oraz zasady postępowania ze sprawcami w zakładzie psychiatrycznym,
- środki przedsięwzięte w celu uniemożliwienia ucieczki z zakładu psychiatrycznego,
- legalność umieszczenia i przebywania sprawców w zakładzie psychiatrycznym oraz ich zwalniania,
- przestrzeganie obowiązku zawiadomienia sądu o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w zakładzie i o postępach w leczeniu.

Jednocześnie pragnę poinformować, iż jakkolwiek w roku 2007 w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim nie miała jeszcze miejsca wizytacja, to sprawozdanie z wizytacji w tym ośrodku z ubiegłego roku nie zawiera krytycznych uwag.

Niemniej jednak, w celu zapewnienia pełnego bezpieczeństwa oraz wyeliminowania wskazanych przez Pana Rzecznika nieprawidłowości zwrócę się do wojewodów o wystosowanie pisma do organów założycielskich zakładów, w których wykonywany jest środek zabezpieczający z prośbą, o szczegółowe informacje w przedmiotowej sprawie, a także o wzmocnienie stałego nadzoru nad tymi jednostkami.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż trwają prace nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, których celem jest stworzenie podstawy prawnej dla Rady Ministrów do podjęcia działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez określenie, w drodze rozporządzenia, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten przewiduje przeznaczenie środków finansowych między innymi na restrukturyzację i rozbudowę infrastruktury, jak i zwiększenia zatrudnienia w tej dziedzinie opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 28 grudnia 2007 r.

RPO-564201-X/07/WW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, iż w dniu 6 sierpnia 2007 r. skierowane zostało wystąpienie do ówczesnego Ministra Zdrowia w sprawie uciezek z zakładów psychiatrycznych osób umieszczonych w tych zakładach w ramach środka zabezpieczającego bądź obserwacji sądowo-psychiatrycznej.

W wystąpieniu tym zwrócono uwagę na brak odpowiednich warunków technicznych na oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz odpowiedniej liczby personelu. W ocenie Rzecznika stan ten ogranicza a w określonych sytuacjach uniemożliwia realizację jednego z podstawowych celów środka zabezpieczającego, jakim jest izolowanie sprawcy przestępstwa, wobec którego ten środek zastosowano. Ponadto Rzecznik zwrócił uwagę, że część zakładów nie ma opracowanych procedur postępowania na wypadek wystąpienia buntu lub ucieczki z oddziału.

W odpowiedzi na powyższe wystąpienie ówczesny Minister Zdrowia poinformował Rzecznika, że w celu zapewnienia pełnego bezpieczeństwa oraz wyeliminowania wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich nieprawidłowości zwróci się do wojewodów o wystosowanie pism do organów założycielskich zakładów, w których są wykonywane środki zabezpieczające oraz obserwacje sądowo-psychiatryczne o szczegółowe informacje dotyczące zabezpieczenia tych zakładów opieki zdrowotnej oraz wzmocnienie stałego nadzoru nad tymi jednostkami.

Mając powyższe na uwadze, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o poinformowanie Rzecznika, czy działania wska-

zane przez Ministra Zdrowia zostały podjęte, a jeżeli tak to jakie są ich wyniki.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-051-9601-1/AK/08

Warszawa, 7 lutego 2008

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na Pana pismo, znak: RPO-564201-X/07/WW w sprawie ucieczek z zakładów psychiatrycznych osób umieszczanych w tych zakładach w ramach środka zabezpieczającego bądź obserwacji sądowo-psychiatrycznych, podtrzymuję stanowisko wyrażone w poprzednim piśmie z dnia 20 sierpnia 2007 roku (znak: MZ-ZP-P-51-8273-I/UB/07).

Ministerstwo Zdrowia od lat realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej pod nazwą „Psychiatryczna opieka zdrowotna”, który ma na celu zwiększenie dostępności populacji osób chorych psychicznie, które popełniły czyn zabroniony, do specjalistycznego leczenia psychiatrycznego oraz finansuje koszty adaptacji oddziałów do warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku *w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających* (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.).

W celu zapewnienia środków finansowych na przystosowanie oddziałów mających dysponować warunkami wzmocnionego zabezpieczenia do wymogów technicznych oraz uzyskania adekwatnej do potrzeb liczby

miejsc internacji w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia na realizację programu. Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło w 2006 r. – 3,1 mln zł, w 2007 r. – 6 mln zł, natomiast w 2008 r. planowane środki (wg projektu) – 10 mln zł. Ministerstwo Zdrowia poinformowało Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawie konieczności właściwego finansowania świadczeń w psychiatrycznych zakładach opieki zdrowotnej, gdzie wykonywana jest detencja. Wysokość przekazywanych środków finansowych powinna zabezpieczać potrzeby oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Tylko z danych z ostatnich lat wyraźnie widać jak wzrosła liczba wykonywanych detencji (w roku 2004 Komisja do Spraw Środka Zabezpieczającego wydała 286 opinii, natomiast w roku 2007 – 1490 opinii). Niedofinansowany system ochrony zdrowia musi radzić sobie z ciągle wzrastającą liczbą orzeczeń sądów o zastosowaniu środka zabezpieczającego. W celu zapewnienia właściwego wykonywania środka zabezpieczającego wystosowano pismo do dyrektorów szpitali psychiatrycznych o braku podstaw prawnych do udzielania zezwoleń na czasowe opuszczanie zakładów psychiatrycznych osobom, wobec których realizowane są środki zabezpieczające na podstawie art. 94 § 1 i art. 96 § 1 Kodeksu Karnego (znak: MZ-ZPP-073-3937-2/sk/06). Intencja ta miała na celu wyeliminowanie przypadków niewłaściwego stosowania wyżej wymienionych przepisów

Również sprawowany jest nadzór penitencjarny (zgodnie z §3.1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 sierpnia 2003 r. *w sprawie sposobu, zakresu i trybu sprawowania nadzoru penitencjarnego*) mający na celu:

- kontrolę i ocenę legalności umieszczenia i przebywania sprawców w zakładach oraz ich zwalniania z tych zakładów,
- warunków w jakich przebywają sprawcy, a w szczególności warunków bytowych,
- stanu opieki medycznej i stanu sanitarnego oraz zasad postępowania z nimi w zakładzie,
- środków przedsięwziętych w celu uniemożliwienia sprawcom umieszczonym w zakładzie ucieczki z tego zakładu,
- przestrzegania obowiązku zawiadamiania sądu o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w zakładzie i postępach w leczeniu lub terapii oraz o braku potrzeby dalszego pozostawiania sprawcy w zakładzie.

Sporządzane przez sędziów wizytatorów sprawozdania przekazywane są i analizowane zarówno przez dyrektorów szpitali, organy założycielskie, jak i Ministerstwo Zdrowia. Ponadto pismem z dnia 06.09.2007 roku (MZ-ZP-P-051-8273-3/UB/07) Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Wojewodów i Marszałków o podjęcie odpowiednich kroków celem prawidłowej

realizacji przez psychiatryczne zakłady opieki zdrowotnej detencji orzeczonej przez Sąd.

Pragnę zapewnić, że stale czynione są wszelkie starania mające na celu dokonanie kompleksowej przebudowy istniejącego systemu ochrony zdrowia w obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a wszelkie podejmowane działania przez Ministerstwo Zdrowia mają na celu poprawę nie tylko wykonywania detencji, obserwacji sądowo-psychiatrycznych, lecz także ochrony praw tych osób.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-571470-XVIII/07

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 27 grudnia 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Rzecznik Praw Obywatelskich w toku realizacji ustawowych kompetencji, badał tryb i sposób funkcjonowania Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Do zadań tej Komisji zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004, Nr 179, poz.1854 z późn. zm.), należy między innymi wydawanie opinii dla właściwych sądów w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których

orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia psychiatrycznego. Podkreślić należy, iż wymienieni sprawcy przestępstw, zgodnie z przepisami kodeksu karnego, oczekują na wydanie opinii w sprawie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego w aresztach śledczych, jako osoby tymczasowo aresztowane.

Asumpt do przedstawienia istniejącego w praktyce problemu związanego z działalnością Komisji stanowić będzie konkretny przypadek, który zaistniał przed Sądem Rejonowym dla Krakowa-Podgórze w sprawie o sygn. II K 641/07/P. Postanowieniem z dnia 3 lipca 2007r. Sąd Rejonowy dla Krakowa-Podgórze Wydział II Karny umorzył postępowanie karne wobec osoby podejrzanej, w związku z zaistnieniem przesłanek wymienionych w art.93 i 94 §1 i §2 k.k., orzekając jednocześnie środek zabezpieczający w postaci umieszczenia podejrzanego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Nadto Sąd utrzymał i przedłużył wobec podejrzanego środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania, na okres kolejnych trzech miesięcy tj. do dnia 17 października 2007r., jednakże nie dłużej, aniżeli do czasu rozpoczęcia wykonywania środka zabezpieczającego. W dniu 20 lipca 2007r. Sąd zwrócił się do Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających o wydanie opinii w sprawie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego, wskazując iż osoba wobec której orzeczono środek zabezpieczający przebywa w areszcie śledczym, jako tymczasowo aresztowany. Pomimo skierowania do Komisji monitów w dniach 13 września 2007r., oraz 28 września 2007r., opinia w sprawie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego nie została wydana do dnia upływu wyznaczonego środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania. Wobec powyższego, w dniu 15 października 2007r., w związku z istnieniem w dalszym ciągu przesłanek stosowania środka zapobiegawczego, Sąd był zobligowany przedłużyć termin stosowania w przedmiotowej sprawie środka zapobiegawczego, na okres kolejnych trzech miesięcy. Komisja psychiatryczna do spraw środków zabezpieczających wydała opinię dotyczącą miejsca realizacji środka zabezpieczającego dopiero w dniu 19 października 2007r. Po otrzymaniu tej opinii Sąd wydał postanowienie o wyznaczeniu miejsca wykonywania środka zapobiegawczego, zwracając się jednocześnie do właściwego szpitala o wyznaczenie terminu przyjęcia osoby przebywającej w areszcie śledczym.

Wskazać należy, iż w świetle przedstawionego stanu faktycznego niezrozumiałe jest, dlaczego osoba, wobec której orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym,

przez okres około czterech miesięcy przebywała w areszcie tymczasowym, oczekując na opinię Komisji w przedmiocie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego. Podkreślić należy, iż środki zabezpieczające stosuje się wobec osób chorych, które winny być poddane odpowiedniej opiece, oraz leczeniu. Nadmienić należy, iż jak stwierdził Sąd w piśmie skierowanym w odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich, w tym okresie czasu stan zdrowia tymczasowo aresztowanego uległ znacznemu pogorszeniu. Sytuacja taka być może nie zaistniałaby, gdyby chory w tym czasie, przebywał nie w areszcie śledczym, w otoczeniu osób podejrzanych o popełnienie przestępstw, lecz w szpitalu.

Należy także zauważyć, iż okres niemal czterech miesięcy, który upłynął od dnia uprawomocnienia się postanowienia Sądu Rejonowego dla Krakowa-Podgórze w Krakowie, do dnia wydania przez Komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających opinii w przedmiotowej sprawie, chociażby w odniesieniu do pierwszego okresu ustawowego tymczasowego aresztowania, który zgodnie z art. 263§1 k.p.k. oznacza się na czas nie dłuższy, niż trzy miesiące, bezsprzecznie powinien być uznany jako w sposób znaczący przekraczający istniejące standardy. Pomijając fakt, iż jak wynika z informacji przekazanych przez Sąd Rejonowy dla Krakowa-Podgórze, Komisja psychiatryczna obraduje jedynie raz w tygodniu, oczywistym wydaje się, że powinna ona wydać opinię w przedmiocie miejsca realizacji środka zabezpieczającego wobec osoby, która przebywa w areszcie śledczym w charakterze tymczasowo aresztowanego niezwłocznie, po otrzymaniu z sądu dokumentów przedmiotowej sprawy. W tym świetle jednoznacznie negatywnie należy ocenić taką sytuację, iż opinia Komisji zostaje wydana dwa dni po upływie orzeczonego przez sąd trzymiesięcznego okresu środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania. Zaznaczyć należy, iż skutkiem tego była konieczność dalszego tymczasowego aresztowania osoby, wobec której został orzeczony środek zapobiegawczy. Stan ten budzi zasadnicze wątpliwości w świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Pragnę zauważyć, iż Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 lipca 2006r., sygn. akt SK 58/03 w sposób jednoznaczny zaakceptował pogląd wyrażony przez Rzecznika Praw Obywatelskich, iż niewłaściwa organizacja postępowania nie może warunkować terminu stosowania najostrożniejszego środka zapobiegawczego, jakim jest tymczasowe aresztowanie. Nie może budzić wątpliwości, iż stanowisko, które zajął w tej materii Trybunał Konstytucyjny można odnieść odpowiednio do niewłaściwej organizacji pracy Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniach wydanych na podstawie art. 5

Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993r., Nr 61, poz.284) niejednokrotnie wyrażał pogląd o konieczności oceny okresu tymczasowego aresztowania w kategoriach rozsądku, oraz konieczności zachowania szczególnej staranności przez organy państwa w trakcie prowadzenia postępowania.

Konkludując, następstwem opisanego w niniejszym wystąpieniu sposobu funkcjonowania Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających jest to, iż osoby chore wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym nie mogą liczyć na natychmiastowe poddanie terapii, w warunkach odpowiadających ich stanowi zdrowia, albowiem zmuszone są miesiącami oczekiwać w aresztach śledczych, na opinię Komisji. W mojej ocenie stan ten w sposób oczywisty nie realizuje standardów w zakresie praw i wolności obywatelskich, które wyznacza Konstytucja RP, oraz Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

Wobec powyższego na podstawie art.16 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r., Nr 14 poz.147) zwracam się do Pani Minister z prośbą o podjęcie działań zmierzających do usunięcia wskazanych naruszeń praw osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Proszę również o rozważenie podjęcia inicjatywy legislacyjnej mającej na celu nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004, Nr 179, poz.1854 z późn. zm.) w taki sposób, aby rozporządzenie gwarantowało rozsądne terminy rozpatrzenia przez Komisję wpływających do niej wniosków w sprawie wydania opinii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 30 maja 2008 r.

RPO-571470-XVIII/07

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję, iż do chwili obecnej Rzecznik Praw Obywatelskich nie otrzymał odpowiedzi na wystąpienie z dnia 27 grudnia 2007 r. (sygn. pisma jak wyżej), dotyczącej zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.

Rzecznik Praw Obywatelskich w toku realizacji ustawowych kompetencji, badał tryb i sposób funkcjonowania Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, ze względu na zaistnienie konkretnego przypadku osoby, wobec której orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, a która przez okres około czterech miesięcy przebywała w areszcie tymczasowym, oczekując na opinię Komisji w przedmiocie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego.

Następstwem takiego sposobu funkcjonowania Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających jest to, iż osoby chore, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym nie mogą liczyć na natychmiastowe poddanie terapii, w warunkach odpowiadających ich stanowi zdrowia, albowiem zmuszone są miesiącami oczekiwać w aresztach śledczych, na opinię Komisji. W ocenie Rzecznika stan ten w sposób oczywisty nie realizuje standardów w zakresie praw i wolności obywatelskich, które wyznacza Konstytucja RP, oraz Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

Wobec powyższego na podstawie art.16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001r., Nr 14 poz.147 ze zmianami) Rzecznik zwrócił się do Pani Minister z prośbą o podjęcie działań zmierzających do usunięcia wskazanych naruszeń praw osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Rzecznik wniósł o rozważenie podjęcia inicjatywy legislacyjnej mającej na celu nowelizację rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004, Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.) w taki sposób, aby rozporządzenie gwarantowało rozsądne terminy rozpatrzenia przez Komisję wpływających do niej wniosków w sprawie wydania opinii.

W związku z brakiem odpowiedzi, zmuszony jestem ponownie prosić o jej udzielenie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-0212-10796-4/KS/08

Warszawa, 24 lipca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, dotyczące funkcjonowania *Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających*, (znak pisma: RPO-571470-XVII/07), przedstawiam poniższe informacje.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) przewiduje, że wobec osób które popełniły czyn zabroniony znajdując się w stanie niepoczytalności stosuje się środki zabezpieczające w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym (szpitalu psychiatrycznym). Przesłanką umieszczenia sprawcy w zakładzie psychiatrycznym jest wysoka społeczna szkodliwość czynu oraz konieczność zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego czynu w przyszłości.

Do 1999 roku nie istniały szczególne, specjalnie przystosowane zakłady przeznaczone do wykonywania środka zabezpieczającego. Realizacja in-

ternacji odbywała się do tego momentu w niedostosowanych oddziałach psychiatrycznych, funkcjonujących w ramach szpitali psychiatrycznych. Skutkiem takiego rozwiązania były powtarzające się wielokrotnie zachowania agresywne, tak wobec personelu, jak i innych pacjentów, ucieczki, a także ponowne popełnianie przez sprawców kolejnych czynów zabronionych. Z danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wynika, że do 1999 roku w okresie pierwszych trzech miesięcy internacji udaną ucieczkę podejmowało 7% sprawców czynów zabronionych.

W 2003 roku została znowelizowana ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny wykonawczy* (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.). Na skutek zmiany w Rozdziale XIII, dotyczącym realizacji środków zabezpieczających, a w szczególności zmian w art. 200 i 201, wprowadzony został nowy trójstopniowy model zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Obecnie, w zależności charakteru popełnionego czynu oraz stopnia zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego, w tym prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu zabronionego, sprawcy umieszczani są w placówkach dysponujących zróżnicowanymi warunkami zabezpieczenia (podstawowe, wzmocnione i maksymalne warunki zabezpieczenia).

Od 1999 roku uruchomiono trzy Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej (w Gostyninie – woj. mazowieckie, Branicach – woj. opolskie oraz Starogardzie Gdańskim – woj. pomorskie), dysponujące łącznie 209 miejscami.

Do końca 2007 r. uruchomiono również 17 oddziałów dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, w tym 3 oddziały przeznaczone do wykonywania detencji wobec kobiet (w tym w celu leczenia odwykowego) oraz 2 oddziały leczenia odwykowego dla mężczyzn. Oddziały te dysponują łącznie 661 miejscami (545 łóżek na oddziałach męskich, 55 na oddziałach leczenia odwykowego dla mężczyzn oraz 61 łóżek na oddziałach dla kobiet).

Wobec sprawców stanowiących relatywnie najmniejsze zagrożenie dla otoczenia, wymagających jednak leczenia psychiatrycznego w warunkach szpitalnych, internacja wykonywana jest w warunkach podstawowego zabezpieczenia, czyli w zwykłych oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w ramach szpitali psychiatrycznych. Obecnie są to 33 oddziały przeznaczone dla kobiet i mężczyzn, dysponujące łącznie 992 miejscami.

Na mocy przeprowadzonej w 2003 r. nowelizacji *Kodeksu karnego wykonawczego* została również powołana *Komisja Psychiatryczna do Spraw Środków Zabezpieczających*, jako organ opiniujący w sądowych postanowieniach o zastosowaniu środka zabezpieczającego. Zadaniem Komisji jest wskazanie rodzaju zakładu do jakiego powinien trafić konkretny sprawca. Powołanie Komisji umożliwiło kierowanie niepoczytalnych chorych psy-

chicznie sprawców do właściwych zakładów, zapewniając jednocześnie racjonalne wykorzystanie posiadanych zasobów.

Należy zaznaczyć, iż w roku 2004 Komisja wydała 286 opinii wskazujących miejsce wykonywania środka zabezpieczającego, w 2005 r. wydanych zostało 705 opinii, w 2006 r. wydanych zostało 969 opinii, natomiast w roku 2007 wydano aż 1490 opinii.

Przytoczone powyżej dane obrazują gwałtowny wzrost obciążenia Komisji, którego nie można było wcześniej przewidzieć. W zaistniałej sytuacji w nielicznych przypadkach doszło do opóźnień w wydawaniu opinii przez Komisję.

Podzielając stanowisko Pana Rzecznika, iż niepoczytalnym sprawcom czynów zabronionych, a w szczególności osobom tymczasowo aresztowanym, należy zapewnić możliwie szybki dostęp do specjalistycznych świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pragnę zapewnić, iż obecnie Komisja wydaje opinie w terminie co najwyżej jednego miesiąca.

Jednocześnie pozwalam sobie zwrócić uwagę Pana Rzecznika, na fakt, iż niewykonywanie sądowych postanowień o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego wynika często z przyczyn leżących poza Komisją i Ministerstwem Zdrowia.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad projektem nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.). Celem planowanych zmian jest w pierwszej kolejności zwiększenie liczby miejsc w zakładach opieki zdrowotnych przeznaczonych do wykonywania przedmiotowych środków (w szczególności w warunkach podstawowego zabezpieczenia), jak również precyzyjnego określenia zadań Komisji, w tym terminu do wydawania przez nią opinii wskazującej rodzaj zakładu. Należy jednak zaznaczyć, iż szersza zmiana przedmiotowego rozporządzenia możliwa będzie dopiero po zmianie i rozszerzeniu zawartej w *Kodeksie karnym wykonawczym* delegacji do jego wydania.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-599475-VII-713/08/ED

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 29 stycznia 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpływa coraz więcej skarg dotyczących wielomiesięcznego (dochodzącego nawet do roku czasu) pobytu w jednostkach penitencjarnych – jako tymczasowo aresztowanych – osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Z drugiej strony, problemem jest długotrwałe pozostawanie takich osób na wolności, mimo orzeczonego środka zabezpieczającego i stwierdzenia przez sąd znacznego prawdopodobieństwa popełnienia powtórnie czynu zabronionego.

Zgodnie z § 7 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004 r., Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.), opinię w kwestii stosownej placówki, w której środek zabezpieczający ma być wykonywany wydaje Komisja Psychiatryczna do spraw Środków Zabezpieczających. Przepis art. 201 Kodeksu karnego wykonawczego stanowi jednak, że Komisja ta ma również za zadanie zapewnienie właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających.

Tymczasem, w badanych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich sprawach, wyraźnie dostrzega się przewlekłość postępowania wykonawczego w przypadku 2 zastosowania środka zabezpieczającego. Sądy oczekują bowiem przez długi czas na wydanie opinii o miejscu realizacji środka zabezpieczającego. Ponadto, Komisja niejednokrotnie wskazuje szpitale, w których nie ma możliwości natychmiastowego umieszczenia sprawcy, podczas gdy wskazanie przez nią miejsca internacji powinno oznaczać, że ma ona wiedzę, iż dany zakład dysponuje wolnymi miejscami. W re-

zultacie osoby, wobec których orzeczono stosowanie środka zabezpieczającego, przez długi czas przebywają w jednostkach penitencjarnych albo pozostają na wolności, zagrażając sobie i otoczeniu, co prowadzi niejednokrotnie do tragedii.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 z późn. zm.) uprzejmie proszę Panią Minister o zajęcie stanowiska w sprawie działalności podległej Pani Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających oraz problemu kierowania sprawców czynów zabronionych do zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-077-143 70-1/MK/09

Warszawa, 22 kwietnia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika z dnia 9 kwietnia 2009 r. (znak:RPO-599475-VII-713/08/ED), dotyczące działalności Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających oraz problemu kierowania sprawców czynów zabronionych do zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających uprzejmie dziękuję za zainteresowanie się problematyką, jednocześnie informuję, iż nie podzielam opinii Pana Rzecznika, jakoby przyczyną wskazanych w piśmie nieprawidłowości było postępowanie Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających.

Należy wyraźnie zaznaczyć, iż rolą Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających jest wydawanie opinii o rodzaju zakładu w którym umieszczony zostać powinien sprawca czynu zabronionego, a nie zapewnianie wykonalności późniejszego orzeczenia sądu o umieszczeniu sprawcy w takim zakładzie. Procesowa pozycja Komisji, zbliżona

do pozycji biegłego, gwarantować musi niezależność wydawanych przez nią opinii.

Tym samym za niedopuszczalne należy uznać próby oceny wydawanych na potrzeby sądów opinii na podstawie późniejszej możliwości umieszczenia sprawcy we wskazanym zakładzie.

Wprowadzenie kryterium „posiadania przez zakład wolnych miejsc” do katalogu przesłanek, którymi kieruje się Komisja przy wyborze odpowiedniego dla sprawcy zakładu, mogłoby doprowadzić do sytuacji, w której prymat nad stanem zdrowia sprawcy, rodzajem zaburzeń na które cierpi, czy też rodzajem czynu którego się dopuścił będzie miała liczba aktualnie dostępnych miejsc przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Jednocześnie pragnę zauważyć, iż z informacji przedstawionych przez Komisję wynika, że w wydawanych przez siebie opiniach uwzględnia ona w miarę możliwości aktualną na dzień sporządzania opinii dostępność wolnych miejsc w poszczególnych zakładach. Z uwagi jednak na upływ czasu pomiędzy sporządzeniem opinii, a podjęciem przez sąd faktycznych działań zmierzających do wykonania orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego często okazuje się, iż sytuacja uległa istotnej zmianie.

Podzielając pogląd Pana Rzecznika, iż długotrwałe przebywanie osoby oczekującej na umieszczenie w odpowiednim zakładzie zamkniętym w zakładzie karnym lub areszcie śledczym może w sposób istotny utrudnić jej dostęp do niezbędnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, pragnę jednocześnie podkreślić, iż w opinii Ministerstwa Zdrowia istotą problemu jest brak dostatecznej liczby miejsc w zakładach dysponujących warunkami podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia oraz brak możliwości skierowania niektórych, najmniej niebezpiecznych, sprawców na obojętne leczenie w warunkach ambulatoryjnych.

Należy pamiętać, iż zgodnie z art. 200 § 4 Kodeksu karnego wykonawczego zakłady dysponujące warunkami podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia, w tym zakłady leczenia odwykowego, podlegają właściwym jednostkom samorządu terytorialnego. Oznacza to, iż uprawnienia Ministra Zdrowia wobec tych zakładów są bardzo mocno ograniczone.

Mając na względzie konstytucyjnie chronioną niezależność jednostek samorządu terytorialnego – organów założycielskich większości zakładów przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, i wynikający z niej brak możliwości nakazania jednostkom samorządu terytorialnego prowadzenia określonego rodzaju zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia podejmuje dwa rodzaje działań zmierzających do zapewnienia adekwatnej do potrzeb liczby miejsc w tych zakładach. Po pierwsze Minister Zdrowia utworzył 3 regionalne ośrodki psychiatrii sądowej, będą-

ce placówkami o maksymalnym zabezpieczeniu, w których umieszczani są sprawcy najpoważniejszych przestępstw skierowanych przeciwko życiu i zdrowiu. Zakłady te dysponują łączną liczbą 209 miejsc, co jak wskazują doświadczenia ostatnich 10 lat, jest wielkością odpowiednią. Poziom wypełnienia tych zakładów wynosi poniżej 90%. Drugim rodzajem działania jest realizowany sukcesywnie program zdrowotny, w ramach którego zakładom opieki zdrowotnej przyznawane są środki finansowe na utworzenie nowych i modernizację dotychczas istniejących oddziałów przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Z perspektywy jednostek systemu opieki zdrowotnej wykonywanie środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy czynu zabronionego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym stanowi czynność określaną, jako udzielnie świadczenia zdrowotnego. Tym samym działanie to podlega ogólnym regulacjom ustawowym, a w szczególności postanowieniom ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 20 przywołanej powyżej ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach udzielane są według kolejności zgłoszenia. Stosownie do dalszej części powyższego przepisu świadczeniodawca, w przypadku braku możliwości natychmiastowego udzielania świadczenia, zobowiązany jest określić datę jego udzielenia i wpisać uprawnionego na listę oczekujących. Jak wynika z analizy przesyłanych do Ministerstwa Zdrowia i Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających pism zawierających skargi na brak wolnych miejsc w odpowiednich zakładach, sądy nie egzekwują od zakładów opieki zdrowotnej obowiązku określenia terminu przyjęcia i wpisania skazanego na listę oczekujących na przyjęcie, zadowalając się uzyskaną przez sekretariat sądu, często jedynie telefoniczną informacją o braku wolnych miejsc w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej.

W opinii Ministerstwa Zdrowia, opisane powyżej postępowanie może ograniczać prawo skazanych do objęcia niezbędną specjalistyczną opieką zdrowotną i prowadzi do przewlekłości postępowania wykonawczego. Zaniechanie przez sądy wpisywania skazanych na listy oczekujących i prowadzenie procedury ponownego wskazania innego zakładu opieki zdrowotnej, co poprzedzone jest kolejną opinią Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających oddala w czasie moment ostatecznego przyjęcia skazanego do właściwego zakładu. Wielokrotnie czas poświęcony na wskazanie nowego zakładu jest dłuższy od okresu, który skazany oczekiwałby na przyjęcie do zakładu pierwotnie wskazanego – pod warunkiem wpisania go na listę oczekujących.

Pragnę zapewnić Pana Rzecznika, iż zarówno regionalne ośrodki psychiatrii sądowej, jak i Komisja Psychiatryczna do Spraw Środków

Zabezpieczających podejmują wszelkie mieszczące się w granicach ich uprawnień starania, aby wydawane przez sądy orzeczenia mogły być sprawnie wykonane. Opinie na rzecz sądów sporządzane są przez Komisję niezwłocznie – na pierwszym posiedzeniu po wypłynięciu kompletnego wniosku z sądu.

Należy przy tym zaznaczyć, iż posiedzenia Komisji odbywają się regularnie, w odstępach tygodniowych, co umożliwia wydanie i przesłanie do sądu opinii w możliwie najkrótszym czasie. Należy jednak zauważyć, że Ministerstwo Zdrowia nie ma wpływu na działania i decyzje podejmowane przez niezależne sądy i samorządy terytorialne.

Przedstawiając powyższe dziękuję Panu Rzecznikowi za zainteresowanie problematyką działalności Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających oraz problemem kierowania sprawców czynów zabronionych do zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich
RPO-587722-VII-110.1/08/JS

Warszawa, 29 kwietnia 2008 r.

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich z dnia 26 października 1982 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 91, poz. 109 ze zm.), dalej: u.p.n., zmierza do osiągnięcia dwóch zasadniczych celów:

– „przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich i stwarzania warunków powrotu do normalnego życia nieletnim, którzy popadli w konflikt z prawem bądź z zasadami współżycia społecznego”,

– „umacniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej i poczucia odpowiedzialności rodzin za wychowanie nieletnich na świadomych swych obowiązków członków społeczeństwa.”

Zgodnie z art. 25a § 1 u.p.n. „W razie potrzeby uzyskania opinii o stanie zdrowia psychicznego sąd rodzinny zarządza badanie nieletniego przez co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów(...), zaś zgodnie z art. 25a § 2 u.p.n.: „Na wniosek biegłych psychiatrów sporządzających opinię sąd może zarządzić obserwację nieletniego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Okres obserwacji nie może przekraczać 6 tygodni”.

Przesłanki umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub w innym odpowiednim zakładzie leczniczym określone zostały w art. 12 u.p.n. Dodanie w ustawie z dnia 15 września 2000 r. zmieniającej u.p.n. z dniem 29 stycznia 2001 r. wyżej cytowanego art. 25a, miało na celu jednolite uregulowanie zasad stosowania środków leczniczo-wychowawczych we wszystkich stadiach postępowania.

Okolicznościami, które w praktyce czynią zasadnym badanie stanu psychicznego nieletniego, który dopuścił się czynu karalnego, mogą być w szczególności:

- poważny czyn przeciwko zdrowiu i życiu,
- wcześniejsze leczenie psychiatryczne i badania sądowo-psychiatryczne,
- znacznego stopnia trudności szkolne mogące sugerować występowanie u nieletniego
- upośledzenia umysłowego, lub stwierdzone wcześniej upośledzenie umysłowe,
- popełnienie czynu dziwaczego, niezrozumiale motywowanego przez nieletniego, nieadekwatnego do wcześniejszego jego funkcjonowania.

Biegli mogą wskazać w swoim wniosku typ szpitala, w którym nieletni winien być poddany obserwacji. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 79, poz. 692): „Sąd kieruje nieletnich do:

1) publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponujących warunkami:

a) maksymalnego zabezpieczenia, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia,

b) wzmocnionego zabezpieczenia, określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia,

2) publicznych zakładów lecznictwa odwykowego dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia,

3) innych publicznych zakładów opieki zdrowotnej sprawujących opiekę medyczną nad osobami z upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną bądź z innymi zakłóceniami czynności psychicznych, w tym uzależnionych od alkoholu albo substancji psychoaktywnych,

4) innych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla chorych przewlekłe, zakaźnie albo na chorobę wymagającą specjalistycznych zabiegów lub procedur

– zwanych dalej „zakładami”.

Wśród wymienionych w Załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia dziewięciu publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponujących wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia aktualnie funkcjonuje tylko Oddział w Międzyrzeczu-Obrzycach (wg danych zawartych w prezentacji M. Wałeckiego i M. Krasuckiego na 23 Ogólnopolskiej Konferencji Psychiatrów Dzieci i Młodzieży w Warszawie, w dniach 28–30.03.2008 r.). Jedynym w Polsce psychiatrycznym zakładem opieki zdrowotnej o maksymalnym stopniu zabezpieczenia jest Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, zaś publicznym zakładem lecznictwa odwykowego dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia – oddział leczenia uzależnień dzieci i młodzieży szpitala w Lubiążu (zgodnie z wykazami zawartymi w Załączniku 1 i 3).

Przed umieszczeniem nieletniego w zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub w zakładzie lecznictwa odwykowego sąd dla nieletnich może zwrócić się do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie z prośbą o wskazanie właściwego zakładu (§ 6 rozporządzenia). Wybór rodzaju zakładu, w którym realizowane będą środki leczniczo-wychowawcze pozostaje w gestii sądu.

W myśl § 5 rozporządzenia: „Kierując nieletniego do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, sąd w szczególności bierze pod uwagę:

1) rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się nieletni w przeszłości;

2) rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub ucieczkowych w przeszłości;

3) aktualny stan zdrowia, w tym stan psychiczny i somatyczny;

4) uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych;

5) związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi;

- 6) ogólną sprawność fizyczną;
- 7) szczególne wskazania do postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego;
- 8) przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia i rehabilitacji”.

Skuteczna kwalifikacja pacjentów opiniowanych do odpowiednich zakładów jest możliwa pod warunkiem znajomości wskazań do umieszczenia nieletniego w zakładzie dysponującym warunkami maksymalnego zabezpieczenia i w zakładach dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a także posiadania wiedzy o możliwościach oddziaływań leczniczo-terapeutycznych w danym zakładzie. To z kolei narzuca potrzebę stworzenia standardów dotyczących kwalifikacji opiniowanych nieletnich do odpowiednich ośrodków, zarówno jeśli chodzi o miejsce przeprowadzania obserwacji sądowo-psychiatrycznych jak i odbywania środków leczniczo-wychowawczych. Istotne jest przede wszystkim, aby nieletni szczególnie niebezpieczni, którzy dopuścili się ciężkich czynów karalnych byli obserwowani lub leczeni w zakładach zapewniających wysoki stopień bezpieczeństwa innym pacjentom, personelowi oraz im samym, czyli w ośrodkach dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia. Obowiązujące rozporządzenie stanowi, że do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się nieletni z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli:

- 1) powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie mienia nie będą mogły być opanowane w zakładzie dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia;
- 2) niemożliwe jest zapobieżenie samowolnemu oddaleniu nieletniego z zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a nieletni może stwarzać znaczne zagrożenie poza zakładem (§6).

W poprzednich latach istniało wsparcie merytoryczne w postaci istniejącej przy dyrektorze Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie komisji kwalifikującej nieletnich do odpowiednich zakładów. Niestety, działalność tej komisji została zawieszona, ze szkodą – w opinii lekarzy wypowiadających się na 23 Ogólnopolskiej Konferencji Psychiatrów Dzieci i Młodzieży w marcu br. – dla jakości opiniowania sądowo-psychiatrycznego nieletnich.

Działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147), zwracam się z prośbą o zacieśnienie współpracy przez zainteresowane Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Zdrowia w sprawie poprawy jakości kwalifikowania nieletnich do publicznych zakładów opieki

zdrowotnej w celu obserwacji psychiatrycznej lub realizacji środka leczniczego oraz w sprawie dokończenia procesu tworzenia systemu psychiatrii sądowej dla nieletnich w Polsce.

Z pismem podobnej treści zwróciłem się również do Ministra Sprawiedliwości.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Adam FRONCZAK
MZ-ZP-P-073-10867-1/KS/08

Warszawa, 3 czerwca 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika z dnia 29 kwietnia 2008 r. (znak: RPO-587722-VII-110.1-08/JS), dotyczącego zasad i trybu kwalifikowania nieletnich do umieszczenia w odpowiednich zakładach opieki zdrowotnej, przedstawiam informację w przedmiotowej sprawie.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2002 r. Nr 91, poz. 109., z późn. zm.), przewiduje w art. 12 możliwość zastosowania wobec nieletniego środka leczniczego w postaci umieszczenia w zakładzie opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 82 § 1 przytoczonej ustawy, nieletni kierowani są do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których wykaz zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. *w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 79, poz. 692).

Dostrzegając potrzebę zwiększenia dostępności nieletnich do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej, dysponujące warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, Ministerstwo Zdrowia utworzyło Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich, jako placówkę o maksymalnych warunkach zabezpieczenia. Prowadzi także działania zmierzające do zwiększenia zainteresowania innych zakładów opieki zdrowotnej do tworzenia oddziałów psychiatrii sądowej dla nieletnich dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia. Realizowany jest program polityki zdrowotnej – *Psychiatryczna Opieka Zdrowotna*, w ramach którego przekazywane są przez Ministerstwo Zdrowia środki finansowe na adaptacje i remonty zakładów opieki zdrowotnej do standardów, jakie muszą spełniać oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu. Przekazywanie środków poszczególnym zakładom opieki zdrowotnej odbywa się w drodze otwartych konkursów. Należy jednak zaznaczyć, że decyzje o utworzeniu i prowadzeniu oddziału psychiatrii sądowej dla nieletnich, jak również na ubieganiu się o środki w ramach programu *Psychiatryczna Opieka Zdrowotna*, podejmują samodzielnie poszczególne zakłady opieki zdrowotnej i ich organy założycielskie.

Odnosząc się do poruszonej w piśmie Pana Rzecznika kwestii funkcjonowania w Instytucie Psychiatrii i Neurologii komisji kwalifikującej nieletnich do umieszczenia w określonych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej, informuję, że zaprzestanie działalności komisji wynikało z zakwestionowania przez Najwyższą Izbę Kontroli finansowania jej prac z budżetu będącego w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach programu *Psychiatryczna Opieka Zdrowotna*.

W 2007 r., w toku prowadzonych przez Ministerstwo Sprawiedliwości prac nad projektem ustawy – Kodeks nieletnich. Ministerstwo Zdrowia zgłosiło propozycję wprowadzenia do projektu przepisów dających podstawę do powołania Komisji Psychiatrycznej do Spraw Nieletnich, jako organu, do którego mogłyby się zwracać sądy w sprawie wskazania odpowiedniego dla nieletniego zakładu opieki zdrowotnej.

Jednocześnie wyrażam nadzieję, że zapewnieniu odpowiedniego dostępu nieletnich do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz poszerzeniu wiedzy różnych środowisk o problematyce zaburzeń psychicznych wśród dzieci młodzieży, służyć będzie, przygotowany w Ministerstwie Zdrowia. Narodów Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Podstawę przyjęcia programu stanowią będą znowelizowane przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.). Projekt nowelizacji został w dniu 6

listopada 2007 r. złożony Marszałkowi Sejmu, w celu przedłożenia go pod obrady Izby.

Z poważaniem

/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-410553-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 15 lutego 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że moje zaniepokojenie budzi art. 13¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U. z 2007 r. nr 70, poz.473 ze zm.), regulujący reklamowanie napojów alkoholowych.

Nowelizacja z dnia 28 marca 2003 r. znacznie zliberalizowała zasady reklamowania tych napojów. Mimo, że z konstrukcji artykułu wynikało, że co do zasady reklama i promocja napojów alkoholowych jest zakazana, wprowadzenie licznych wyjątków spowodowało, że w praktyce reklamowanie alkoholu było dozwolone. Podstawowym wyjątkiem w zasadzie zakazu reklamowania alkoholu było zezwolenie explicite na reklamę i promocję piwa, pod warunkiem, że nie będzie kierowana do małoletnich i nie będzie budować skojarzeń z atrakcyjnością seksualną, relaksem, wypoczynkiem, sprawnością fizyczną, nauką, pracą, sukcesem zawodowym lub życiowym ani zdrowiem (art. 13¹ ust. 1) oraz z pewnymi ograniczeniami co do miejsca i czasu jej prowadzenia. Pewne pozytywne zmiany wprowadziła nowelizacja z dnia z dnia 24 sierpnia 2007 r., dostosowująca przepisy artykułu do Dyrektywy Rady Europejskiej z dnia 3 października 1989 w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyj-

nych Państw Członkowskich, dotyczących wykonywania telewizyjnej działalności transmisyjnej (Dz.U.U.E.L.89.298.23, Dz.U.U.E-sp.06-1-224), zwanej Dyrektywą TVWF, a konkretnie do art. 15 tej Dyrektywy. W szczególności, nowelizacja z 2007 r. wprowadziła wynikające z Dyrektywy zakazy przedstawiania w reklamie piwa osób małoletnich, łączenia spożywania alkoholu ze sprawnością fizyczną bądź kierowaniem pojazdami, zawierania przez reklamę stwierdzeń, że alkohol posiada właściwości lecznicze, jest środkiem stymulującym, uspokajającym lub sposobem rozwiązywania konfliktów osobistych; zachęcania do nadmiernego spożycia alkoholu, negatywnego przedstawiania abstynencji lub umiarkowanego spożywania alkoholu oraz podkreślania wysokiej zawartości alkoholu jako cechy wpływającej pozytywnie na jakość napoju alkoholowego.

Jednocześnie jednak ustawa zezwala na prowadzenie reklamy piwa w telewizji, radiu, kinie i teatrze – i to bez żadnych ograniczeń czasowych – przez organizatorów imprez sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tych imprez (art. 13¹ ust. 2 pkt 1). Reklamy prowadzone w związku z imprezą sportową powodują skojarzenia ze sportem i sukcesem zawodowym i życiowym oraz sprawnością fizyczną, muszą więc budzić wątpliwości co do zgodności z przepisami Dyrektywy TVWF.

W 2003 r. wydłużono też o 3 godziny czas prowadzenia reklamy piwa w telewizji, radiu, kinie i teatrze – dotychczas wolno je było emitować między 23 a 6, obecnie – między 20 a 6 (art. 13¹ ust. 2 pkt 1). Jak już wspomniano powyżej, ograniczenie to nie stosuje się do reklam prowadzonych przez organizatorów imprez sportowych. W tym miejscu pragnę zauważyć, że w świetle badań naukowych przytoczonych przez WHO zwiększenie o 5 minut dziennie reklamy alkoholu w telewizji sprawia, iż młode osoby zwiększają spożycie czystego alkoholu średnio o 5 gram dziennie. Wydłużenie czasu, w którym dopuszczalne jest emitowanie reklam jest więc sprzeczne ze zobowiązaniami Polski wynikającymi z Europejskiej Deklaracji w sprawie Młodzieży i Alkoholu – tj. znaczącą redukcją liczby młodych osób, które zaczynają pić alkohol oraz zmniejszenie presji.

Dozwolone jest także reklamowanie piwa na powierzchniach reklamowych takich jak słupy czy tablice, o ile 20% powierzchni reklamy zajmują napisy informujące o szkodliwości spożycia alkoholu lub zakazie jego sprzedaży małoletnim.

Zezwala się również na informowanie o sponsorowaniu imprez masowych (w tym sportowych) przez producentów i dystrybutorów napojów zawierających do 18% alkoholu w radiu i telewizji. Informacje takie powinny być ograniczone do podania nazwy producenta lub dystrybutora tych napojów lub jego znaku towarowego, a informacja nie może

być prezentowana w telewizji przez osobę fizyczną ani z wykorzystaniem wizerunku postaci ludzkiej, jednakże ustawa nie określa żadnych limitów czasowych emitowania takiej informacji.

Dane przytoczone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 wskazują, że wzrasta konsumpcja alkoholu (w szczególności rośnie ilość alkoholu spożywanego przez młodzież) oraz częstotliwość niekorzystnych efektów ubocznych tej konsumpcji (wzrost przyjęć do izb wytrzeźwień, kierowania pod wpływem alkoholu czy przypadków przemocy domowej związanej z nadużywaniem alkoholu).

Jak wynika z badań (m.in. z analizy przeprowadzonej przez w Stanach Zjednoczonych przez Competitive Media Reporting), młodzież jest szczególnie podatna na reklamy napojów alkoholowych; w szczególności, reklamy alkoholu wpływają na decyzję młodych ludzi o rozpoczęciu picia alkoholu oraz na decyzje o ilości spożywanego alkoholu. Nie należy też lekceważyć głosów osób leczących się z alkoholizmu. Osoby takie zgłaszają się do Rzecznika wskazując, że wszechobecność reklam alkoholu stanowi dla nich utrudnienie w terapii.

Polska zadeklarowała ograniczenie lub wręcz przeciwdziałanie promocji napojów alkoholowych oraz dołożenie szczególnych starań w celu zmniejszenia odsetka osób nadużywających alkoholu wśród młodzieży w szeregu dokumentów – tak międzynarodowych, jak i wewnętrznych (Narodowy Program Zdrowia 2007 – 15, Polskiej Deklaracji w Sprawie Młodzieży i Alkoholizmu z 18 lutego 2000 r., Europejska Deklaracja w sprawie Młodzieży i Alkoholizmu, Europejska Karta w Sprawie Alkoholizmu czy Europejski Plan Działań wobec Alkoholizmu 2000–2005). O ograniczanie reklamowania napojów alkoholowych wielokrotnie apelowali tak Minister Zdrowia, jak i Rzecznik Praw Dziecka oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. RPD wystąpił m.in. 2 kwietnia 2003 r. do Prezydenta RP o zawetowanie Nowelizacji, wcześniej zaś zwracał się w sprawie Nowelizacji do komisji sejmowych i senackich. W 2004 r. RPD zwracał się do Rady Ministrów o przedstawienie stanowiska w sprawie skutków liberalizacji zasad reklamowania alkoholu oraz protestował przeciw inicjatywie ustawodawczej dążącej do dalszej ich liberalizacji. Z kolei Minister Zdrowia w sprawozdaniu z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości corocznie zwraca uwagę na problem reklam napojów alkoholowych, w tym na brak uregulowania prawnego reklamowania alkoholu przy wykorzystywaniu nowych technologii (np. Internetu).

Warto również wskazać przykłady państw europejskich, które wprowadziły całkowity zakaz reklamy (np. Islandia, Norwegia) lub zakaz reklamy w telewizji (Francja, Finlandia, Dania, Szwajcaria, Szwecja).

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj.: Dz. U. z 2001 r. nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się do Pana Premiera z uprzejmą prośbą o rozważenie potrzeby zmiany przepisów, ze szczególnym uwzględnieniem art. 13¹ ust. 2 pkt 1 ustawy.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 11 marca 2008

MZ-ZP-P-073-10041-2/080/SS/08

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z pismem z dnia 15 lutego 2008 r., znak: RPO-410553-X/08/MJ uprzejmie informuję, że w pełni przychyliam się do wyrażonego zaniepokojenia postępującą liberalizacją przepisów regulujących kwestię zasad prowadzenia reklamy i promocji napojów alkoholowych. Z tego względu opracowany projekt ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz niektórych innych ustaw zawiera między innymi propozycję zmiany art. 13¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.) ograniczającą dopuszczalny czas emisji reklam piwa w telewizji, radiu, kinie i teatrze na okres pomiędzy godz. 23 a 6⁰⁰. Proponowana zmiana ma na celu przede wszystkim ograniczenie dostępności reklam piwa wobec osób małoletnich.

W mojej opinii zasługuje na rozważenie poruszana kwestia rezygnacji z obowiązującego w wyżej wymienionej ustawie zapisu umożliwiającego prowadzenie bez ograniczeń czasowych reklamy piwa w telewizji, radiu, kinie i teatrze przez organizatorów imprez sportu wyczynowego lub profesjonalnego podczas trwania tych imprez. Pragnę jednak zwrócić uwagę na fakt, iż przyjęcie tego rozwiązania mogłoby w znacznej mierze prowadzić do ograniczenia możliwości transmisji zagranicznych imprez sportowych, pod-

czas których takie formy reklamy są prowadzone w mediach i tym samym obawiać się należy negatywnego odbioru społecznego takiej regulacji.

Ponadto zauważyć należy, iż art. 15 Dyrektywy Rady Europy z dnia 3 października 1989 r., w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich, dotyczących wykonywania telewizyjnej działalności transmisyjnej nie zawiera zapisów zakazujących tworzenia reklam napojów alkoholowych budzących skojarzenie ze sportem.

Zgadzam się z wyrażonym w Pańskim piśmie poglądem o konieczności rozszerzania obowiązujących regulacji o kwestie związane z prowadzeniem reklamy i promocji napojów alkoholowych za pośrednictwem nowych technologii, w tym Internetu. Jednocześnie uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia rozważana jest możliwość wprowadzenia ograniczeń czasowych dla emitowania informacji na temat sponsorowania imprez masowych przez producentów i dystrybutorów napojów alkoholowych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-410553-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 10 września 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W lutym bieżącego roku Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Pani Minister z prośbą o rozważenie potrzeby zmiany przepisów regulujących prowadzenie promocji i reklamy napojów alkoholowych. Z otrzymana-

nych w tej sprawie wyjaśnień z 11 marca br. (MZ-ZP-P-073-10041-2/80/SS/08) wynika, że Pani Minister podzieliła zaniepokojenie Rzecznika postępującą liberalizacją przepisów regulujących omawiane kwestie oraz pogląd odnośnie konieczności rozszerzenia obowiązujących regulacji o sprawy związane z prowadzeniem reklamy i promocji napojów alkoholowych za pośrednictwem nowych technologii, w tym Internetu. Z powołanego pisma wynika ponadto, że w Ministerstwie Zdrowia rozważana była możliwość ograniczeń czasowych emisji informacji na temat sponsorowania imprez masowych przez producentów i dystrybutorów napojów alkoholowych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj. Dz. U. z 2001 r. nr 14, poz. 147, ze zm.), zwracam się z uprzejmą prośbą o poinformowanie Rzecznika Praw Obywatelskich w powyższej sprawie, w tym odnośnie wprowadzenia ograniczeń emitowania informacji na temat sponsorowania imprez przez producentów i dystrybutorów napojów alkoholowych. Zobowiązany będę również za udzielenie informacji, czy w Ministerstwie Zdrowia rozważane jest objęcie ograniczeniami promocji alkoholowych prowadzonych za pomocą nowych technologii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-073-10041-4/318/SS/08

Warszawa, 19 września 2008

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo z dnia 10 września 2008 r., znak: RPO-410553-X/08/MJ uprzejmie informuję, że Komitet Rady Ministrów na posiedzeniu w dniu 28 sierpnia 2008 roku przyjął i rekomendował Radzie

Ministrów projekt ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przedłożony przez Ministra Zdrowia. Nowelizacja ustawy ma przyczynić się do zmniejszenia spożycia alkoholu, a tym samym ograniczyć jego negatywny wpływ na zdrowie społeczeństwa oraz poprawić jakość usług wykonywanych w ramach psychoterapii uzależnień. Wśród proponowanych zmian wyżej wymieniony projekt zawiera zwiększenie liczby informacji umieszczanych w punktach sprzedaży napojów alkoholowych, które powinny znajdować się w widocznym miejscu. Informacja powinna dotyczyć: szkodliwości spożywania alkoholu, zakazu jego sprzedaży i podawania osobom do 18 roku życia i nietrzeźwym, a także uprawnienia sprzedawcy do żądania dokumentu potwierdzającego pełnoletniość nabywcy. Zgodnie z projektem ustawy, emisja reklam i promocji piwa w radiu, telewizji, kinach i teatrach ma być możliwa wyłącznie między godziną 23.00 a 6.00. Wprowadzono zakaz sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na stadionach i innych obiektach sportowych podczas trwania imprez sportowych. Zakaz obejmie także teren kąpielisk i pływalni oraz zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z nowelizacją niedopuszczalny będzie także handel obwoźny i obnośny napojami alkoholowymi.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że ze względu na zaawansowane już prace legislacyjne nad obecną nowelizacją nie jest możliwe rozszerzenie obowiązujących regulacji o kwestie związane z prowadzeniem reklamy i promocji napojów alkoholowych za pośrednictwem nowych technologii, w tym Internetu czy też wprowadzenia ograniczeń czasowych dla emitowania informacji na temat sponsorowania imprez masowych przez producentów i dystrybutorów napojów alkoholowych.

W związku z powyższym wyżej wymienione regulacje winny być przedmiotem osobnego aktu prawnego rozpatrywanego podczas kolejnej nowelizacji omawianej ustawy.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Mariola Dwornikowska

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-607863-VII-701.6/09/ED

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 26 lutego 2009 r.

Pani

Ewa Kopacz

Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję, iż począwszy od 18 stycznia 2008 r. Rzecznik Praw Obywatelskich pełni funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji. Polska ratyfikując Protokół fakultatywny do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (zwany dalej OPCAT), zobowiązała się do podejmowania takich działań, które zapewnią będą we wszystkich miejscach zatrzymań zapobieganie torturom oraz okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Przez miejsca zatrzymań Protokół rozumie przy tym między innymi izby wytrzeźwień (art. 4 ust. 1 OPCAT).

W związku z powyższym, otrzymywanie przez Rzecznika Praw Obywatelskich systematycznych informacji o wypadkach nadzwyczajnych, jakie miały miejsce w izbach wytrzeźwień, jest niezwykle istotne z punktu widzenia realizacji zadań spoczywających na Rzeczniku Praw Obywatelskich w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji. Jednocześnie zaznaczam, że tego typu informacje są już przekazywane do Biura RPO między innymi z pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia jednostek organizacyjnych Policji.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o systematyczne udostępnianie informacji o wypadkach nadzwyczajnych, jakie miały miejsce w izbach wytrzeźwień.

Mając na uwadze skuteczne zapobieganie naruszeniom praw i wolności, uprzejmie proszę o przekazywanie do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, w trybie comiesięcznym, informacji o następujących wypadkach nadzwyczajnych:

- śmierć osoby doprowadzonej do wytrzeźwienia
- ciężkie uszkodzenie ciała osoby w stanie nietrzeźwości, wskutek działania pracowników izby wytrzeźwień lub innej osoby,
- samobójstwo,
- groźne zakłócenie porządku i bezpieczeństwa,
- zgwałcenie,
- znęcanie się,
- pobicie, skutkujące ciężkim uszkodzeniem ciała,
- próba samobójcza.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 10 marca 2009 r.

MZ-ZP-P-073-13802-2/051/SS/09

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z pismem z dnia 26 lutego 2009 r., znak: RPO-607863-VII-7016/09/ED w sprawie udostępnienia informacji o wypadkach nadzwyczajnych, jakie miały miejsce w izbach wytrzeźwień uprzejmie informuję, że zgodnie z § 18 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2004 roku *w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostką samorządu terytorialnego* (Dz. U. z 2004 r. Nr 20 poz. 192 ze zm.), uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje powyższymi danymi.

Równocześnie zwracam uwagę, iż przedmiotowe informacje wpływają do organów założycielskich dla izb wytrzeźwień, a mianowicie do jednostek samorządu terytorialnego, które je utworzyły.

Ponadto pismem z dnia 5 marca 2009 r., znak: MZ-ZP-P-073-13802-1/041/SS/09 zostały przekazane do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, fotokopie sprawozdań będące w dyspozycji Ministra Zdrowia, a złożone przez poszczególne izby wytrzeźwień w Polsce za rok 2008.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

2.2.4. Poszanowanie godności, dostęp do dokumentacji i informacji

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-578571-I/08/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 25 stycznia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Mając na uwadze konieczność zapewnienia odpowiedniej ochrony podstawowych praw każdego człowieka, tj. życia i zdrowia, po odbyciu w dniu 22 stycznia 2008 r. konsultacji z ekspertami, chciałbym przedstawić Pani Minister uwagi dotyczące 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.) (dalej: Ustawa) licząc, że analiza przedstawionego stanowiska skłoni właściwe organy państwowe do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie z obrotu prawnego przepisów wywołujących uzasadnione wątpliwości w świetle unormowań obowiązującej Konstytucji.

Na wstępie chciałbym przypomnieć, że Rzecznik Praw Obywatelskich stoi na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w Kon-

stytucji oraz w innych aktach normatywnych. Niezależnie od stopnia skomplikowania danego zagadnienia, Rzecznik nie może uchylać się od jego podjęcia, tym bardziej, jeśli dotyczy ono kwestii o fundamentalnym znaczeniu. Rzecznik zobowiązany jest do sygnalizowania właściwym organom władzy państwowej obszarów, w których występują zagrożenia dla określonych wolności i praw człowieka i obywatela, w szczególności wynikające z niewłaściwej regulacji prawnej lub jej braku w danym zakresie.

Konstytucja RP daje wyraz przyjętemu – podzielanemu we wspólnocie państwowej – systemowi wartości, który powinien znajdować odzwierciedlenie w treści obowiązującego prawa oraz służyć procesowi jego interpretacji i stosowania. Dotyczy to przede wszystkim przepisów odnoszących się do wolności i praw jednostki (por. np. wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 38), znajdujących się w centrum mojego zainteresowania.

Zgodnie z art. 30 Konstytucji źródłem wolności i praw człowieka i obywatela jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka; obowiązkiem zaś władz publicznych jest jej poszanowanie i ochrona. Podstawową przesłanką realizacji tej fundamentalnej zasady jest poszanowanie i ochrona prawa do życia (por. np. wyrok K 2/98, jw.). Konstytucja gwarantuje prawną ochronę życia każdemu człowiekowi na zasadzie równości (art. 32). Nie przewiduje zróżnicowania wartości ludzkiego życia (wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 23), ani nie dopuszcza ograniczenia tego prawa nawet w stanie nadzwyczajnym (art. 233 ust. 1). Ochrona życia, rozumiana jako ochrona biologicznej egzystencji człowieka, wymaga w szczególności stanowienia prawa w taki sposób, by chroniło życie każdego człowieka, niezależnie od tego, w jakiej sytuacji się znajduje. W tym stanie rzeczy ujawnia się nierozzerwalny związek między art. 30 i art. 38 Konstytucji polegający na tym, że nie można zapewnić ochrony godności człowieka, jeżeli nie zostaną stworzone wystarczające podstawy do ochrony życia. Artykuły 30 i 38 Konstytucji związane są także z art. 68 Konstytucji mówiącym o ochronie zdrowia. Ochrona zdrowia musi być z kolei widziana, przede wszystkim, jako prawo do zachowania życia i jego obrony (por. wyrok K 14/03, jw.). Na tle tych ustaleń należy pokreślić, że życie ludzkie, również w fazie prenatalnej (art. 1 Ustawy; zob. wyrok TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96), jest podstawowym, prawnie chronionym dobrem każdej jednostki.

Prawo do życia nie jest jednak absolutne i dlatego prawo pozytywne musi określać sposób rozstrzygnięcia kolizji różnych dóbr z dobrem życia. W przypadku spraw regulowanych Ustawą tym drugim dobrem jest w szczególności zdrowie.

Ustawa opiera się na założeniu, że „życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a troska o życie i zdrowie należy do podstawowych obowiązków państwa, społeczeństwa i obywatela”. Ustawodawca określił przy tym w art. 4a ust. 1 Ustawy wyjątki od generalnej zasady zakazu przerywania ciąży. Usunięcie ciąży jest zatem dopuszczalne, gdy: stanowi ona zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety (pkt 1), badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (pkt 2 – przesłanki eugeniczne), zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (pkt 3 – przyczyny prawne).

Ustawa wskazuje więc reguły kolizyjne – rozstrzygania między różnymi wartościami konstytucyjnie chronionymi. Wynikające z przepisów reguły postępowania nie mogą jednak być ustanawiane w sposób dowolny albo arbitralny, co niestety można zarzucić obecnie obowiązującym regulacjom.

Wątpliwości dotyczą w szczególności przesłanki „zagrożenie dla (...) zdrowia kobiety ciężarnej”. Przepis ten jest niedostatecznie określony, a sama przesłanka wydaje się arbitralna. Arbitralność wynika przede wszystkim z tego, że ustawodawca dowolnie zrównał wartość, jaką jest życie płodu, z szeroko rozumianym zdrowiem kobiety ciężarnej. Nie zostało określone, czy chodzi o jakiegokolwiek zagrożenie zdrowia, czy też o zagrożenie istotne, ani też, czy chodzi o zagrożenie ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, czy też nieznacznym i przemijającym osłabieniem funkcji psychofizycznych. Ustawodawca nie wyważył tu stopnia, ani charakteru zagrożenia dla zdrowia kobiety wynikającego z donoszenia ciąży, nie posługuje się tu takimi pojęciami, jak np. „ciężkie i nieodwracalne” czy „duże prawdopodobieństwo” zagrożenia dla zdrowia kobiety. Nie jest w zasadzie wiadome ze względu na jaką wartość zadecydowano o zalegalizowaniu naruszenia wartości, jaką jest życie człowieka przed narodzeniem. W związku z tym wydaje się, że istnieje potrzeba doprecyzowania omawianej przesłanki – okoliczności, które w świetle wiedzy medycznej stanowią wypełnienie dyspozycji normy Ustawy, wyłączające karalność przerwania ciąży (por. art. 152 Kodeksu karnego).

Arbitralność określenia „zagrożenie dla (...) zdrowia kobiety ciężarnej” wzmacnia dodatkowo brak ograniczenia czasowego dopuszczalności aborcji oraz brak określenia trybu postępowania zmierzającego do stwierdzenia zajścia tej przesłanki.

W przypadku wystąpienia przyczyn eugenicznych przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety; w przypadku zaistnienia przyczyn prawnych – do 12. tygodnia ciąży. Natomiast w sytuacji zagrożenia dla zdrowia (i życia – co jest w pełni zrozumiałe) kobiety Ustawa nie ustanawia

żadnych barier czasowych w dopuszczalności przerwania ciąży; nawet osiągnięcie przez płód zdolności do samodzielnego przeżycia nie stanowi formalnego ograniczenia. W świetle konstytucyjnie chronionych wartości nie jest są to regulacje, które można aprobować.

Ustawa nie określa również trybu postępowania w sprawie stwierdzenia „zagrożenia (...) dla zdrowia kobiety” jako przesłanki dopuszczalności przerwania ciąży. Wprowadzony został jedynie wymóg przeprowadzenia odpowiednich czynności przez lekarza w szpitalu oraz zastrzeżenie, że wystąpienie okoliczności uzasadniających przerwanie ciąży stwierdza lekarz inny niż dokonujący przerwania ciąży. Dookreślenie trybu postępowania, zwłaszcza w sytuacji ewentualnego sporu między lekarzami – co do oceny czy istnieje zagrożenie dla zdrowia kobiety związane z ciążą i porodem, czy między kobietą a lekarzem – co do stwierdzenia zaistnienia przesłanki dopuszczalności przerwania ciąży, czy uchylenia się przez lekarza od dokonania przerwania ciąży w przypadku konfliktu sumienia. Brak przejrzystych i jasno określonych procedur prowadzących do ewentualnego uznania, że w danej sprawie indywidualnej spełnione zostały prawne warunki do dokonania aborcji terapeutycznej skutkuje tym, że w praktyce kobiety – w wyjątkowych przeciż sytuacjach – nie mogą skorzystać z przysługującego im prawa; lekarze zaś, nie chcąc narazić się na ewentualną odpowiedzialność karną, nie wydają koniecznych zaświadczeń (co pozostaje również w związku z wcześniej wspomnianym posłużeniem się nieostrym zwrotem „zagrożenia (...) dla zdrowia kobiety”). Na szczególne znaczenie gwarancji proceduralnych – i ich obecny brak – zwrócił także Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku w sprawie *Tysiąc przeciwko Polsce* (skarga nr 5410/03).

Powołane wyżej okoliczności uzasadniają stwierdzenie, że w Ustawie w sposób dowolny określono przesłankę materialną w postaci „zagrożenia (...) dla zdrowia kobiety”, pozostawiając praktyce działania organów nadmierną swobodę w dookreśleniu znaczenia samego pojęcia „zdrowie kobiety”, równoważenia dóbr „zdrowie kobiety” oraz „życie płodu ludzkiego”, jak i trybu postępowania zmierzającego do stwierdzenia zajścia przesłanki określonej w art. 4a ust. 1 pkt 1 Ustawy. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich naruszona została w ten sposób zasada określoności przepisów prawa wynikająca z zasady demokratycznego państwa prawnego – art. 2 Konstytucji. Ponadto, nie dopełniono wymogu ustawowego określenia przesłanek dopuszczających ograniczenia w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw – art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz nie respektuje się obowiązku zapewnienia prawnej ochrony życia płodu ludzkiego, a tym samym godności człowieka w tym aspekcie, co stanowi naruszenie art. 38 w zw. z art. 30 Konstytucji.

Wobec powyższego, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o rozważenie przedstawionej sprawy oraz podjęcie stosownych działań mających na celu doprecyzowanie budzących wątpliwości przepisów oraz usunięcie występujących luk prawnych. W mojej ocenie dalsze uchylanie się od wprowadzenia postulowanych zmian będzie skutkowało negatywnymi konsekwencjami dla poszczególnych grup adresatów norm przedmiotowej ustawy, a zwłaszcza kobiet. Będę wdzięczny za poinformowanie mnie o zajęтым stanowisku oraz o ewentualnych, prowadzonych w tym zakresie, pracach.

Uprzejmie informuję, że wystąpienie w niniejszej sprawie skierowałem również do Ministra Sprawiedliwości, Pana Zbigniewa Cwiągalskiego. Jednocześnie, nawiązując do rozmowy z Prezesem Rady Ministrów, Panem Donaldem Tuskiem w dniu 16 stycznia br. zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość zorganizowania spotkania z udziałem Pani Minister oraz Ministra Sprawiedliwości, w czasie którego można by rozważyć możliwe sposoby rozwiązania przedstawionych problemów. Chciałbym przy tej okazji przekazać sugestie, które zostały zgłoszone przez zaproszonych przeze mnie ekspertów. Będę wdzięczny za uwzględnienie niniejszej propozycji oraz wyznaczenie terminu wspólnego posiedzenia w tej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-10100-1/JC/08

Warszawa, 29 lutego 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 25 stycznia 2008 r., znak: RPO-578571-I/08/MK, zawierające uwagi dotyczące ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warun-*

kach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.) uprzejmie informuję, że przekazane uwagi oraz sugestie działań zostały wnikliwie przeanalizowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Analiza przepisów przedmiotowej ustawy, dokonana w Ministerstwie Zdrowia, potwierdza wskazany przez Pana Rzecznika brak precyzji przepisów dotyczących trybu postępowania w sprawach związanych ze stwierdzeniem przesłanek dopuszczających przerwanie ciąży. Na fakt ten również zwrócił uwagę Europejski Trybunał Praw Człowieka, który rozpatrywał sprawę wywodzącą się ze skargi (nr 5410/03) wniesionej przeciwko Rzeczypospolitej Polskiej do Trybunału na podstawie art. 34 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności przez polską obywatelkę Panią Alicję T. Wydany w dniu 20 marca 2007 r. i utrzymany w mocy wyrok Trybunału zobowiązał Rząd Polski do *wprowadzenia do krajowych przepisów procedury odwoławczej, w razie odmowy lekarza dokonania aborcji z przyczyn przewidzianych w prawie polskim.*

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mające na celu wykonanie wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. W tym aspekcie dokonano wnikliwej analizy obowiązujących przepisów oraz uwarunkowań społecznych i politycznych. Mając na względzie materię sprawy oraz wypracowany konsensus prawny dotyczący aborcji, jako najkorzystniejsze rozwiązanie Ministerstwo Zdrowia przyjęło wprowadzenie procedury odwoławczej do przepisów określających prawa pacjenta. Aktualnie propozycje zapisów w sprawie procedury odwoławczej wynikającej z orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *Tysiiąc p. Polsce* projektowane są do uwzględnienia w projekcie ustawy o *ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta*. Projekt ten został przedłożony w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej jako projekt poselski Klubu Platformy Obywatelskiej. W projektowanych zapisach przewiduje się prawo pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) do wniesienia sprzeciwu od orzeczenia wydanego przez lekarza na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku, gdy treść orzeczenia narusza prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z tych przepisów. Zgodnie z założeniami, sprzeciw, wraz z uzasadnieniem, będzie można wносить do komisji lekarskiej działającej przy właściwej okręgowej radzie lekarskiej. Przewiduje się, że w skład komisji lekarskiej wchodzić będzie trzech lekarzy wskazanych przez okręgową radę lekarską, w tym co najmniej jeden tej samej specjalności, co lekarz wydający orzeczenie, wobec którego zgłoszony został sprzeciw. W projekcie przewidziano również upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia sposobu działania Komisji, z uwzględnieniem efektywności realizacji praw pacjenta.

Przedstawiając powyższe, pragnę poinformować, że obowiązująca ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* została uchwalona w wyniku inicjatywy poselskiej. Jak wcześniej wspomniano, uchwaleniu tej ustawy towarzyszyła szeroka dyskusja społeczna, z udziałem wybitnych specjalistów z dziedziny prawa i medycyny. Ustawa ta była kilkakrotnie nowelizowana: w ustawie z dnia 30 sierpnia 1996 r. o *zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 139, poz. 646) dodano art. 4 a, w którym określono przesłanki dopuszczające legalne przerwanie ciąży. Również w tym przypadku, zakres zmian wprowadzonych do ustawy oraz treść uchwalonych przepisów były przedmiotem dyskusji i uzgodnień.

Pozwalając sobie na przypomnienie trybu i okoliczności uchwalenia przedmiotowej ustawy oraz zmian do niej wprowadzonych, pragnę podkreślić, że w toku prac legislacyjnych, w sprawach związanych ze zdrowiem kobiet, wypowiedali się uznani eksperci, a opinie tych osób znalazły odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach ustawy. Tak więc w przypadku treści zapisu art. 4 a ust. 1 ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* występuje konsensus prawa i medycyny. Informując o powyższym, pragnę wyrazić pogląd, iż przesłanka określająca dopuszczalność przerwania ciąży w przypadkach gdy: „ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej” nie daje podstaw do dowolnych lub arbitralnych decyzji. Reguły postępowania w sprawie przerwania ciąży są ściśle związane z orzekaniem przez lekarza o stanie zdrowia, podczas którego lekarz stwierdza czy występują okoliczności świadczące o tym, że ciążą stanowi zagrożenie życia lub zdrowia kobiety ciężarnej.

Orzekanie o stanie zdrowia jest jednym z elementów wykonywania zawodu lekarza. Kwestie związane z wykonywaniem zawodu lekarza określone są w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry* (tekst jednolity Dz. U. z 2005 r. Nr. 226, poz. 1943). Zgodnie z postanowieniami art. 4 tej ustawy „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyta starannością”. Artykuł 31 ust. 1 tej samej ustawy stanowi, że „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach

ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.” Tak więc, zgodnie z zapisami prawa, lekarz podejmuje decyzję o wyborze odpowiedniej metody postępowania leczniczego w oparciu o występujące wskazania i ewentualne następstwa podjętych działań. Zaznaczyć należy, że przepis art. 32 ust. 1 tej samej ustawy warunkuje możliwość przeprowadzenia przez lekarza badania lub udzielenia świadczenia zdrowotnego uprzednim wyrażeniem przez pacjenta zgody.

Odnosząc się do sugerowanego przez Pana Rzecznika doprecyzowania przesłanki „zagrożenie dla ... zdrowia”, uprzejmie informuję, że z punktu widzenia fizjologii i patologii człowieka nie jest możliwe precyzyjne określenie stanów potencjalnego zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej spowodowanych ciążą. Podobnie nie jest możliwe określenie precyzyjnej granicy pomiędzy zagrożeniem zdrowia a zagrożeniem życia człowieka. W większości przypadków nie jest też możliwe antycypowanie momentu czy okresu wystąpienia zagrożeń życia i zdrowia, stąd też ustawodawca nie określił ograniczenia czasowego dopuszczalności aborcji z tych powodów.

Pragnę zwrócić uwagę, iż zasada określoności przepisów prawa wywodzona przez Trybunał Konstytucyjny z zasady demokratycznego państwa prawnego nie wyklucza a priori posługiwania się przez prawodawcę zwrotami niedookreślonymi, pod warunkiem, że desygnaty ich możliwe są do ustalenia. Znaczenie zwrotów niedookreślonych w konkretnej sytuacji nie może być jednak ustalane arbitralnie, dlatego też użycie zwrotu „nieostrego” wymaga istnienia szczególnych gwarancji proceduralnych zapewniających przejrzystość i ocenność praktyki wypełniania nieostrego zwrotu konkretną treścią przez organ decydujący o jego wypełnieniu (np.: wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 stycznia 2006 r. nr SK 30/05 i z dnia 23 marca 2006 r. nr K4/06)

Informuję, że Trybunał Konstytucyjny w wielu orzeczeniach badał kwestie związane między innymi z posługiwaniem się przez ustawodawcę zwrotami nieostrymi (zob. wyroki: z 12 września 2005 r., sygn. SK 13/05, OTK ZU nr 8/A/2005, poz. 91 – „prawda”; z 3 czerwca 2003 r., sygn. K 43/02, OTK ZU nr 6/A/2003, poz. 49 – „służba wojskowa”; z 11 grudnia 2002 r. sygn. SK 27/01, OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 93 – „zła wiara”; z 17 października 2000 r., sygn. SK 5/99, OTK ZU nr 7/2000, poz. 254 – „zasady współżycia społecznego”; z 4 października 2000 r., sygn. P 8/00, OTK ZU nr 6/2000, poz. 189 – „wynagrodzenie odpowiadające godności urzędu”; wyrok z 15 września 1999 r., sygn. K 11/99, OTK ZU nr 6/1999, poz. 116 – „funkcjonariusze organów, do których właściwości należał nadzór nad organami aparatu represji”).

W wyroku z dnia 16 stycznia 2006 r. Trybunał Konstytucyjny (wyrok nr SK 30/05) podzielił również pogląd, iż „posługiwanie się przez ustawodawcę pojęciami ogólnymi – oznaczające konieczność nadawania im konkretnej treści przez organ stosujący prawo – jest nieodzowne w wypadkach, gdy stosowanie określonej instytucji prawnej oparte jest na kryteriach ocennych. Brak definicji takich pojęć spowodowany jest zazwyczaj tym, że dla dokonania konkretnych ocen branych jest pod uwagę wiele okoliczności, które różnić się będą w zależności od sprawy, a ujęcie ich w sposób ogólny i wyczerpujący w jednym katalogu byłoby niemożliwe. Wszelkie zaś próby w tym zakresie musiałyby prowadzić do nadmiernej kazuistyki przepisów prawa, co w istocie zaprzeczałoby ich abstrakcyjnemu charakterowi” (stanowisko S. Zabłockiego wyrażone w ekspertyzie dla Komisji Kodyfikacyjnej).

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego ograniczenie praw jednostki jest możliwe w sytuacji konfliktu dwóch wartości, z jednej strony ochrony konstytucyjnej wolności lub prawa jednostki, ochrony bezpieczeństwa lub porządku publicznego, ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób z drugiej strony (wyrok TK z 29 stycznia 2002 r. nr K 19/01). Konstytucja RP zarówno w art. 30 jak i art. 68 nie dokonuje zróżnicowania wartości życia ludzkiego ani też ochrony zdrowia. Niedookreśloność, którą posługuje się ustawodawca w art. 4 a ust. 1 pkt 1 *ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, nie doprowadza zatem do podważenia samej zasady ochrony życia w fazie prenatalnej. Ochrona ta ma być bowiem dostateczna i proporcjonalna do wagi zagrożonego interesu.

Przedstawiając powyższe stanowisko, wyrażam przekonanie, że działania podjęte w celu zapewnienia pacjentom możliwości odwołania od treści orzeczenia lekarza wraz z przepisami obowiązującej *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry* usuną ewentualne wątpliwości, utrudniające wykorzystanie norm *ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* możliwość, przez adresatów tych norm.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-578571-I/08/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 10 sierpnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Uprzejmie dziękuję za przedstawione w piśmie z dnia 29 lutego 2008 r. (ozn. MZ-ZP-D-073-10100-1/JC/08) stanowisko odnośnie do moich uwag dotyczących zapewnianej przez państwo prawnej ochrony podstawowych praw człowieka, tj. życia i zdrowia, sformułowanych na gruncie Konstytucji RP oraz ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.; dalej: Ustawa). Jednocześnie uprzejmie informuję, że odpowiedź Ministra Sprawiedliwości w tej sprawie wpłynęła w dniu 7 lipca 2008 r. Na wstępie chciałbym dodatkowo podkreślić, że skoncentrowania na wybranych kwestiach nie należy odczytywać jako milczącej aprobaty dla wyrażonych w dotychczasowej korespondencji opinii w zakresie innych podniesionych przeze mnie zagadnień, w stosunku do których w niniejszym piśmie się nie wypowiadam.

Po przeprowadzonej analizie odpowiedzi właściwych Ministrów stwierdzam, iż nie znajduję dostatecznych podstaw do zmiany sformułowanej wcześniej opinii o niewystarczającym doprecyzowaniu jednej z przesłanek wyłączających bezprawność dokonania przerwania ciąży (art. 4a ust. 1 pkt 1 Ustawy). Przekazane wyjaśnienia nie zawierają takich okoliczności, które nie byłyby wcześniej znane. W szczególności chciałbym zapewnić, iż Rzecznik Praw Obywatelskich zapoznał się z dorobkiem orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, w tym jego oceną posługiwania się przez ustawodawcę zwrotami niedookreślonymi.

Pragnę ponadto uprzejmie przypomnieć, że ustawodawca, dokonując w 1996 r. nowelizacji m. in. Ustawy (ustawą z dnia 30 sierpnia 1996 r., Dz. U. Nr 139, poz. 646) pominął istniejącą wcześniej przesłankę „poważnego zagrożenia dla zdrowia”, jako dookreślającą warunki niekaral-

ności przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki (uchylenie art. 149a poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny).

Dlatego też podtrzymuję stanowisko, iż przesłankę „zagrożenie dla (...) zdrowia kobiety ciężarnej” należy ocenić jako arbitralną. Ustawodawca bowiem dowolnie zrównał wartość, jaką jest życie płodu, z szeroko rozumianym zdrowiem kobiety ciężarnej. Jak uprzednio podkreślałem, nie jest określone, czy chodzi o jakiekolwiek zagrożenie zdrowia, czy też o zagrożenie istotne, ani też, czy chodzi o zagrożenie ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, czy też nieznacznym i przemijającym osłabieniem funkcji psychofizycznych – odmiennie niż miało to miejsce w pierwotnej regulacji z 1993 roku. Ustawodawca nie wyważył zatem stopnia, ani charakteru zagrożenia dla zdrowia kobiety wynikającego z donoszenia ciąży, nie posługuje się takimi pojęciami jak np. „ciężkie i nieodwracalne” czy „duże prawdopodobieństwo” zagrożenia dla zdrowia kobiety. Wprawdzie dyrektywy interpretacyjne znajdujemy w komentarzach ekspertów: „(...) użycie przez ustawodawcę wyrazu „zagrożenie” należy rozumieć jako wystąpienie niebezpieczeństwa grożącego życiu lub zdrowiu sugeruje, że chodzi o sytuacje *poważnie* stwarzające ryzyko utraty zdrowia, a nie o jakieś błahe powody” (prof. E. Zielińska, *Uwagi odnośnie do założeń wniosku do TK. Opinia dla Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 22 stycznia 2008 r.*), czy też konstruujemy je w oparciu o inne obowiązujące przepisy szczegółowe (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry), to nie zmienia to charakteru kwestionowanej normy prawnej. Uwzględniając jej obecne brzmienie nie jest w zasadzie wiadome, ze względu na jaką wartość zdecydowano o zalegalizowaniu naruszenia wartości, jaką jest życie człowieka przed narodzeniem.

Jednocześnie chciałbym zauważyć, że wyrażone w tej samej jednostce redakcyjnej tekstu Ustawy inne przesłanki (art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3) zawierają określenia je precyzyjne, takie jak „duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu”, „nieuleczalnej choroby”, „uzasadnione podejrzenie”. Jest to istotny argument interpretacyjny, w szczególności ze względu na prawnokarny charakter tego przepisu.

Wobec powyższego zwracam się z uprzejmą prośbą o ponowne przeanalizowanie przedstawionych w piśmie z dnia 25 stycznia 2008 r. zagadnień i poinformowanie o zajętych stanowisku.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-O-022-11947-1/WS/08

Warszawa, 4 września 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W uzupełnieniu do odpowiedzi na wystąpienia Pana Rzecznika zawartych w piśmie z dnia 25 stycznia 2008 r. (znak: RPO-578571-1/08/MK) oraz w piśmie z dnia 10 sierpnia 2008 r. (znak: RPO-578571-1/08/MK) zawierających uwagi dotyczące brzmienia art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.), uprzejmie informuję, iż zgłoszone w dotychczasowej korespondencji przez Pana Rzecznika uwagi zostały poddane wnikliwej analizie przez Ministerstwo Zdrowia.

Rozstrzygnięcie o wystąpieniu przesłanek zawartych w art. 4a ust. 1 pkt 1 lekarz podejmuje na podstawie posiadanej wiedzy medycznej oraz biorąc pod uwagę doświadczenie zawodowe. Enumeratywne wyliczenie wszystkich stanów zdrowotnych matki i płodu, które mogą być podstawą do podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży jest już w swej koncepcji niewykonalne. Przyjęcie takiego założenia podważy w konsekwencji kompetencje lekarza do diagnozowania pacjentów i wydawania jakichkolwiek rozstrzygnięć dotyczących stanu zdrowia. Biorąc pod uwagę prawny aspekt omawianego zagadnienia należy podkreślić, iż przepis art. 4a ww. ustawy zawiera zamknięty i enumeratywny katalog przesłanek uchylających bezprawność zabiegu przerwania ciąży. Katalog ten należy rozpatrywać z perspektywy pozostałych przepisów systemowych określających zasady i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych. Na podstawie art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) pacjent ma prawo m.in. do świadczeń zdrowotnych, obejmujących badanie i poradę lekarską, odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Ponadto należy wskazać, iż biorąc pod uwagę art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze późn. zm.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy

medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Okoliczności wskazane w art. 4a ust. 1 ustawy w opinii Ministerstwa mają charakter zbliżony do kontratypu, a więc wiążą się z wyłączeniem bezprawności.

Przyjęte założenie zostało potwierdzone także w stanowisku Sądu Najwyższego wyrażone m. in. w wyroku z dnia 22 lutego 2006 r. (III CZP 8/06).

Kontynuując powyższe rozważanie należy wskazać, iż ustawodawca nie ograniczył się jedynie do enumeratywnego wskazania przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży. Ograniczony został także katalog lekarzy uprawnionych do stwierdzenia wystąpienia przesłanek uzasadniających ten zabieg. Uprawnienie te zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. Nr 9, poz. 49). § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia wskazuje, iż wystąpienie okoliczności wskazanych w art. 4a ust. 1 pkt 1 stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej.

Wyrażam nadzieję, iż przedstawione powyżej wyjaśnienia przyczynią się do zrozumienia mojego stanowiska w tej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-578571-I/08/MK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 22 grudnia 2008 r.

Pan
Donald Tusk
Prezes Rady Ministrów

Wielce Szanowny Panie Premierze

W nawiązaniu do pisma z dnia 7 listopada 2008 r. (ozn.: RCL 1603-7/08), które otrzymałem w odpowiedzi na moje wystąpienie z dnia 23 września 2008 r., dotyczące opóźnień w procesie wykonania zaleceń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu zawartych w wyroku w sprawie *Ali-cja T. przeciwko Polsce* (skarga nr 5410/03), oraz wyrażającego uwagi dotyczące 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.; dalej: Ustawa), przedstawiam uprzejmie, co następuje.

Jak podkreśliłem w wystąpieniach skierowanych do Ministra Zdrowia oraz Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 stycznia br. Rzecznik Praw Obywatelskich, jako organ stojący na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w Konstytucji oraz w innych aktach normatywnych, jest zobowiązany do sygnalizowania właściwym organom władzy państwowej obszarów, w których występują zagrożenia dla wolności i praw człowieka i obywatela, w szczególności wynikające z niewłaściwej regulacji prawnej lub jej braku w określonym zakresie. Obowiązek ten winien być realizowany niezależnie od stopnia skomplikowania danego zagadnienia, tym bardziej, jeśli dotyczy on kwestii o znaczeniu fundamentalnym. Trzeba zauważyć, że – pomimo podzielenia mojej oceny zawartej w powyższych wystąpieniach – obecnie obowiązujące przepisy nie zapewniają efektywnej ochrony praw człowieka we wskazanym zakresie. Owa ocena nie znajduje także dotąd odzwierciedlenia w adekwatnej zmianie stanu prawnego. Nadal zatem w pełni aktualne pozostaje moje stanowisko wyrażone w wyżej wymienionych wystąpieniach oraz kolejnych – do Ministra Zdrowia (z dnia 10 sierpnia 2008 r.) oraz do Prezesa Rady Ministrów (z dnia 23 września 2008 r.).

Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku w sprawie *Alicja T. przeciwko Polsce* wytknął polskiemu systemowi lukę prawną polegającą na braku gwarancji proceduralnych, tj. braku skutecznego mechanizmu umożliwiającego ustalenie (zweryfikowanie), czy w danej sprawie zostały spełnione warunki do dokonania zgodnego z prawem przerwania ciąży.

Zmiany w tym zakresie miałyby wprowadzić ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *oprawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, której art. 31 i art. 32 reguluje instytucję sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Doceńając intencje ustawodawcy należy jednak podnieść, iż na gruncie tych przepisów powstają wątpliwości co do prawidłowości ukształtowania przewidzianego trybu, w jakim decydowano by w konsekwencji o prawach lub obowiązkach obywatela (pacjenta) wynikających z przepisów prawa. Przede wszystkim należałoby się zastanowić, czy nie zachodzi tutaj niezgodność z wymogami, jakie wynikają z konstytucyjnego prawa do sądu (według ustawy orzeczenie Komisji Lekarskiej jest ostateczne – por. art. 31 ust. 7). Trzeba postawić pytanie, czy zaproponowany mechanizm – wyłączony spod zewnętrznej kontroli – nie jest jedynie iluzją skutecznego dla obywatela środka prawnego. Obawy te dodatkowo wzmacnia następująca kwestia. Ustawa nakłada na pacjenta, który wnosi sprzeciw do Komisji Lekarskiej, obowiązek sporządzenia uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, na których wpływ ma skarżona opinia albo orzeczenie. Niespełnienie tych wymagań będzie skutkowało zwrotem wniosku. Jak należy rozumieć, zadanie formalnego badania sprzeciwu będzie spoczywało na Rzeczniku Praw Pacjenta (zob. art. 31 ust. 2–4), gdyż sprzeciw ma być wnoszony za jego pośrednictwem, a Komisja Lekarska – jako złożona wyłącznie z lekarzy – ma orzekać wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej. Rodzi się zatem pytanie, czy należy uznać, że Rzecznik Praw Pacjenta ma realizować zadania swobodnego „przedsądu”, dodatkowo bez prawa do ewentualnego uzupełnienia sprzeciwu w interesie pacjenta. Takie rozwiązanie nie tylko wydaje się nie wspierać realizacji praw pacjentów, ale raczej w niepotrzebny sposób je ograniczać.

Ustawa wprawdzie została podpisana przez Prezydenta RP w dniu 26 listopada 2008 r., to jednak nieuchwalenie ponowne przez Sejm w dniu 19 bm., w związku ze zgłoszonym veto Prezydenta RP, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – *Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia*, uniemożliwia rychle jej wejście w życie. Przedłużający się stan braku regulacji, postulowanej przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, musi być oceniany negatywnie. Moim zdaniem środki prawne przysługujące obecnie, ale także postulowane rozwiązania, nie spełniają wymogów

„dostatecznej ochrony” podstawowych dóbr każdego człowieka, tj. życia i zdrowia.

Podobne zastrzeżenia aktualizują się w odniesieniu do drugiej kwestii, która była przedmiotem dotychczasowej korespondencji. Na kanwie sprawy *Alicja T. przeciwko Polsce* dokonałem także analizy sposobu ukształtowania przesłanek niekaralności dokonania przerwania ciąży (art. 4a ust. 1 Ustawy), wyznaczających formułę rozstrzygnięcia ewentualnych kolizji pomiędzy podstawowym prawem do życia a innymi dobrami prawnie chronionymi, w szczególności zdrowiem.

Wyniki tej analizy zaprezentowałem wyczerpująco w przesłanych wystąpieniach (z dnia 25 stycznia 2008 r., 10 sierpnia 2008 r. oraz 23 września 2008 r.). Przyjmuję do wiadomości stanowisko Rady Ministrów, wyrażone w pismach Ministra Zdrowia (z dnia 29 lutego 2008 r. oraz z dnia 4 września 2008 r.), a także Ministra Sprawiedliwości (z dnia 4 lipca 2008 r.). Jednocześnie jednak uprzejmie informuję, że w pełni podtrzymuję zakomunikowaną uprzednio ocenę aktualnego stanu prawnego w tym zakresie.

Wątpliwości moje dotyczą zwłaszcza przesłanki „zagrożenie (...) dla zdrowia kobiety ciężarnej” (art. 4a ust. 1 pkt 1 Ustawy). Jako Rzecznik Praw Obywatelskich zobowiązany jestem do ponownego zwrócenia uwagi, iż w Ustawie w sposób dowolny (arbitralny) określono tę przesłankę materialną pozostawiając praktyce działania organów nadmierną swobodę w dookreśleniu znaczenia samego pojęcia „zdrowie kobiety”, równoważenia dóbr „zdrowie kobiety” oraz „życie płodu ludzkiego”, jak i trybu postępowania zmierzającego do stwierdzenia jej wystąpienia.

Przede wszystkim nie zostało wyraźnie określone, czy chodzi o jakiegokolwiek zagrożenie zdrowia, czy też o zagrożenie istotne. Dodam, że odmiennie niż miało to miejsce w pierwotnej regulacji z 1993 roku. Pragnę uprzejmie przypomnieć, że ustawodawca dokonując w 1996 r. nowelizacji m. in. Ustawy (ustawą z dnia 30 sierpnia 1996 r., Dz. U. nr 139, poz. 646) pominął istniejącą wcześniej przesłankę „poważnego zagrożenia dla zdrowia”, jako dookreślającą warunki niekaralności przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki (uchylenie art. 149a poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny). Wówczas też nastąpiło złamanie przyjętego kompromisu, wyrażającego się w uchwalonych w 1993 r. regulacjach.

Jednocześnie chciałbym zauważyć, że wyrażone w tej samej jednostce redakcyjnej tekstu Ustawy inne przesłanki (art. 4a ust. 1 pkt 2 i 3) zawierają określenia je precyzujące, takie jak „duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu”, „nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu”, „uzasadnione podejrzenie”. Jest to istotny argument interpretacyjny, w szczególności ze względu na prawnokarny charakter tego przepisu.

Uwzględniając przytoczone argumenty należy stwierdzić, że doprecyzowanie wskazanej przesłanki – okoliczności, które w świetle wiedzy medycznej stanowią wypełnienie dyspozycji normy Ustawy wyłączające karalność przerwania ciąży (por. art. 152 Kodeksu karnego) – jest niezbędne i w pełni uzasadnione. Obecne brzmienie niektórych przepisów Ustawy może bowiem być uznane za naruszenie norm i zasad konstytucyjnych, w szczególności: zasady określoności przepisów prawa, wynikającej z zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji); wymogu ustawowego określenia przesłanek dopuszczających ograniczenia w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw (art. 31 ust. 3 Konstytucji); obowiązku zapewnienia prawnej ochrony życia płodu ludzkiego, a tym samym godności człowieka w tym aspekcie (art. 38 w zw. z art. 30 Konstytucji).

Wobec powyższego, działając na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z późn. zm.), zwracam się do Pana Premiera z uprzejmą prośbą o ponowne rozważenie przedstawionej sprawy oraz podjęcie stosownych działań mających na celu usunięcie występujących luk prawnych oraz doprecyzowanie budzących wątpliwości przepisów. Będę wdzięczny za poinformowanie o zajętych stanowisku.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-024-17553-1/EW/09

Warszawa, 26 stycznia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z Pana pismem z dnia 22 grudnia 2008r. dotyczącym ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w kontekście uregulowanego w tej ustawie prawa pacjenta do wniesienia sprzeciwu pragnę wyjaśnić, iż ustawa co podniesione zostało w Pana piśmie podpisana została już przez Prezydenta.

Podpisanie tej ustawy przez Głowę Państwa powinno rozwiewać wątpliwości przynajmniej w zakresie ewentualnej niezgodności jaka wynikać może z konstytucyjnego prawa do sądu.

Z uwagi na fakt, że na końcowym etapie prac (uzgodnienia zewnętrzne) jest zmiana ustawy Przepisy wprowadzające ustawę z zakresu ochrony zdrowia, w taki sposób aby umożliwić funkcjonowanie ustaw podpisanych przez Prezydenta RP, nie mogę zgodzić się również z twierdzeniem, że ustawa ta nie wejdzie w życie w najbliższym czasie.

W zakresie innych przedstawianych przez Pana Rzecznika wątpliwości zapewniam, że w przypadku gdy zaproponowane w ustawie rozwiązania w praktyce okażą się niewystarczające lub nie spełnią swojego zadania, podjęte zostaną pilne prace nad ich zmianą.

Uważam, że realizacja obowiązków nałożonych przez wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, wymaga jak najszybszego wejścia ustawy w życie w kształcie podpisanym przez Prezydenta RP.

Wątpliwości Pana związane z wynikającym z ustawy wymogiem uzasadnienia sprzeciwu, biorąc pod uwagę ostateczne brzmienie przepisów nie wydaje się ograniczać kontroli orzeczenia lekarskiego. Pomimo bowiem, że przepisy wymagają uzasadnienia, nie wskazując elementów jakie powinno ono zawierać pozostawia wielką swobodę podmiotowi uprawnionemu do jego złożenia. Biorąc pod uwagę, że sprzeciw dotyczy jedynie niektórych orzeczeń, a mianowicie tych które mają wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta konieczne jest uwiarygodnienie, że właśnie z takim orzeczeniem Komisja ma do czynienia. Nie bez znaczenia jest również fakt, że ustawa odmiennie niż np. przepisy kodeksu postępowania administracyjnego nie przewidują pozostawienia sprawy bez rozpoznania, a jedynie zwrot osobie, która wniosła sprzeciw – takie rozwiązanie umożliwia bowiem, w wielu przypadkach uzupełnienie sprzeciwu i jego powtórne złożenie, przy zachowaniu wynikającego z ustawy 30-dniowego terminu na jego wniesienie licząc od dnia wydania orzeczenia.

Przedstawiając powyższe uważam, że przedwczesna jest negatywna ocena przepisów uprawniających pacjenta do kwestionowania orzeczeń mających wpływ na jego prawa lub obowiązki, zawartych w ustawie podpisanej już przez Prezydenta. Tak jak podniosłem powyżej ewentualna zmiana tych przepisów powinna być następstwem doświadczeń i wniosków zebranych po ich stosowaniu.

Odnosnie drugiej z podniesionych przez Pana Rzecznika kwestii, a dotyczących dowolności określenia przesłanki materialnej, pozostawiającej praktyce działania organów nadmierną swobodę w dookreśleniu znaczenia pojęcia „ zdrowie kobiety”, uważam, że obowiązująca praktyka jedno-

znacznie wskazuje, iż organy z odpowiedzialnością i wielką ostrożnością podchodzą do obecnie obowiązujących przepisów ustawy.

Działania tych organów w żadnym przypadku nie wskazują na lekceważenie ochrony zdrowia i życia i to zarówno matki jak i jej dziecka.

Z poważaniem

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 27 marca 2009 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-564842-1/07/KŁ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W związku z niepokojącymi sygnałami docierającymi do mojego Biura dotyczącymi niejednorodnych standardów stosowanych przez urzędy stanu cywilnego w sytuacji urodzenia się martwego dziecka i w konsekwencji problemów, z jakimi spotykają się rodzice chcący pochować urodzone w ten sposób swoje dzieci, już w 2007 r. zwróciłem się do Departamentu Spraw Obywatelskich Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (pismo RPO z dnia 4 października 2007 r. i nast.) oraz Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia (pismo RPO z dnia 4 października 2007 r. i nast.) wskazując na konieczność zmian w przepisach prawnych w zakresie rejestracji i dokonywania pochówku dzieci martwo urodzonych.

W odpowiedzi w/w ministerstwa podzieliły moje stanowisko i zgodziły się, iż konieczna jest pilna nowelizacja prawa w tej materii, albowiem obowiązujące w tym zakresie przepisy nie przystają do dzisiejszej rzeczywistości. Jednakże pomimo informacji przekazanych mi przez podległy

Pani Minister resort (pismo MZ-OZO-073-13278-1/EW/08 z dnia 15 lutego 2008 r. i nast.), iż trwają prace zmierzające do opracowania propozycji zmian obowiązujących przepisów z zakresu rejestracji stanu cywilnego oraz dokumentacji medycznej i świadczeń społecznych, co pozwoli na skierowanie ich do dalszego procesu legislacyjnego, do dnia dzisiejszego postulowane przeze mnie zmiany ustawodawcze nie zostały przyjęte.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o poinformowanie mnie na jakim obecnie etapie znajdują się prace legislacyjne w przedmiotowej sprawie i w jakim terminie można oczekiwać zakończenia tych prac.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 6 kwietnia 2009

MZ-OZO-073-13917-5/EW/09

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo dotyczące zmian w przepisach prawnych w zakresie rejestracji i dokonywania pochówku dzieci martwo urodzonych uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska w sprawie.

We wcześniejszej korespondencji przekazana została informacja, iż do uregulowania sytuacji, która rodzi wątpliwości i problemy, konieczne jest dokonanie zmian na poziomie ustawowym tj. Prawa o aktach stanu cywilnego. Ministerstwo Zdrowia w trybie roboczym przekazało swoje propozycje w tym zakresie do przygotowywanej nowelizacji. Celem przekazania aktualnej informacji skierowane zostało zapytanie do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, właściwego w tym zakresie, o informacje na jakim etapie są prace nad zmianami ustawy i jaki jest obecnie przewidywany termin ich zakończenia.

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym rozpoczęto prace nad częścią projektu do nowej ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych w zakresie kompetencji Ministra Zdrowia. Ze względu na takt, że zakres ustawy obejmuje zagadnienia niezwykle trudnych spraw etycznych jak zachowanie godności należnej zmarłemu, w szczególności postępowania osób zmarłych na choroby zakaźne, postępowania z prochami ludzkimi, dokumentowania zgonu, pochówku, transportu zwłok konieczne jest prowadzenie konsultacji z różnymi środowiskami w celu uzyskania zapisów prawych uwzględniających mogące się pojawić problemy etyczno-moralne.

Po otrzymaniu informacji z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji zostaną one przekazane niezwłocznie do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 28 lutego 2007 r.

RPO-551634-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał list Przedsiębiorców Pogrzebowych Ziemi Częstochowskiej (kopia listu w załączeniu), z którego wynika, że znaczna część zakładów opieki zdrowotnej nie wypowiedziała umów z przedsiębiorstwami pogrzebowymi dzierżawiaczami prosektoria przy szpitalne, a inne planują przeprowadzenie przetargów na odbiór zwłok

pacjentów zmarłych w szpitalu i ich przechowywanie na terenie (w chłodniach) przedsiębiorstw pogrzebowych. Zdaniem wnioskodawców, praktyki te naruszają przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z póź. zm.), w świetle której zakład opieki zdrowotnej powinien w szczególności wyjaśnić przyczynę śmierci pacjenta, umyć i ubrać ciało, przechowywać je w odpowiednich warunkach i wydać je wyłącznie osobom uprawnionym.

Prezentowanej opinii trudno odmówić racji. Stosownie do art. 25a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w razie śmierci pacjenta w szpitalu, szpital ma obowiązek należycie przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom uprawnionym do pochowania. Przepisy te stosuje się odpowiednio do innych zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. Z obowiązkiem tym koresponduje przepis rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213 poz. 1568). W świetle § 2 tego rozporządzenia, pomieszczenia i urządzenia szpitala pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia. Wymagania te, w pkt XV odnoszącym się do zakładu patomorfologu, przewidują, że w szpitalu, który nie posiada prosekury, powinno być pomieszczenie chłodni, przygotowania i wydawania zwłok oraz kancelaria.

Sposób postępowania szpitala w razie śmierci pacjenta oraz zakres czynności należących do obowiązków szpitala związanych z przygotowaniem zwłok osoby zmarłej do wydania osobom uprawnionym do ich pochowania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz. U. Nr 203, poz. 1503). W myśl § 6 tego rozporządzenia, osoba wskazana w regulaminie porządkowym szpitala jest obowiązana zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej. Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.

Zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (jt. Dz. U z 2000 r. Nr 23, poz. 295 z późn. zm.), prawo pochowania zwłok ludzkich, generalnie ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej.

Nie sposób jednocześnie nie zauważyć, że obowiązująca od 4 czerwca 2006 r. znowelizowana ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, w omawia-

nym zakresie, ustala nie tylko obowiązki szpitali dotyczące przygotowania zwłok pacjentów zmarłych w szpitalu do ich wydania osobom uprawnionym do pochowania. Stosownie do art. 1 ust. 4 tej ustawy, zakład opieki zdrowotnej ani inne podmioty na terenie zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu leczenia albo innej działalności, która nie służy zaspokajaniu potrzeb pacjenta i realizacji jego praw, w szczególności reklamy lub akwizycji skierowanych do pacjenta oraz działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania podnoszonych kwestii oraz zajęcie stanowiska w tej materii. Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie działań resortu zdrowia mających na celu zapewnienie przestrzegania przepisów omawianej ustawy.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-OZO-024-9859-1/EW/07

Warszawa, 26 marca 2007 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na Pana pismo, dotyczące współpracy zakładów opieki zdrowotnej z przedsiębiorstwami pogrzebowymi uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska w sprawie.

Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) wprowadza zakaz prowadzenia na terenie zakładu opieki zdrowotnej działalności uciążliwej dla

pacjenta lub przebiegu leczenia albo innej działalności, która nie służy zaspokajaniu potrzeb pacjenta i realizacji jego praw, w szczególności reklamy lub akwizycji skierowanych do pacjenta oraz działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych. Art. 25a ustawy stanowi, że w razie śmierci pacjenta w szpitalu, szpital ma obowiązek należyście przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom uprawnionym do pochowania. Szczegółowe zasady w zakresie tego obowiązku oraz jego zakres określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu. Obowiązki pozostające po stronie szpitala można określić mianem „czynności przedpogrzebowych”. Nie stanowią one przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i w związku, z czym nie mieszczą się w pojęciu „usług pogrzebowych”, o których mowa w art. 1 ust. 4 ustawy. Akty prawne nakładają na szpital obowiązki, nie ma jednak ograniczeń, szczególnych regulacji w zakresie miejsca ich wykonywania np. że muszą być one realizowane „na terenie szpitala”. Czynności w tym zakresie mogą być wykonywane przez inny podmiot na podstawie umowy z zakładem opieki zdrowotnej. Za ich realizację odpowiedzialność ponosi szpital, za czynności te nie pobiera się opłat. Czynności te zakończyć się mają wydaniem przez szpital osobom uprawnionym do pochowania odpowiednio przygotowanych zwłok osoby zmarłej. Zapewnić ma to ścisłe rozdzielenie działalności szpitala od działalności zakładów pogrzebowych. Zatem zlecenie wykonywania „czynności przedpogrzebowych” nie stanowi naruszenia prawa. W związku z tym, jeżeli działalność zakładu opieki zdrowotnej została tak zorganizowana, iż obowiązki ciężące na zakładzie w zakresie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu wykonuje inny podmiot, rozwiązanie to powinno znaleźć odzwierciedlenie w regulaminie porządkowym, o którym mowa w art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i, do którego wyraźnie odsyła § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu.

Do Ministerstwa Zdrowia zgłaszane są wątpliwości, co do prawidłowości w zakresie relacji zakład opieki zdrowotnej – zakład pogrzebowy. W takich sytuacjach osoby sygnalizujące problem są informowane, iż mogą wystąpić o wyjaśnienia do podmiotu, który utworzył zakład, który zgodnie z art. 67 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej sprawuje nadzór nad zakładem. Podmiot, który utworzył zakład może, zgodnie z art. 67 ust. 2, dokonać kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu. Jeżeli zaś zachodzą podejrzenia o popełnieniu przestępstwa, osoba je posiadająca ma możliwość zawiadomienia prokuratury, której zadaniem, zgodnie z art. 2. ustawy z dnia 20 czerwca 1985 r.

o prokuraturze (Dz. U. z 2002 Nr 21, poz. 206 z późn. zm.), jest strzeżenie praworządności oraz czuwanie nad ściganiem przestępstw. W niektórych przypadkach kierowane są wystąpienia do kierowników zakładów opieki zdrowotnej czy organów założycielskich z prośbą o przedstawienie wyjaśnień i informacji.

Po wyjaśnieniu stanu prawnego, który nie wyklucza zupełnie współpracy pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej i zakładem pogrzebowym, nie jest zgłaszane istnienie nieprawidłowości. Pozwala to domniemywać, iż ta współpraca mieści się w wytyczonych prawem ramach, a zgłaszane wątpliwości wynikały z takiej interpretacji art. 1 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która do „świadczenia usług pogrzebowych” włączała także obowiązki szpitala w zakresie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu.

Jednocześnie chciałbym podkreślić, iż ze względu na duże znaczenie ludzkie, etyczne i społeczne wszelkich kwestii związanych z osobami zmarłymi, sprawy te są traktowane ze szczególną starannością.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-569428-X/2007/PM

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 28 grudnia 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pragnę zasygnalizować Pani Minister, że w korespondencji kierowanej do Rzecznika Praw Obywatelskich pojawił się problem dotyczący braku prawnej możliwości rozsypywania szczątków pochodzących ze spopielenia zwłok w ogrodach pamięci, urządanych na terenach cmentarzy. Sy-

tuacji takiej bowiem nie przewiduje wielokrotnie nowelizowana ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (t.j. Dz. U. z 2000 r., Nr 23, poz. 295 ze zm.).

Tymczasem, jak wynika z kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich skarg, wniosków i zapytań, możliwość takiego postępowania ze zwłokami budzi zainteresowanie społeczne. Pokreślić należy, iż taki sposób dokonania pochówku stanowi często ostatnią wolę zmarłego, która z oczywistych względów, nie może być przez jego bliskich zrealizowana w sposób zgodny z prawem.

Z informacji posiadanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, iż w poprzedniej kadencji Sejmu RP do łaski marszałkowskiej wpłynął projekt rządowy, który przewidywał wprowadzenie takiej instytucji do obowiązującego porządku prawnego (Druk Sejmowy Nr 299). Jednakże w toku prac parlamentarnych projektowany zapis został wykreślony. Jako uzasadnienie wskazywano między innymi okoliczność, iż praktyka rozsypania popiołów po kremacji zwłok nie mieści się w tradycji polskiej, nie mieści się też w tradycji żadnej z trzech wielkich religii monoteistycznych (chrześcijaństwa, islamu i judaizmu).

Tymczasem, zwolennicy takiego sposobu postępowania ze skremowanymi szczątkami ludzkimi podnoszą, iż decydująca powinna tu być ostanía wola zmarłego. Człowiek umierając i tracąc tym samym podmiotowość prawną nadal powinien być traktowany w sposób godny, z poszanowaniem jego wolności sumienia i przekonań. Wszak wprowadzenie takiej możliwości pozwoliłoby takim osobom jedynie na dokonanie świadomego wyboru, nie naruszając praw osób niegodzących się na taką formę pochówku.

Nadto, kierujący listy do Rzecznika Praw Obywatelskich, wskazując na art. 31 ust. 3 *Konstytucji RP* podnoszą, iż brak legalnej możliwości rozsypania prochów w ogrodach pamięci na cmentarzach narusza prawo do prywatności, stanowi w swej istocie dyskryminację oraz niezgodną z konstytucyjnymi regulacjami, dysproporcjonalną i niewspółmierną ingerencję w sferę wolności człowieka, ograniczoną bez związku z jakimikolwiek innymi wartościami konstytucyjnymi, które zasługiwałyby na pierwszeństwo w ochronie. Równocześnie podkreślenia wymaga, iż w świetle art. 31 ust. 3 *Konstytucji RP*, jedynymi ewentualnymi ograniczeniami, które należy w niniejszej sprawie wziąć pod uwagę są ochrona środowiska, zdrowia i porządku publicznego. Trudno jednakże dostrzec tutaj kolizję z tymi wartościami konstytucyjnymi.

Wobec powyższego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 roku *o Rzeczniku Praw Obywatelskich* (t.j. Dz. U. z 2001 r.,

Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o przedstawienie swojego stanowiska.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

Warszawa, 11 marca 2008 r.

Andrzej WOJTYŁA

GIS-PR-073-5-1/MW/08

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 28 grudnia 2007 r., znak: RPO-569428-X/2007/PM, dotyczącego braku prawnej możliwości rozsypywania szczątków pochodzących ze spopielenia zwłok w ogrodach pamięci urzędzanych na terenach cmentarzy uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Tworzenie na cmentarzach wydzielonych miejsc przeznaczonych do rozsypywania prochów ze spopielenia zwłok lub szczątków ludzkich w wyniku kremacji nie stanowi zagrożenia dla zdrowia ludzi, zwłaszcza z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemiologicznego. Należy jednak zgłosić następujące zastrzeżenia:

1) na postępowanie takie nie powinno się zezwalać w przypadku zwłok skażonych radioizotopami;

2) z rozsypywaniem prochów powstałych ze spopielenia zwłok lub szczątków ludzkich w wyniku kremacji wiąże się problem ich możliwego rozprzestrzeniania się w powietrzu, istotny zwłaszcza w przypadku cmentarzy, na których liczba tego rodzaju pochówków będzie znaczna.

Biorąc pod uwagę, że zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki Komunalnej z dnia 25 sierpnia 1959 r. *w sprawie określenia, jakie tereny pod względem sanitarnym są odpowiednie na cmentarze*

(Dz. U, Nr 52. poz. 315) strefa ochronna cmentarza (minimalna odległość od zabudowań) wynosi 50 m, trzeba liczyć się z możliwością skarg mieszkańców okolicznych domów. Z tego powodu miejsca przeznaczone do rozsypywania prochów wymagają specjalnego zagospodarowania – powinny one być w miarę możliwości usytuowane w środkowej części cmentarza lub jego obszarze najbardziej oddalonym od sąsiednich zabudowań i oddzielone od pozostałej jego części nasadzeniami roślinnymi, które ograniczą przemieszczanie się popiołów poza cmentarz i jego strefę ochronną.

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23. poz. 295. z późn. zm.) zwłoki mogą być pochowane przez złożenie w grobach ziemnych, w grobach murowanych lub katakumbach i zatopienie w morzu. Szczątki pochodzące ze spopielenia zwłok mogą być przechowywane także w kolumbariach. Przenoszenie lub przewożenie zwłok w otwartych trumnach jest wzbronione (ust. 2). Groby ziemne, groby murowane i kolumbaria przeznaczone na składanie zwłok i szczątków ludzkich mogą znajdować się tylko na cmentarzach (ust. 3).

Ponadto należy zaznaczyć, że art. 12 ust. 4 w/w ustawy zawiera upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw budownictwa, gospodarki przestrzennej i mieszkaniowej, który w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia może w drodze rozporządzenia określić wyjątki od zasad ustalonych w art. 12 ust. 1–3 ustawy oraz ustalić szczegółowy sposób stosowania przepisów niniejszej ustawy do tych wyjątków.

Zatem określenie innych form chowania prochów niż w kolumbariach oraz innych miejsc chowania zwłok niż na cmentarzu wymaga wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw budownictwa, gospodarki przestrzennej i mieszkaniowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Minister Zdrowia nie jest zatem organem upoważnionym do podjęcia prac legislacyjnych w powyższym zakresie.

Z poważaniem

/-/ Andrzej Wojtyła

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 15 lutego 2008 r.

RPO-580790-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Listy obywateli oraz doniesienia medialne skłoniły mnie do wystąpienia do Pani Minister w sprawie pobierania przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego opłat za wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z póź. zm.), oceny niezdolności do pracy dokonuje w formie orzeczenia lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Stosownie do § 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. Nr 273, poz. 2711), lekarz orzecznik wydaje orzeczenie o niezdolności do pracy na wniosek właściwej komórki organizacyjnej oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub innych podmiotów – w sprawach należących do ich właściwości. Do wniosku dołącza się dokumentację obejmującą m.in. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku. Lekarz orzecznik może, przed wydaniem orzeczenia, uzupełnić dokumentację dołączoną do wniosku, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej.

Stosownie do art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74 z póź. zm.), w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma prawo do nieodpłatnego korzystania z dokumentacji medycznej zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast w myśl art. 121 ust. 2 cytowanej ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie, osoby

zainteresowane i organy rentowe są zwolnione od wszelkich opłat, z wyłączeniem opłat ponoszonych na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.).

W myśl art. 16 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie. Sposób i tryb finansowania powyższych kosztów określa rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 281, poz. 2790). W świetle powołanych przepisów przez „podmiot zlecający” należy rozumieć podmiot zinstytucjonalizowany (np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności).

Jednocześnie, art. 16 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowi, że świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują m.in. orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.

Okazuje się, że powołane przepisy budzą wątpliwości w praktyce, i to nie tylko lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, do których zwracają się ubezpieczeni o wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego (druk N-9). Jak wynika z doniesień prasowych – przykładowo z „Gazety Lubuskiej” z dnia 11 stycznia br. (kopia informacji w załączeniu) – rozbieżne stanowiska w sprawie pobierania opłat za wystawienie omawianego zaświadczenia lekarskiego prezentują również zainteresowane organy publiczne, a mianowicie Narodowy Fundusz Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W efekcie tych wątpliwości, lekarze i zakłady opieki zdrowotnej, kosztami wystawienia omawianego zaświadczenia obciążają osoby ubezpieczone, od których Zakład Ubezpieczeń Społecznych żąda dołączenia do wniosku o wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy – zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie (przykładowa kopia listu obywatela w załączeniu).

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z póź. zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie pobierania opłat za wydanie omawianego zaświadczenia o stanie zdrowia oraz o rozważenie możliwości doprecyzowania omawianych przepisów, w taki sposób, aby nie budziły one wątpliwości w praktyce.

Pozwolę sobie jednocześnie zauważyć, że potrzebę doprecyzowania art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – na tle wydawania zaświadczeń lekarskich dla celów związanych z orzekaniem o niepełnosprawności – w 2006 r. Rzecznik Praw Obywatelskich sygnalizował Ministrowi Zdrowia (pismo z dnia 10 stycznia 2006 r. – RPO-521108-X/05). Ówczesny Minister Zdrowia, w odpowiedzi z dnia 17 lutego 2006 r. (MZ-PR-024-4961-1/IT,AB/06), zapewnił Rzecznika o przeanalizowaniu problemu w toku trwających prac nad zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Nowela art. 16 powołanej ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. (Dz. U. Nr 166, poz. 1172) nie doprowadziła jednak do usunięcia omawianych wątpliwości.

Łączę wyrazy szacunku

Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ prof. UW dr hab. Marek Zubik

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-71-11148-1/AK/08

Warszawa, 18 kwietnia 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika z dnia 12 lutego 2008 r., znak: RPO-580790-X/08/AA w sprawie pobierania przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego opłat za wystawione zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Art. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” wskazuje zarówno rodzaj orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, które nie przysługują na podstawie ustawy i tym samym są finansowane przez osobę starającą się o nie, jak i rodzaj orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, które ze względu na przedmiot są finansowane przez podmioty zlecające ich wystawienie.

Zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy świadczeniodawca, w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ma obowiązek wystawienia orzeczenia lub zaświadczenia lekarskiego, jeżeli jest ono związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.

Natomiast w ust. 4 ww. przepisu ustawy, ustawodawca ustanowił obowiązek ponoszenia kosztów za przeprowadzone badania, wydane orzeczenia lub zaświadczenia związane z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych i ustalenia uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych. Koszty powyższych czynności ponosi podmiot, na którego zlecenie zostały przeprowadzone badania albo wydane zaświadczenie lub orzeczenie. Przepis ten wyłącza możliwość domagania się zwrotu kosztów za podjęte czynności, o których mowa w art. 16 ust. 4 ustawy od innych osób, niż podmiot kierujący na badania lub żądający zaświadczenia lub orzeczenia. Również obowiązujące przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 281, poz.2790) regulują procedurę finansowania czynności podejmowanych w ramach art. 16 ustawy.

Brak dokonania ustaleń pomiędzy organami rentowymi, a podmiotami wykonującymi czynności, o których mowa w art. 16 ust. 4 ustawy nie wynika z braku jednoznacznie brzmiących przepisów ustawy, ale z braku ich zrozumienia zarówno przez podmiot kierujący, jak i podmiot wykonujący czynności wskazane ww. przepisie. W dołączonych do pisma Pana Rzecznika wyjaśnieniach Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Oddziału ZUS w Zielonej Górze zawarte są stwierdzenia nie znajdujące odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach. Art. 16 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicz-

nych wyraźnie wskazuje podmiot finansujący czynności podjęte przez lekarza, jak i cel, dla którego czynności te lekarz podejmuje. Z powołanego przepisu jednoznacznie wynika, że koszty:

- 1) badania,
- 2) wydania zaświadczenia,
- 3) wydania orzeczenie

w związku z :

- 1) orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub
- 2) ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczenia społecznego

ponosi podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane oświadczenie lub zaświadczenie.

Osoba zainteresowana, która będzie dysponował skierowaniem od organu rentowego może liczyć na bezpłatność podjętych przez lekarza czynności, jeżeli są dokonywane na potrzeby orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalania uprawnień w ramach ubezpieczenia społecznego.

Podmiot nie ma zatem podstawy prawnej do żądania od osoby skierowanej przez organ rentowy na badania czy też ubiegającej się tylko o wydanie zaświadczenia lub orzeczenia uiszczenia jakiegokolwiek opłaty za czynności podjęte w ramach art. 16 ust. 4 ustawy. Również art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z późn. zm.) nie zwalnia organów rentowych od ponoszenia opłat za wydanie zaświadczenia lub orzeczenia, o których mowa w art. 16 ust. 4 ustawy. Podana przez ZUS Oddział w Zielonej Górze informacja ogranicza się jedynie do wskazania, że organ rentowy ponosi wyłącznie koszty badań zleconych, co może mylnie sugerować, że organ ten jest zwolniony z ponoszenia opłat za wydanie zaświadczenia lub orzeczenia. Art. 121 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zawiera odesłanie do art. 16 ust. 4 ustawy i tym samym ustawodawca nakazuje wprost stosowanie przepisu ustawy, bez żadnych wyłączeń, a więc z obowiązkiem pokrycia kosztów wszystkich czynności podejmowanych w ramach ww. przepisu ustawy. W związku z powyższym nie jest planowana kolejna nowelizacja art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwagi na fakt, iż wskazany przepis reguluje jednoznacznie kwestie poruszone w pismach osób, które kierowały skargi do Pana Rzecznika, a jego błędne stosowanie przez wskazane podmioty wynika jedynie z niewłaściwej interpretacji tego przepisu. Dodatkowo pragnę poinformować Pana Rzecznika, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych brał udział w 2007 r., w ramach konsultacji społecznych, w pracach legislacyj-

nych nad zmianą treści art. 16 ustawy i zaakceptował obecne brzmienie przedmiotowego przepisu.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 9 maja 2008 r.

RPO-580790-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Dziękuję uprzejmie za wyjaśnienie z dnia 18 kwietnia br. (MZ-UZ-OPK-71-11148-l/AK/08) dotyczące wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie doprecyzowania przepisów odnoszących się do pobierania przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego opłat od pacjentów za wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Z zadowoleniem przyjmuję stanowisko Pani Minister w tej materii, sprowadzające się do uznania, że art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), „wyraźnie wskazuje podmiot finansujący czynności podjęte przez lekarza, jak i cel, dla którego czynności te lekarz podejmuje”, a „osoba zainteresowana, która będzie dysponowała skierowaniem od organu rentowego może liczyć na bezpłatność podjętych przez lekarza czynności, jeżeli są dokonywane na potrzeby orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalania

uprawnień w ramach ubezpieczenia społecznego. Podmiot nie ma zatem podstawy prawnej do żądania od osoby skierowanej przez organ rentowy na badania czy też ubiegającej się tylko o wydanie zaświadczenia lub orzeczenia, uiszczenia jakiegokolwiek opłaty za czynności podjęte w ramach art. 16 ust. 4 ustawy”.

Pozwolę sobie zauważyć, że stanowisko Pani Minister zdaje się kolidować ze stanowiskiem wyrażonym w 2006 r. przez ówczesnego Ministra Zdrowia w odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie finansowania kosztów badań diagnostycznych wykonywanych na żądanie powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności (pismo z dnia 17 lutego 2006 r. – MZ-PR-024-4961-1/IT,AB/06 – kopia w załączeniu). W myśl tego stanowiska, w świetle przepisów art. 16 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 281, poz. 2790), „pod pojęciem <podmiot zlecający> badanie, wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności oraz ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, należy rozumieć podmiot zinstytucjonalizowany (np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego), a nie świadczeniobiorcę”.

Przypominam jednocześnie, że również zdaniem Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, wyrażonym w piśmie w sprawie interpretacji wymienionych przepisów w brzmieniu obowiązującym do dnia 29 września 2007 r., skierowanym do wszystkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności (pismo z dnia 14 lutego 2005 r. – Nr BON IV 42021-19-AM/05 kopia w załączeniu), „powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności nie są organami „zlecającymi” placówce służby zdrowia wykonywanie badań osobie orzekanej” („podmiotem zlecającym jest obywatel nie zaś organ orzekający”), a „prośba przewodniczącego zespołu o uzupełnienie dokumentacji medycznej nie może być traktowana jako zlecenie wykonania badań”.

W tym stanie rzeczy, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy oraz ponawiam wnioski

o rozważenie możliwości doprecyzowania omawianych przepisów, w taki sposób, aby nie budziły one wątpliwości w praktyce. Proszę jednocześnie o rozważenie możliwości przygotowania i przekazania zainteresowanym instytucjom (w szczególności Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych) stanowiska Pani Minister w sprawie stosowania art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zobowiązany będę za przekazanie informacji w powyższej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-U2-OPK-71-11148-2/AK/08

Warszawa, 16 września 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika, znak: RPO-580790-X/08/AA dotyczącego pobierania przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego opłat za wystawione zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego proszę o przyjęcie dodatkowych wyjaśnień.

Powołane przez Pana Rzecznika pismo Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2006 r., znak: MZ-PR-024-4961-1/IT,AB/06 dotyczyło sytuacji faktycznej i prawnej rozstrzyganej w nieobowiązującym od dnia 29 września 2007 r. stanie prawnym. Z uwagi na fakt, że przepisy ustawy nie regulowały uprawnień ubezpieczonych w zakresie uzyskania zaświadczenia lekarskiego lub orzeczenia na potrzeby orzekania o niepełnosprawności w ra-

mach ubezpieczenia zdrowotnego, ustawodawca znowelizował art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, który jednoznacznie wskazał, że zaświadczenia lekarskie wydawane na potrzeby orzecznictwa o niepełnosprawności są finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego; dotyczy to również spraw związanych z niezdolnością do pracy (wystawianie zaświadczeń L-4), lecz z wyłączeniem zaświadczeń o niezdolności do pracy dla celów rentowych (art. 16 ust.4 ustawy).

Odnosząc się do kwestii podmiotu obowiązującego do pokrywania kosztów badania, wydawania zaświadczeń lub orzeczeń dla celów rentowych lub ustalania uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych należy ponownie podkreślić, że ustawodawca w art. 16 ust. 4 ustawy jednoznacznie wskazuje, że jest to podmiot zlecający podjęcie przedmiotowych czynności – w przypadku spraw związanych z uzyskaniem prawa do świadczeń rentowych – podmiotem, którego ww. przepis dotyczy jest organ rentowy.

W sytuacji, gdy organ rentowy żąda od osoby ubiegającej się o orzeczenie o niezdolności do pracy dla celów rentowych przedstawienia zaświadczenia o stanie zdrowia, ma obowiązek pokryć koszty wystawienia przedmiotowego zaświadczenia. Fakt, że organ rentowy żąda zaświadczenia o stanie zdrowia już w momencie składania przez zainteresowanego wniosku o przyznanie świadczenia, a więc bez stosownego zlecenia, stanowi obejście przepisu art. 16 ust. 4 ustawy. Z uwagi na to, że procedura składania do organu rentowego odpowiedniej dokumentacji (w tym zaświadczenia o stanie zdrowia) przez osoby ubiegające się o świadczenia rentowe nie jest związana z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego lecz należy do instytucji ubezpieczenia społecznego, Minister Zdrowia nie ma kompetencji do ingerowania w sposób postępowania organów rentowych lub zmiany przepisów z zakresu ubezpieczenia społecznego.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy stwierdzić, że przepisy regulujące wydawanie zaświadczeń na potrzeby organów rentowych nie stanowią elementu funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego i tym samym nie jest możliwa nowelizacja przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie sygnalizowanym przez Pana Rzecznika.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-580790-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 16 kwietnia 2009 r.

Pan
Donald Tusk
Prezes Rady Ministrów

Wielce Szanowny Panie Premierze

Uprzejmie informuję Pana Premiera, że w lutym 2008 r. podjąłem sprawę pobierania przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego opłaty za wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Z listów obywateli wpływających do Rzecznika Praw Obywatelskich oraz z doniesień medialnych wynikało bowiem, że obowiązujące w tej materii przepisy prawa budzą wątpliwości w praktyce, i to nie tylko lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, do których zwracają się ubezpieczeni o wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia. Różne stanowiska w sprawie pobierania opłat za wystawienie omawianego zaświadczenia lekarskiego prezentowały również zainteresowane organy publiczne, a mianowicie Narodowy Fundusz Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W efekcie tych wątpliwości, lekarze i zakłady opieki zdrowotnej, kosztami wystawienia omawianego zaświadczenia obciążają osoby ubezpieczone, od których Zakład Ubezpieczeń Społecznych żąda dołączenia do wniosku o wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy – zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie.

W związku z powyższym, zwróciłem się do Ministra Zdrowia o zajęcie stanowiska w tej materii i rozważenie możliwości doprecyzowania obowiązujących przepisów, w taki sposób, aby nie budziły one wątpliwości w praktyce (pismo z dnia 15 lutego oraz z dnia 9 maja 2008 r.). W odpowiedzi, otrzymałem wyjaśnienie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2008 r., zawierające stanowisko w sprawie, sprowadzające się do uznania, że art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt. Dz. U. z 2008 r. Nr

164, poz. 1027 ze zm.), „wyraźnie wskazuje podmiot finansujący czynności podjęte przez lekarza, jak i cel, dla którego czynności te lekarz podejmuje”, a „osoba zainteresowana, która będzie dysponowała skierowaniem od organu rentowego może liczyć na bezpłatność podjętych przez lekarza czynności, jeżeli są dokonywane na potrzeby orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalania uprawnień w ramach ubezpieczenia społecznego”. W wyjaśnieniu uzupełniającym z dnia 16 września 2008 r. – w części dotyczącej podmiotu obowiązującego do pokrywania kosztów badania, wydawania zaświadczeń lub orzeczeń dla celów rentowych lub ustalania uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych – Minister Zdrowia ponownie podkreśliła, że „ustawodawca w art. 16 ust. 4 ustawy jednoznacznie wskazuje, że jest to podmiot zlecający podjęcie przedmiotowych czynności – w przypadku spraw związanych z uzyskaniem prawa do świadczeń rentowych – podmiotem, którego ww. przepis dotyczy jest organ rentowy”. Zdaniem Minister Zdrowia, „fakt, że organ rentowy żąda zaświadczenia o stanie zdrowia już w momencie składania przez zainteresowanego wniosku o przyznanie świadczenia, a więc bez stosownego zlecenia, stanowi obejście przepisu art. 16 ust. 4 ustawy”. Minister Zdrowia poinformowała jednocześnie, że „nie ma kompetencji do ingerowania w sposób postępowania organów rentowych lub zmiany przepisów z zakresu ubezpieczenia społecznego”.

W tej sytuacji, o spowodowanie zbadania omawianej sprawy i usunięcia występujących nieprawidłowości oraz rozważenie możliwości doprecyzowania odnośnych przepisów, zwróciłem się do Ministra Pracy i Polityki Społecznej (pismo z dnia 13 października 2008 r.). Udzielający odpowiedzi Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, w piśmie z dnia 10 marca 2009 r., nie podzielił poglądu Ministra Zdrowia, informując, że „nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że z treści art. 16 ust 4 powołanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) wynika obowiązek ponoszenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kosztów badania czy wydania orzeczenia lub zaświadczenia związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych albo ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych.”

W związku z powyższym na podstawie art. 14 pkt. 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pana Premiera z uprzejmą prośbą o spowodowanie rozstrzygnięcia sporu w zakresie interpretacji przepisów dotyczących wydawania zaświadczeń o stanie zdrowia dla celów ubezpieczenia społecznego oraz w zakresie organu zobowiązanego do podjęcia w tej materii działań, mających na celu usunięcie występują-

cych nieprawidłowości, w tym rozważenie możliwości doprecyzowania odnośnych przepisów, w taki sposób, aby nie budziły one wątpliwości w praktyce. Na tę okoliczność załączam kopie korespondencji powołanej w piśmie.

Zał. – 6

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 4 marca 2008 r.

RPO-582529-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Zgodnie z art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89 ze zm.), zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Natomiast w myśl § 52 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247 poz. 1819 ze zm.), dokumentacja udostępniana jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu. Normy te mają charakter kategoryczny i wskazują na obowiązek bezwarunkowego udostępnienia dokumentacji jedynie wyliczonym podmiotom.

Mocą § 12 pkt 9 powołanego rozporządzenia, na zakład opieki zdrowotnej nałożony został obowiązek uzyskania i zamieszczenia w dokumen-

tacji pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej albo pisemnego oświadczenia pacjenta o braku takiego upoważnienia.

W praktyce stosowania tych przepisów, ujawniła się luka dotycząca okoliczności, gdy pacjent w stanach nagłych zmarł, nie mając możliwości wyrażenia swej woli, dotyczącej upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej. Przepisy te nie uwzględniają także sytuacji, gdy w dokumentacji medycznej brak jest stosownego oświadczenia, w związku z zaniechaniem przez zakład opieki zdrowotnej wykonania obowiązku uzyskania tego oświadczenia od chorego. Ze skarg wpływających do Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że wówczas zakłady opieki zdrowotnej stosują zasadę domniemania braku upoważnienia i odmawiają udzielenia rodzinie dostępu do dokumentacji zmarłego. Praktyka taka budzić musi wątpliwości z punktu widzenia jej legalności.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister o podjęcie niezbędnych działań legislacyjnych w celu uregulowania sprawy udostępnienia dokumentacji medycznej w wypadku śmierci pacjenta, jeśli z uwagi na stan zdrowia nie mógł on złożyć wymaganego oświadczenia woli, bądź też brak takiego oświadczenia wynika z zaniedbania przez zakład opieki zdrowotnej obowiązku w tym względzie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-022- 13703-1/JZ/08

Warszawa, 3 kwietnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo z dnia 4 marca 2008 r. (znak RPO-582529-X/O/S/TG) dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej, uprzejmie przedstawiam następujące wyjaśnienia.

Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Przepis § 52 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.) stanowi, iż dokumentacja udostępniania jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu. Przepis § 12 pkt 9 ww. rozporządzenia zobowiązuje zakład opieki zdrowotnej do uzyskania i zamieszczenia w historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemnego oświadczenia pacjenta o braku takiego upoważnienia.

Zwrócić należy uwagę, iż prawo pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej związane jest nierozdzielnie z tajemnicą lekarską, uregulowaną w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.) oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej. Zgodnie z art. 40 ust. 1 ww. ustawy lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Katalog przesłanek, zaistnienie, których zwalnia lekarza z zachowania tajemnicy lekarskiej, określony został w ust. 2 tego przepisu. Podobnie skonstruowane są przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który w art. 23 stanowi,

iż lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej. Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Za bezsporne należy uznać prawo pacjenta do dysponowania informacjami dotyczącymi swojego stanu zdrowia i metod leczenia zawartych w dokumentacji medycznej, również po śmierci pacjenta. Pamiętać jednak należy, iż przepisy dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej nic mogą naruszać przepisów dotyczących tajemnicy lekarskiej. Uregulowanie sprawy udostępniania dokumentacji medycznej w wypadku śmierci pacjenta, jeśli z uwagi na stan zdrowia nie złożył on pisemnego oświadczenia o upoważnieniu innej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci mogłoby spowodować, iż w takich przypadkach tajemnica lekarska nie byłaby dostatecznie chroniona. Niezwykle trudne do wyegzekwowania byłoby wprowadzenie regulacji nakładających na wszystkich obywateli czy pacjentów obowiązek złożenia upoważnienia dotyczącego postępowania z dokumentacją medyczną w wypadku śmierci.

Zatem w przypadku niepozostawienia przez zmarłego pacjenta upoważnienia należy przyjąć domniemanie, iż nie wyraził on woli udostępnienia dokumentacji po swojej śmierci. W takiej sytuacji rodzina zmarłego lub inne osoby mogą wystąpić do sądu o udostępnienie przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej dokumentacji medycznej. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na wyrok NSA z dnia 19 maja 2003 r., w którym sąd stwierdził, iż „pacjent publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma uprawnienie do udostępnienia mu dokumentacji medycznej zbiorczej prowadzonej przez zakład, w zakresie dotyczącym jego osoby, wynikające z art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy [...] o zakładach opieki zdrowotnej [...], a w razie odmowy uznania tego uprawnienia przez zakład może zaskarżyć czynność zakładu do sądu administracyjnego na podstawie art. 16 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 11 maja 1995 r. o Naczelnym Sądzie Administracyjnym (Dz. U. Nr 74, poz. 368 ze zm.)” (zob. wyrok NSA., OSA 1/03, OSP 2003, z. 11, poz. 136). Stanowisko to podzieliła Barbara Adamiak w aprobującej głosie (opublikowanej w OSP 2003/11/136). Mimo zmienionego stanu prawnego, wydaje się, iż pogląd wyrażony przez NSA można uznać za wciąż aktualny. Na

gruncie obowiązującego stanu prawnego podstawę żądań pacjenta może ewentualnie stanowić art. 3 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. Nr 153. poz. 1270 z późn. zm.). Warto zwrócić również uwagę na odmienny pogląd wyrażany przez przedstawicieli doktryny, zgodnie z którym roszczenie o udostępnienie dokumentacji medycznej mogłoby zostać zrealizowane na gruncie art. 189 k.p.c. (powództwo o ustalenie prawa, w tym wypadku prawa do dostępu do dokumentacji medycznej)” (zob. U. Drozdowska, glosa do wyroku NSA z dnia 19 maja 2003 r., OSA 1/03, PS 2004, nr 11–12, poz. 173, por. Dercz M. Rek T., Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz).

Reasumując, obecne rozwiązania zapewniają pacjentowi prawo do dysponowania dokumentacją medyczną jak i chronią tajemnicę lekarską, zatem nie ma potrzeby dokonywania zmian obowiązującego stanu prawnego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-555791-IX/912/07/WK

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 19 sierpnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Do Rzecznika Praw Obywatelskich zwrócił się obywatel kwestionujący, iż przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubie-

gających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej (Dz. U. Nr 30, poz. 299 z późn. zm.) nie przewidują istnienia komisji odwoławczej, jako organu II stopnia, który mógłby eliminować błędne orzeczenia lekarskie.

Rozporządzenie to zostało wydane na podstawie art. 34 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (tekst jedn. – Dz. U. z 2005 r. Nr 145, poz. 1221 z późn. zm.) stanowiącego, iż Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministrem Finansów określi w drodze rozporządzenia, zasady, zakres, tryb i częstotliwość przeprowadzania badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej, jednostki uprawnione do przeprowadzania badań oraz wzory druków stosowanych w związku z tymi badaniami, jak również wysokość i tryb wnoszenia opłat za te badania. Zgodnie z § 2 tego rozporządzenia, badaniom lekarskim i psychologicznym, przeprowadzanym w celu oceny zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika ochrony fizycznej, podlegają osoby ubiegające się o wydanie licencji pracownika ochrony fizycznej pierwszego i drugiego stopnia oraz osoby posiadające licencję pracownika ochrony fizycznej.

Niniejsze rozporządzenie nie bierze pod uwagę możliwości wydawania błędnych diagnoz przez lekarzy i ich eliminacji przez organ II instancji. Z jego treści wynika, iż jeden lekarz decyduje o poziomie stanu zdrowia koniecznego do uzyskania licencji pracownika ochrony fizycznej pierwszego i drugiego stopnia bądź o możliwości dalszego wykonywania zadań pracownika ochrony fizycznej. Opinia jednego lekarza decyduje zatem o możliwości prowadzenia działalności gospodarczej agencji ochrony osób i mienia, uzyskania pracy ochroniarza lub jej kontynuacji. Tym samym od opinii lekarza uzależniona jest dalsza kariera oraz egzystencja pracownika ochrony. Brak w niniejszej sprawie możliwości weryfikacji diagnozy narusza prawa obywatelskie. W tym przypadku następuje przyznanie zbyt dużej władzy i odpowiedzialności lekarzom, których orzeczenia pozostają poza specjalistyczną kontrolą instancyjną. W niniejszej kwestii wadliwe opinie lekarskie mogą powodować negatywne nieodwracalne skutki prawne dla pracowników agencji ochrony osób i mienia.

Należy zaznaczyć, iż inne akty prawne regulujące zbliżoną problematykę przewidują dwuinstancyjny tok postępowania. Zgodnie z § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 września 2003 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających licencję detektywa (Dz. U. Nr 160, poz. 1563) wydanego na podstawie usta-

wy z dnia 6 lipca 2001 r. o usługach detektywistycznych (Dz. U. z 2002 r., Nr 12, poz. 110 z późn. zm.) – od orzeczenia lekarskiego przysługuje odwołanie za pośrednictwem lekarza, który je wydał i dopiero orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwoławczym jest ostateczne. Z kolei wydane na podstawie art. 229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn. – Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) rozporządzenie 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.), przewiduje możliwość ponownego przeprowadzenia badania orzeczenia lekarskiego przez innego lekarza w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, bądź w najbliższej jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy.

Z powyższego wynika, iż przepisy wyżej powoływanego rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej nie są dostosowane do rozwiązań prawnych w przedstawionym zakresie.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. – Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z późn. zm.), uprzejmie proszę Panią Minister o zainicjowanie działań legislacyjnych mających na celu zmianę przepisów niniejszego rozporządzenia poprzez wprowadzenie kontroli instancyjnej wydawanych orzeczeń lekarskich. Będę wdzięczny za poinformowanie mnie o zajętych stanowisku.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Adam FRONCZAK
MZ-ZP-M-073 -12111-1/AP/08

Warszawa, 9 września 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo z dnia 19 sierpnia 2008 r., (znak: RPO-555791 IX-912/07/WK) dotyczące braku przepisu, regulującego odwołanie od orzeczenia lekarskiego i psychologicznego osób ubiegających się o wydanie licencji i posiadających licencje pracownika ochrony fizycznej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej (Dz. U. Nr 30, poz. 299 z późn. zm.). uprzejmie informuję co następuje.

Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 34 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2005 r. Nr 145, poz. 1221, z późn. zm.) Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministrem Finansów został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, zasad, zakresu, trybu i częstotliwości przeprowadzania badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej, jednostek uprawnionych do przeprowadzania badań oraz wzorów druków stosowanych w związku z tymi badaniami, jak również wysokości i trybu wnoszenia opłat za te badania. Zgodnie z powyższym Minister Zdrowia nie został upoważniony do określenia warunków rozpatrywania przedmiotowych odwołań. Delegacja do wydania w/w aktu prawnego została określona zbyt wąsko i określenie w rozporządzeniu kwestii odwołań od orzeczeń lekarskich i psychologicznych stanowiłoby wyjście poza ramy upoważnienia ustawowego.

Należy zauważyć, że aktualnie trwają końcowe prace legislacyjne nad projektem ustawy o ochronie osób i mienia. Delegacja zawarta w art. 52 projektu ustawy obejmuje upoważnienie ustawowe dla Ministra Zdrowia,

który w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministrem Finansów został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, między innymi warunków i trybu rozpatrywania odwołań od orzeczeń lekarskich i psychologicznych oraz kontroli wykonywania badań lekarskich i psychologicznych.

Stąd, dopiero wejście w życie przedmiotowej ustawy pozwoli znowelizować rozporządzenie w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej, w której zostanie określona kwestia rozpatrywania odwołań od orzeczeń lekarskich i psychologicznych.

„Gospodarzem” ustawy o ochronie osób i mienia jest Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, który dostał do wiadomości wystąpienie Pana Rzecznika.

Z wyrazami szacunku

w/z POSEKTRETARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA
/-/ Mariola Dwornikowska

2.2.5. Przeciwdziałanie dyskryminacji

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 28 grudnia 2007 r.

RPO-576600-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Z dniem 1 stycznia 2006 r. weszły w życie przepisy art. 1 pkt 2 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 141, poz. 1183). Nowela ta wprowadziła do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z póź. zm.) instytucję Rzeczników Praw Pacjenta (art. 10a – 10d).

W świetle tych przepisów, osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny (jej przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny) ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw, a w szczególności prawo do przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta, spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi oraz uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy. Ochrona praw wymienionych osób należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy są pracownikami Biura Praw Pacjenta utworzonego przez Ministra Zdrowia i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.

W świetle informacji dostępnej na stronie internetowej Biura Praw Pacjenta (www.bpp.waw.pl) obecnie 20 osób pełni funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Zważywszy na liczbę funkcjonujących szpitali i oddziałów psychiatrycznych oraz liczbę hospitalizowanych pacjentów, Rzeczników Praw Pacjenta jest stanowczo za mało.

Z posiadanych informacji wynika, że środki finansowe przeznaczone na funkcjonowanie Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są dalece niewystarczające i nie pozwalają na zatrudnienie kolejnych Rzeczników oraz zatrzymanie dotychczasowych. Osoby najbardziej predysponowane do pełnienia tej funkcji i wartościowe otrzymują znacznie korzystniejsze propozycje zatrudnienia i wynagrodzenia, szczególnie po ostatnich podwyżkach wynagrodzeń pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Rzecznicy nie otrzymują nadto zwrotu kosztów przejazdu do szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych poza miejscem ich zamieszkania.

Sytuacja ta budzi moje zaniepokojenie, w szczególności, że w mojej ocenie, potwierdziła się potrzeba powołania Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Osoby chore psychicznie częstokroć nie zdają sobie sprawy z faktu naruszania ich praw oraz możliwości ich egzekwowania. Rzecznicy są oczekiwani nie tylko przez pacjentów i ich rodziny, ale również przez coraz bardziej świadome ich roli i znaczenia – szpitale psychiatryczne. Potwierdzają to listy obywateli, korespondencja napływająca do Rzecznika Praw Obywatelskich, a przede wszystkim wizytacje pracowników Biura RPO w szpitalach psychiatrycznych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy oraz podjęcie działań w kierunku wzmocnienia instytucji Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Zo-

bowiązany będę za przekazanie stanowiska Pani Minister w tej sprawie oraz informacji odnośnie powołania kolejnych Rzeczników w roku 2008 i latach następnych.

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Krzysztof GRZEGOREK
BPP-070-2-34/KU/08

Warszawa, 22 stycznia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

Odpowiadając na Pana pismo z dnia 4 stycznia 2008 roku w sprawie dotyczącej instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, uprzejmie informuje:

Na wstępie pragnę zaznaczyć, iż z zadowoleniem przyjmuje treść przedmiotowego pisma, które jednoznacznie wskazuje na fakt dostrzeżenia i uznania dla instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Szczególnie cieszy fakt, iż dokonana w Pana piśmie ocena potwierdziła potrzebę powołania tej instytucji. Również w ocenie Ministra Zdrowia stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego okazuje się ważnym czynnikiem, który może podnieść jakość usług w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, przede wszystkim w zakresie postrzegania praw tej grupy pacjentów. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535, z późn. zm. – *nowelizacja z 1 lipca 2005 r. – Dz. U. z 2005 r., Nr 141, poz. 1183*) wprowadziła od stycznia 2006 roku funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Zgodnie z treścią uzasadnienia do zacytowanej powyżej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przed Rzecznikiem zostały postawione trzy podstawowe wymogi: 1. musi być łatwo dostępny – spędzać większość czasu na regularnych wizytach oddziałów, 2. być rozpoznawalnym, budzącym zaufanie, 3. być niezależnym od dyrektora szpitala.

Odnosząc się sformułowanego w Pana piśmie pytania o powołania kolejnych Rzeczników przytoczyć należy treść uzasadnienia do w/w nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zgodnie, z którym docelowe zatrudnienie 50-ciu Rzeczników „może nastąpić nie wcześniej niż za 5 lat”.

Niezależnie od powyżej przytoczonego terminu informuje, iż treści zawarte w Pana piśmie zostały przyjęte i będą brane pod uwagę przy dalszym planowaniu przyznawania środków finansowych na przedmiotowy cel.

Z poważaniem

/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 22 kwietnia 2008 r.

RPO-586573-X/07/WW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymuje skargi członków rodzin i opiekunów prawnych osób przebywających w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i zakładach opieki długoterminowej kwestionujące ograniczenia czasowe udzielania przepustek osobom przebywającym w tych zakładach.

Ograniczenie to zostało wprowadzone zarządzeniem nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju opieka psy-

chiatryczna i leczenie uzależnień. Zgodnie z § 26 pkt. 4 powołanego zarządzenia, w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień możliwe jest udzielanie zgody na przepustkę pacjenta na okres do trzech dni, a w uzasadnionych przypadkach, w związku z wydarzeniami losowymi – do siedmiu dni. W psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym) przepustka może być wydana na okres do 30 dni. Łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 25% czasu trwania hospitalizacji, a w psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej nie może przekraczać 8% (30 dni) okresu rozliczeniowego (okresu roku kalendarzowego).

Powyższe ograniczenie czasowe pozostaje w kolizji z art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111. poz. 535 ze zm.), który nie wprowadza żadnych limitów ograniczających czas pobytu pacjentów na przepustce. Zgodnie z tym przepisem, osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę na okresowe przebywanie poza zakładem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu lub życiu i zdrowiu innych osób i uzyska zgodę ordynatora. Stosownie do art. 3 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przepis art. 14 ustawy stosuje się również do oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, kliniki psychiatrycznej, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz innego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je utworzył i utrzymuje.

Zważyć należy nadto, że zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – jako akt o charakterze wewnętrznym w świetle art. 87 Konstytucji RP – nie może dotyczyć jakichkolwiek podmiotów, które nie podlegają organowi wydającemu taki akt, a zatem stanowić podstawy decyzji wobec obywateli.

W związku z powyższym na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister o podjęcie w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych działań zmierzających do zbadania legalności omawianych przepisów zarządzenia nr 57/2007/DSOZ.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 8 sierpnia 2008 r.

RPO-586573-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pragnę uprzejmie przypomnieć Pani Minister, że mimo upływu czasu znacznie przekraczającego termin poinformowania Rzecznika Praw Obywatelskich przez organ o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku, określony w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), do Rzecznika nie wpłynęła dotychczas odpowiedź na wystąpienie z dnia 22 kwietnia 2008 r. w sprawie ograniczeń w udzielaniu przepustek pacjentom całodobowych oddziałów psychiatrycznych i zakładów opieki długoterminowej.

Zwracam się więc do Pani Minister o spowodowanie przyśpieszenia prac, związanych z udzieleniem odpowiedzi na wskazane wystąpienie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Adam FRONCZAK

MZ-ZP-P-62-11762-5/MS/08

Warszawa, 21 sierpnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika Praw Obywatelskich (znak: RPO-586573-X/07/WW) dotyczące ograniczania praw pacjentów przebywających w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i zakładach psychiatrycznej opieki długoterminowej do otrzymywania przepustek z zakładu opieki zdrowotnej, uprzejmie przedkładałam następujące informacje.

Zgodnie z informacją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zawarte w zarządzeniu nr 57/2007/DZOS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wymagania były wielokrotnie konsultowane i weryfikowane pod kątem poprawności merytorycznej z konsultantami krajowymi w dziedzinie psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej, a także z innymi zainteresowanymi podmiotami. Kwestia czasu trwania przepustki w całodobowym oddziale psychiatrycznym, a więc okresowego przebywania osoby z zaburzeniami psychicznymi poza szpitalem, bez potrzeby wypisywania jej ze szpitala, dotychczas nie budziła zastrzeżeń i Ministerstwo Zdrowia nie otrzymywało w tej sprawie żadnych informacji.

W sytuacji, kiedy pacjent jest hospitalizowany, gdyż niemożliwe jest prowadzenie leczenia w warunkach ambulatoryjnych, przepustka dla pacjenta, a także długość jej trwania jest elementem terapii, a nie jedynie prawem wynikającym z art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

Przepustka w większości przypadków jest wystawiana w celu sprawdzenia trwałości poprawy stanu zdrowia i traktowana jako trening domowy i społeczny, a więc jako forma terapii.

Art. 14 wyżej wymienionej ustawy wskazuje na prawo osoby z zaburzeniami psychicznymi, leczonej w szpitalu psychiatrycznym, do uzyskania zgody ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu i zdrowiu in-

nych osób. Ponadto, ustawodawca nie określa *expressis verbis* możliwości udzielania pacjentom dłuższych przepustek.

Uprzejmie informuję także, iż z art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) wynika, że Narodowy Fundusz Zdrowia określa w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności, warunki udzielania tych świadczeń.

Nie dostrzegam kolizji pomiędzy art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego a § 26 pkt. 4 zarządzenia nr 57/2007/ DZOS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku zaistnienia znaczącej poprawy stanu zdrowia pacjentów, wspomnianych w piśmie Pana Rzecznika, powinni oni zostać wypisani ze szpitala a nie otrzymywać długookresowe przepustki.

Należy podkreślić również, że ze względu na wyżej wspomnianą rolę terapeutyczną przepustki, Ministerstwo Zdrowia nie widzi możliwości ustawowego określenia długości jej trwania i uważa, że ze względu na dobro pacjenta oraz efektywność jego terapii, decyzję o długości trwania przepustki pacjenta należy pozostawić lekarzowi.

Z poważaniem

/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-586573-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 2 października 2008 r.

Pan
Adam Fronczak
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie dziękuję za wyjaśnienia w sprawie ograniczenia praw pacjentów przebywających w całodobowych oddziałach psychiatrycznych, udzielone w piśmie z 21 sierpnia br. (sygn. MZ-ZP-P-62-11762-5/MS/08). Wyjaśnień tych jednakże nie można przyjąć za wystarczające.

Pan Minister zwraca uwagę na terapeutyczną rolę przepustki i konkluduje, że *Ministerstwo Zdrowia nie widzi możliwości ustawowego określenia długości trwania [przepustki] i uważa, że ze względu na dobro pacjenta oraz efektywność jego terapii, decyzję o długości trwania przepustki pacjenta należy pozostawić lekarzowi*. W najwyższym stopniu podzielam zacytowaną opinię. Należy jednak zauważyć, że § 26 ust. 4 zarządzenia nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień stoi w sprzeczności ze stanowiskiem Pana Ministra, określając maksymalną długość przepustki na 3 dni dla pacjentów całodobowych oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień (7 dni w przypadku wydarzeń losowych), natomiast dla pacjentów psychiatrycznych zakładów opieki długoterminowej – na 30 dni. Finansowanie świadczenia zmniejsza się w przypadku przepustki do poziomu 70% wartości jednostki rozliczeniowej. Podkreślić należy, że za przepustkę uznaje się również przebywanie osoby poza zakładem w związku z jego samowolnym opuszczeniem, wynikającym ze stanu zdrowia. W psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej przepustka nie może trwać więcej niż 30 dni w roku kalendarzowym (zaledwie 8% okresu rozliczeniowego), natomiast w innych zakładach – 25% hospitalizacji.

Według § 26 ust. 5 kwestionowanego zarządzenia, w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień istnieje możliwość wydłużenia przepustki poza ramy określone w ust. 4 – w przypadku przepustki wydanej ponad standard czasu udzielania świadczenia, finansowanie zmniejsza się do poziomu 49% wartości jednostki rozliczeniowej.

Brak natomiast analogicznego przepisu odnoszącego się do psychiatrycznych zakładów opieki długoterminowej. Oznacza to, że zarządzenie Prezesa NFZ-u faktycznie uniemożliwia udzielania pacjentom takich zakładów dłuższych przepustek, niezależnie od tego, czy lekarz prowadzący uzna taką przepustkę za wskazaną lub konieczną. Jak słusznie zauważa Pan Minister, art. 14 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, ze zm.) nie stanowi *expressis verbis* o możliwości udzielania pacjentom przepustek dłuższych niż te określone w zarządzeniu Prezesa NFZ-u. Pragnę jednak zauważyć, że ustawa nie określa żadnych limitów dotyczących trwania przepustek, ograniczając się do przyznania pacjentom prawa do przebywania na przepustkach okresowych po uzyskaniu zgody ordynatora (a w przypadku osób przebywających w zakładzie w celu realizacji środka zabezpieczającego

– zgody sądu). Bez wątplenia więc zarządzenie stanowi dalsze ograniczenie wolności pacjentów. W świetle art. 31 ust. 3 zdanie 1 Konstytucji RP, *ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób*. Ograniczenie polegające na przymusowym umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym wynika z ustaw (min. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lub kodeksu karnego) i jest usprawiedliwione względami wymienionymi w art. 31 Konstytucji RP. Dalsze ograniczenie wolności pacjentów, jakie wprowadza § 26 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ-u wydaje się pozostawać w kolizji z powołanym art. 31 Konstytucji, gdyż nie jest wprowadzone aktem odpowiedniej rangi i nie wydaje się konieczne ze względu na ochronę dóbr wymienionych w tym przepisie konstytucyjnym.

Jak słusznie stwierdza Pan Minister, *w przypadku zaistnienia znaczącej poprawy stanu zdrowia pacjentów (...) powinni oni zostać wypisani ze szpitala, a nie otrzymywać długoterminowe przepustki*. Jednakże nie wydaje się, by tę materię można było uregulować sztywnymi normami. Trzeba by raczej uznać, że – jak podkreślił Pan Minister – *decyzje o długości trwania przepustki pacjenta należy pozostawić lekarzowi*.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj.: Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), uprzejmie proszę Pana Ministra o podjęcie kroków w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjentów zakładów psychiatrycznych w omawianym zakresie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Adam Fronczak

MZ-ZP-P-62-11762-35 /MS/ 08

Warszawa, 1 grudnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika Praw Obywatelskich (znak: RPO-586573-X/08/MJ) dotyczące ograniczania praw pacjentów przebywających w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i zakładach psychiatrycznej opieki długoterminowej do otrzymywania przepustek z zakładu opieki zdrowotnej, uprzejmie przedkładałam w uzupełnieniu do pisma z dnia 21 sierpnia 2008 r. (znak: MZ-ZP-P62-11762-5/MS/ 08) następujące informacje.

Minister Zdrowia działając na podstawie art. 163 ust. 2 pkt 1 i 2 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.) bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji w całości lub w części, w przypadku gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w badaniu tym posilkując się opiniami konsultantów krajowych we właściwych dziedzinach medycznych. W wyniku analizy merytorycznej zarządzenia nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia z 19 września 2007 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień* oraz w związku z opiniami Konsultantów Krajowych w dziedzinach psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej do ww. zarządzenia, nie stwierdzono podstaw do jego uchylecia. W odniesieniu do kwestii czasu trwania przepustek, ww. eksperci nie zgłosili zastrzeżeń ani propozycji zmian.

Pragnę dodać, że zgodnie z art. 146 ust. 2 ww. ustawy, Prezes NFZ przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunków wymaganych

od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych, powyższy przepis, wprowadzony ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), umożliwia wyeliminowanie ewentualnych uchybień w decyzjach Prezesa NFZ, dotyczących warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przed ich wejściem w życie.

Odnosząc się do zastrzeżeń Pana Rzecznika i przywołanych przepisów art. 31 ust. 3 zdanie 1 Konstytucji RP o ograniczeniu w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności wydaje się, iż poddanie się przez pacjenta leczeniu jest nieuchronnie związane z przynajmniej częściową rezygnacją z tych ostatnich. O opiniowaniu przedmiotowego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia przez konsultantów w dziedzinie psychiatrii zapewniam Pana Rzecznika we wszystkich kolejnych pismach skierowanych do Pana w tej sprawie i pragnę podkreślić, że regulacje zawarte w zarządzeniu nr 57/2007/DZOS służą efektywności i jakości leczenia pacjentów. Wydaje się, że określenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, warunków udzielania tych świadczeń zawartych w § 26 pkt 4 zarządzenia nr 57/2007/DZOS nie koliduje z art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.). Pragnę jeszcze raz podkreślić, że dla hospitalizowanego pacjenta przepustka i długość jej trwania jest elementem terapii i terapia ta, może być zastosowana wobec choroby pacjenta zgodnie z regulacją ustawową.

Z poważaniem

/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 22 sierpnia 2008 r.

RPO-593511-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich w toku postępowania wyjaśniającego w indywidualnej sprawie dotyczącej zaniechania leczenia operacyjnego pacjentki, która nie była w stanie samodzielnie wyrazić zgody na zabieg operacyjny, uzyskał informacje o niewłaściwym postępowaniu w tej sprawie szpitala.

Z listu skarżącego oraz korespondencji w tej sprawie ze szpitalem (kopie w załączeniu) wynika, że 84-letnia żona skarżącego, chora na chorobę Alzheimera, doznała złamania kości udowej i – w świetle opinii lekarzy ortopedów – wymagała jak najszybszej operacji, jako korzystniejszej w tym przypadku od leczenia zachowawczego metody postępowania medycznego. Po uzyskaniu opinii psychiatrycznej, że pacjentka nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody na zabieg, dyrektor szpitala i ordynator oddziału poinformowali skarżącego, że „rodzina powinna uzyskać ubezpieczeniowe pozwolenie w sądzie na czas operacji”, wskazując przy tym, że „lekarze oddziału postępują wg etyki i prawa obowiązującego w Polsce”. Po zakwestionowaniu tej procedury przez skarżącego, dyrektor szpitala pouczył skarżącego, że powinien w oparciu o art. 572 Kpc wystąpić do sądu rodzinnego o wydanie tzw. zgody zastępczej na ewentualne przeprowadzenie operacji żony. Z wyjaśnienia dyrektora szpitala do organu nadzorującego ten zakład opieki zdrowotnej wynika, że w dotychczasowej praktyce szpitala, wspomniane zgody najczęściej wydawane są na wniosek rodziny.

Powyższe postępowanie szpitala budzi wątpliwości w świetle obowiązujących przepisów prawa. Wskazuje nadto na obarczanie opiekunów/rodzin pacjentów obowiązkami, które powinny należeć do szpitala i lekarza. Zważyć wypada, że zgodnie z art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (jt. Dz. U. 2005 r. Nr 226, poz. 1943

ze zm.), lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Brak wyraźnego przepisu nakładającego na szpitale obowiązek uzyskania zgody sądu opiekuńczego w wymienionych wyżej sytuacjach – jak pokazuje opisany przypadek – prowadzi do rezygnacji szpitala z wykonywania tego obowiązku i obarczania nim opiekunów/rodzin pacjentów.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania podnoszonej sprawy i zajęcie stanowiska, a także o podjęcie działań legislacyjnych w kierunku dookreślenia obowiązujących przepisów w taki sposób, aby nie budziły one wątpliwości w praktyce. Zobowiązany będę za przekazanie informacji w tej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-073-12157-4/TP/08

Warszawa, 23 grudnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Nawiązując do wcześniejszego pisma Ministra Zdrowia (znak jak wyżej) w sprawie zaniechania leczenia operacyjnego pacjentki, od której nie można było uzyskać zgody na zabieg (RPO-593511-X/08/AA), uprzej-

mie wyjaśniam, że przeprowadzone analizy stanu prawnego nie znajdują uzasadnienia dla wątpliwości co do istnienia obowiązku uzyskania przez lekarza zgody sądu opiekuńczego na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego dorosłego pacjenta niezdolnego do samodzielnego wyrażenia zgody.

Zgodnie z art. 34 ust. 3 w związku z ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry *lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażania zgody, po pisemnym uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego*. Norma ta bez wątpienia jest skierowana do lekarza, co oznacza, że w przypadku pacjenta niezdolnego do samodzielnego wyrażania zgody i nie mającego przedstawiciela ustawowego na lekarzu spoczywa obowiązek uzyskania zgody sądu opiekuńczego. Również w przypadku okoliczności, o których mowa w art. 34 ust. 7, lekarz ma obowiązek powiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy o wykonanym zabiegu. Nie budzi to również wątpliwości w doktrynie prawniczej (por. M. Filar: „Postępowanie lecznicze (świadczenia zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażania zgody”, *Prawo i Medycyna* 2003/13/41; T. Dukiet-Nagórska: „Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim”, *Prawo i Medycyna* 2006/6-7/78).

W przypadku Szpitala Miejskiego w Gdyni przenoszenie oczywistego obowiązku lekarza na członka rodziny pacjentki, a także powoływanie się na stosowaną w tym szpitalu praktykę jest bezpodstawne.

W tej sytuacji podjęto odpowiednie działania wyjaśniające poprzez Naczelną Radę Lekarską w celu wyeliminowania podobnych praktyk z funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-600374-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 22 października 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pragnę przedstawić Pani Minister wątpliwości, dotyczące treści art. 30 ust. 1, 3 i 4 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, ze zm.). Przepisy te określają procedurę stosowaną w sytuacji, gdy osoba chora psychicznie nie wyraża zgody na leczenie psychiatryczne, ale dotychczasowe zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego lub jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, zaś uzasadnione jest przewidywanie poprawy jej stanu zdrowia w rezultacie leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

W świetle art. 29 ust. 2 i 3 ustawy, osoba taka jest kierowana do szpitala na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego. Podmiotem uprawnionym do złożenia wniosku do sądu w tej sprawie jest małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy lub faktyczny opiekun, a także organ pomocy społecznej, jeżeli osoba chora jest objęta wsparciem społecznym. W myśl art. 30 ust. 1 i 2 ustawy, do wniosku należy dołączyć świadectwo lekarza psychiatry zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, uzasadniające potrzebę leczenia szpitalnego. Nie dołączenie świadectwa do wniosku, lub dołączenie świadectwa wydanego w okresie dłuższym niż 14 dni przed złożeniem wniosku, skutkuje zwrotem wniosku przez sąd.

Stosownie do art. 30 ust. 3 i 4 ustawy, lekarz psychiatra zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, o ile uzna wydanie świadectwa za uzasadnione, wyznacza termin badania i zawiadamia o tym osobę chorą. Ma też prawo zwrócenia się do Policji o doprowadzenie tej osoby na badanie w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, o ile uchyla się ona od badania. O możliwości tej poucza osobę chorą we wspomnianym zawiadomieniu.

Przyznanie lekarzowi psychiatrze zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej mocą powołanego art. 30 ust. 3 i 4 ustawy prawa do decydowania o doprowadzeniu przez Policję, nadaje mu istocie kompetencje, przewi-

dziane co do zasady wyłącznie dla organów ochrony prawa. Wszak np. w myśl stosownych przepisów Kodeksu postępowania karnego czy ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 70 poz. 473 ze zm.), o doprowadzeniu decydują organy ochrony prawa (sąd, prokurator), w określonej formie prawnej (zarządzenie, postanowienie) i z możliwością zaskarżenia takiego aktu. Tymczasem decyzja lekarza psychiatry w przedmiocie doprowadzenia chorego przez Policję nie ma określonej formy prawnej, ani też nie są przewidziane środki odwoławcze oraz kontrola sądowa.

Należy też podnieść, że lekarz psychiatra zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, może skutecznie zablokować rozpoznanie przez sąd opiekuńczy wniosku uprawnionego podmiotu o skierowanie osoby chorej psychicznie na leczenie, w trybie art. 29 ustawy. Wszak lekarzowi temu przyznane jest dyskrecyjne i pozostające poza kontrolą uprawnienie do oceny potrzeby wydania świadectwa lekarskiego, a więc w praktyce decydowanie, czy sąd rozpozna wniosek, czy też nie. Jest to rozwiązanie dalece odbiegające od zasad postępowania w podobnych sytuacjach. Np. w postępowaniu w przedmiocie, ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, pijaństwa lub narkomanii, albo też przymusowego skierowania na leczenie odwykowe – gospodarzem postępowania jest sąd. Jeżeli niemożliwe jest dołączenie do wniosku wymaganych prawem świadectw, zaświadczeń lub opinii, to sąd decyduje, czy treść wniosku na tyle uprawdopodobnia potrzebę ubezwłasnowolnienia, aby kontynuować postępowanie (art. 552 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego). Także w przypadku wniosku o zobowiązanie do leczenia odwykowego osoby uzależnionej od alkoholu, możliwe jest złożenie tego wniosku bez dołączonej opinii biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Ponadto przepisy k.p.c. oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie przyznają podmiotom wydającym niezbędne w postępowaniu świadectwa, zaświadczenia lub opinie, kompetencji do zarządzania przymusowego doprowadzenia na badania, lecz pozostawiają sądowi decyzję w takiej sprawie.

Niezależnie od powyższego należałoby wskazać, że doprowadzenie osoby chorej na badania w trybie przewidzianym w art. 30 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, dokonywane jest przez Policję samodzielnie, jedynie przy obecności lekarza lub pielęgniarki publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 30a ustawy). Z takiej konstrukcji prawnej nie wynika prawo do kontroli i nadzoru lekarskiego nad sposobem doprowadzenia, w tym stosowaniem przymusu bezpośredniego. Ponadto nie jest uregulowana kwestia stosowania środków przymusu bezpośredniego w sytuacji, gdy nie zachodzą okoliczności wyliczone w art. 18 ust. 1 ustawy, uzasadniające

zastosowanie przewidzianych w art. 18 ust. 3 środków przymusu – izolacji, unieruchomienia, przytrzymania i przymusowego podania leków. Żaden z pozostałych przepisów ustawy nie upoważnia do stosowania przymusu bezpośredniego np. w wypadku opierania się chorego przed doprowadzeniem. Równocześnie, poważne wątpliwości budzić musi stosowanie przy doprowadzaniu na przymusowe badania psychiatryczne zasad i środków przymusu bezpośredniego, określonych w art. 16 ust. 1 ustawy z 6 kwietnia 1990 r. o Policji (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 43 poz. 277 ze zm.) – do Rzecznika Praw Obywatelskich docierają sygnały o takiej praktyce.

Mając powyższe na względzie, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj.: Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się więc do Pani Minister o podjęcie prac nad zmianą ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w celu zapewnienia należitych standardów ochrony wolności i praw osób chorych psychicznie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 9 lutego 2009 r.

RPO-600374-X/08/MJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję, że do dzisiejszego dnia do Biura RPO nie wpłynęła odpowiedź na wystąpienie z 22 października 2008 r. w którym zwracałem się do Pani Minister o zapewnienie należytej ochrony interesów osób, o których mówi art. 29 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. nr 111, poz. 535, ze zm.).

W związku z powyższym, na mocy art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (t.j. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) ponownie zwracam się do Pani Minister o podjęcie prac w celu zapewnienia należytych standardów ochrony wolności i praw wspomnianej grupy osób.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-0212-10860-4/KS/09

Warszawa, 10 marca 2009 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika z dnia 22 października 2008 r. (znak: RPO-600374-X/08/MJ), dotyczącego zawartych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) regulacji określających podstawy i sposób przeprowadzania przymusowych badań psychiatrycznych, przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Podstawowym celem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest zapewnienie osobom cierpiącym z powodu zaburzeń psychicznych należytej ochrony ich praw i dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Mając na względzie szczególny charakter tej kategorii zakłóceń zdrowia, jakimi są zaburzenia psychiczne, ustawodawca przewidział możliwość prowadzenia niezbędnej diagnostyki i terapii pomimo braku zgody osoby poddanej tym czynnościom. Należy bowiem podkreślić, iż istotą zaburzeń psychicznych jest cechujący chorego brak krytycyzmu względem stanu własnego zdrowia, a co za tym idzie brak potrzeby leczenia.

Jednym z przejawów przedstawionej powyżej koncepcji jest, przewidziana w art. 29 ust 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, możliwość przymusowej hospitalizacji osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na istnienie możliwości znacznego pogorszenia się stanu jej zdrowia lub osoby, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania potrzeb życiowych. Warunkiem hospitalizacji jest również przesłanka jej niezbędności – przekonanie iż pobyt w szpitalu zapobiegnie pogorszeniu się stanu zdrowia tej osoby lub doprowadzi do poprawy jej możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Przedstawiona powyżej regulacja odnosi się zatem do osób, które przebywają poza zakładem opieki zdrowotnej i, co do zasady, nie są świadome swojego stanu zdrowia. Zgodnie z art. 29 ust 2, o potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego orzeka sąd opiekuńczy, który przeprowadza postępowanie na wniosek małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego osoby, która ma być przymusowo hospitalizowana. Ze stosownym wnioskiem wystąpić może również organ właściwy do spraw pomocy społecznej. Mając świadomość, iż instytucja przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym mogłaby być nadużywana (w szczególności w odniesieniu do osób starszych, życiowo niezaradnych lub w celu rozstrzygania konfliktów rodzinnych) ustawodawca nałożył na wnioskodawcę obowiązek załączenia do wniosku świadectwa o stanie zdrowia psychicznego osoby, która ma być hospitalizowana (art. 30 ust 1), określając jednocześnie, iż dokument taki może być wystawiony jedynie przez lekarza specjalistę po osobistym zbadaniu tej osoby (art. 30 ust 2). Wprowadzenie obowiązku załączania do wniosku wspomnianego świadectwa, w połączeniu z przyznanym lekarzowi (w pierwotnej wersji ustawy zarówno art. 30 ust 2, jak i ust 3 i 4 odnosiły się do lekarza zatrudnionego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej) prawem do odmowy wydania takiego dokumentu lub przeprowadzenia stosownego badania nawet bez zgody badanej osoby służyć miało zapobieżeniu nadużywania tej instytucji.

Nie odnosząc się w tym miejscu do zagadnienia konstytucyjności przyjętego przez ustawodawcę rozwiązania, należy stwierdzić, iż nie zapewnia ono wystarczającej ochrony interesów osób, których bezpośrednio dotyczą przedmiotowe postępowania. Podkreślić należy również, iż przyznanie prawa do wzywania na badanie psychiatryczne jedynie lekarzowi zatrudnionemu w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy zakłady te nie podlegają w tym zakresie kontroli organów państwa, stanowi regulację dyskryminującą innych lekarzy, wykonujących zawód w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej lub w ramach indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich.

Mając na względzie przytoczone powyżej okoliczności, jak również zasygnalizowaną w piśmie Pana Rzecznika konieczność zgodnego z Konstytucją uregulowania podstaw i sposobu przeprowadzania przymusowych badań psychiatrycznych, pragnę poinformować Pana Rzecznika, iż w Ministerstwie Zdrowia został przygotowany projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w którym przewidziana została między innymi nowelizacja art. 30 tej ustawy.

Zgodnie z zawartym w przedmiotowym projekcie brzmieniem art. 30 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w przypadku niezłączenia do wniosku o przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego świadectwa o stanie zdrowia psychicznego osoby, która ma być hospitalizowana, lub gdy świadectwo to zostało wydane wcześniej niż 14 dni przed złożeniem wniosku, jeżeli z treści wniosku lub załączonych do niego dokumentów będzie uprawdopodobniała orzeczenie przymusowej hospitalizacji, sąd będzie mógł zarządzić badanie tej osoby przez biegłych. Przebieg badania, w tym ewentualne skorzystanie z pomocy Policji w doprowadzeniu osoby badanej, regulować będą przepisy art. 46 ust 2a ustawy.

Przyjęty w projekcie sposób uregulowania kwestii przeprowadzania badania psychiatrycznego, a w szczególności wskazanie sądu jako jedyne go podmiotu mogącego zadecydować o przymusowym doprowadzeniu osoby badanej, zapewni w mojej ocenie należyłą ochronę praw i godności osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, gwarantując jednocześnie sprawny przebieg postępowania sądowego. Należy jednak podkreślić, iż przedmiotowy projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest obecnie przedmiotem uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych, zatem jego treść może ulec zmianie.

Przedstawiając powyższe informację, pragnę jednocześnie przeprosić za opóźnienie w udzieleniu odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika. Powodem opóźnienia była chęć przekazania Panu Rzecznikowi informacji o podjętych przez Ministerstwo Zdrowia działaniach, a nie jedynie o zamierzeniach. Dlatego też, dopiero po ostatecznym zatwierdzeniu przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w którym zostały uwzględnione zgłoszone przez Pana Rzecznika postulaty, możliwe było przygotowanie niniejszej odpowiedzi.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 3 listopada 2008 r.

RPO-595130-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pozwalam sobie zwrócić się do Pani Minister w sprawie nieprzestrzegania praw pacjenta w publicznych szpitalach. Podstawowe prawa pacjenta definiuje art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.). W świetle tego przepisu, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, informacji o swoim stanie zdrowia, wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności, a także prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną osobę, kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, opieki duszpasterskiej.

Z posiadanych informacji, w tym listów obywateli kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że w publicznych szpitalach prawa te nie są powszechnie respektowane. Prawa pacjenta są wciąż postrzegane jako dodatek do właściwej opieki medycznej. Nadal dominuje paternalistyczny stosunek personelu medycznego do pacjenta. Zarówno pacjent jak i upoważnione przez niego osoby nie zawsze mogą uzyskać przystępną i przekazaną w godnych warunkach informację o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Wiele do życzenia pozostawia również respektowanie prawa do intymności i poszanowania godności. Zdarza się, że nie jest także przestrzegane prawo do opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską.

Personel medyczny ogranicza się zwykle do wykonywania czynności strictly medycznych nie zważając na potrzeby i oczekiwania chorego oraz

jego godność, jakby choroba zwalniała z szacunku do chorego. Tymczasem człowiek chory – w swoim cierpieniu, bezradności, upokorzeniu i całkowitym zdaniu się na innych – potrzebuje go znacznie więcej. Wiele wątpliwości budzi stosowanie wobec chorych środków przymusu bezpośredniego (głównie unieruchomienia z użyciem pasów), niejednokrotnie bez uprzedzenia o tym pacjenta i jego opiekunów, zachowania szczególnej ostrożności i dbałości o dobro chorego i jego godność.

Zważyć w tym miejscu wypada, że instytucję przymusu bezpośredniego przewiduje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.). W myśl art. 18 tej ustawy, uprawnienie do posłużenia się przymusem bezpośrednim ogranicza się do osób z zaburzeniami psychicznymi, toku wykonywaniu czynności przewidzianych w tej ustawie i możliwe jest tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia. Stosowanie przymusu bezpośredniego wymaga nadto zachowania przewidzianej przez ustawodawcę procedury oraz podlega kontroli. Przymus bezpośredni stosowany w innych przypadkach nie znajduje podstaw prawnych i godzi w wolność człowieka, a jego stosowanie – bez wyraźnego umocowania prawnego, odpowiedniej procedury i kontroli – pozbawia chorych somatycznie nie tylko niezbędnej w tej sytuacji ochrony, ale i naraża na upokorzenie.

Informacje te potwierdzają doniesienia środków masowego przekazu, wskazując m.in. na zaniedbania w opiece nad małymi dziećmi, zniewalanie chorych przy użyciu pasów unieruchamiających, naruszanie praw chorych terminalnie („Gazeta Wyborcza” z dnia 25–26 października 2008 r. – artykuł pt. „Lament nad dziećmi, które bezgłośnie płaczą”, tygodnik „Niedziela” z dnia 27 lipca 2008 r. artykuł pt. „Czy wolno tak zniewalać”, „Gazeta Wyborcza – Stołeczna” artykuł pt. „Umierać po ludzku – to nie w szpitalu – kopie artykułów w załączeniu).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w podnoszonej sprawie. Będę zobowiązany za przekazanie informacji odnośnie działań Pani Minister w tej materii, w szczególności w zakresie monitoringu przestrzegania praw pacjenta i usunięcia występujących nieprawidłowości.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
BPP-070-26-2183/IJR/08

Warszawa, 1 grudnia 2008 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

Odpowiadając na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich znak: RPO-595130-X/08/AA w sprawie dotyczącej nieprzestrzegania praw pacjenta w publicznych szpitalach wyjaśnia się, co następuje:

Przestrzeganie praw pacjenta jest kwestią, zasadniczą dla Ministra Zdrowia, dlatego z tak dużą uwagą zostały poddane analizie treści przekazane pismem Rzecznika Praw Obywatelskich.

Jednostką budżetową podległą Ministrowi Zdrowia, do której zadań należy monitorowanie przestrzegania praw pacjenta jest Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia funkcjonujące na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2006 roku w sprawie Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia (DZ. Urz. MZ. z 2006 r. Nr 07, poz. 29).

Przedmiotem działalności Biura jest realizacja zadań związanych z ochroną praw pacjenta głównie wynikających z art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, (Dz. U. z 2007 r., nr 14 poz. 89 z późn. zm.), oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach 8–21.00. Przyjmowanie zgłoszeń od pacjentów i ich rodzin następuje przez specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, prawników i lekarzy, drogą telefoniczną (bezpłatna infolinia 0-800-190-590), piśmnią (adres Biura lub pocztą elektroniczną sekretariat@bpp.gov.pl) oraz osobiście w siedzibie Biura.

Biuro podejmuje działania nie tylko na podstawie zgłoszeń pacjentów i ich rodzin, ale również informacji przekazanych przez media publiczne, jeżeli z przekazanych informacji wynika, iż mogło dojść do naruszenia praw pacjenta np.: dostępności określonej grupy pacjentów do danego leku, pacjenci z rozpoznaniem onkologicznym. Wszystkie sprawy, które zostają zgłoszone do Biura są szczegółowo wyjaśniane, a sam pacjent otrzymuje wyczerpującą informacje na temat przysługujących mu praw, natomiast w sytuacjach tego wymagających Biuro podejmuje natychmiastowe interwencje. Niejednokrotnie Biuro w ramach prowadzonego postępowania

wyjaśniającego poddaje analizie kopię dokumentacji medycznej, występuje do świadczeniodawców, konsultantów krajowych i wojewódzkich, organów założycielskich, płatnika, oraz organów samorządu zawodowego.

Biuro realizując swoje zadania szczególną uwagę poświęca przestrzeganiu praw pacjenta do: poszanowania intymności i godności, kontaktu z osobami z zewnątrz, opieki duszpasterskiej, a także do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną, w szczególności w odniesieniu do dzieci i młodzieży, kobiet ciężarnych i osób w podeszłym wieku.

Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia w roku 2007 roku zarejestrowało 18.280 spraw dotyczących przestrzegania praw pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Natomiast w celu wzmocnienia ochrony praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych od 1 stycznia 2006 roku wprowadzono funkcje Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, będącego pracownikiem Biura⁴. Zgodnie z § 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 roku w sprawie *szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* (Dz. U. z 2006.Nr 16, poz.126) Rzecznik, z własnej inicjatywy, dokonuje oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni.

Jedną z form działalności Rzecznika jest działalność kontrolna, która polega na systematycznym zbieraniu informacji o pacjentach przyjętych i leczonych bez zgody; systematyczne wizyty w salach obserwacyjnych, kontrola zasad stosowania przymusu bezpośredniego. Rzecznik w szczególności ustalał: czy pacjenci informowani są o przysługujących im prawach i obowiązkach, czy informacja ta jest łatwo dostępna, czy pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia, czy mają prawo wglądu we własną dokumentację medyczną, czy wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury i zabiegi, czy krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w sprawowaniu opieki nad chorym, czy opieka nad pacjentem sprawowana jest z zachowaniem intymności i godności, czy pacjenci mają możliwość korzystania z telefonu, czy mają zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej.

Wyjaśnianie skarg pacjentów powiązane jest z kontrolą dokumentacji medycznej pacjenta⁵. Rzecznik analizował dokumentację medyczną w przedmiocie zastosowania przymusu bezpośredniego (*m. in. Kartę Zastosowania Unieruchomienia i Izolacji*).

⁴ Art. 10a-10d ustawy 2 dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

⁵ Art. 10b ust. 4 pkt. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Przedmiotowa analiza dokumentacji dokonywana była w szczególności w aspekcie uwalniania pacjenta w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, czasu trwania zastosowania przymusu, przesłanek legalności zastosowania określonych form przymusu bezpośredniego. Ponadto Rzecznik ustalał czy w dokumentacji medycznej zamieszczona jest adnotacja o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi o tym, że ma być zastosowany wobec niej przymus bezpośredni.

Obserwacje i rozmowy z pacjentami ukierunkowane były również na ustalenie, czy zapewnione jest bezpieczeństwo pobytu pacjentów m. in. w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej tj. zapewniania całodobowej obsady pielęgniarskiej na wszystkich odcinkach oddziałów. Kontrola dotyczyła także dostępności do konsultacji specjalistycznych oraz sprawowania opieki lekarskiej poprzez wykonywanie codziennych obchodów lekarskich w oddziałach.

Najczęściej rejestrowymi naruszeniami w przedmiotowym zakresie były: stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, jako kary za zachowanie pacjenta, niezgodne z oczekiwaniami personelu medycznego, a nie ze względu na przesłanki ustawowe; brak odpowiedniej opieki nad pacjentami, wobec których zastosowano przymus bezpośredni przy pomocy pasów; stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia bez zlecenia lekarza.

W 2007 roku Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zarejestrowali 643 sprawy związane z stosowaniem przymusu bezpośredniego.

Z uwagi na utrudnienia, jakie Rzecznicy napotykali ze strony dyrektorów i personelu medycznego np.: nie możliwość rozmowy Rzecznika z pacjentem bez obecności personelu medycznego Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia wystąpiło z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia o wzmocnienie pozycji Rzecznika w celu

skuteczniejszej realizacji przypisanych mu zadań tj. ochrony praw pacjenta w efekcie, czego trwają prace legislacyjne nad nowelizacją w/w ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*.

Natomiast, jeżeli chodzi o kwestie stosowania przymusu bezpośrednio w szpitalach ogólnych Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia nie zarejestrowało pisemnych skarg w przedmiotowym zakresie.

Niezależnie od powyższych działań należy przyjąć, iż wejście w życie ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* wzmocni pozycję pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, co z kolei wpłynie na zwiększenie świadomości pacjenta w zakresie przysługujących mu praw, a w dalszej konsekwencji wpłynie na eliminowanie sytuacji noszących znamiona paternalizmu.

Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* ma charakter aktu normatywnego porządkującego w polskim systemie prawnym kwestie dotyczące praw pacjenta. Po pierwsze, dlatego, że formuje na poziomie jednego aktu powszechnie obowiązującego, czyli ustawy najważniejsze prawa pacjenta. Prawa sformułowane w treści projektu są obecnie unormowane w kilku ustawach z zakresu ochrony zdrowia. Stanowi to potencjalne utrudnienie zarówno dla pacjentów, jak i podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Wychoząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów w Polsce, przedmiotowa ustawa stanowi zabieg logiczny i uzasadniony z punktu widzenia podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ustawa w swej treści odwołuje się do uniwersalnych praw człowieka takich jak: prawo do poszanowania swojej osoby, jako osoby ludzkiej; prawo do samodecydowania; do poszanowania integralności psychicznej i fizycznej oraz do poczucia bezpieczeństwa; prawo do poszanowania prywatności; a także do poszanowania przekonań religijnych.

Kolejną zaletą rzeczony ustawy jest stworzenie nieznaney dotychczas kategorii zbiorowych praw pacjenta. Zgodnie z definicją zawartą w projekcie: *przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta rozumie się bezprawne, bezpośrednio lub pośrednio zorganizowane działanie lub zaniechanie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mających na celu pozbawienie pacjentów praw określonych w przepisach ustawy oraz innych ustaw lub ograniczenie tych praw w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej.*

W tym miejscu należy podkreślić, iż nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

Przedmiotowe rozwiązanie daje możliwość Rzecznikowi reagowania w tych sferach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w której dotychczas instytucje powołane do monitorowania przestrzegania prawa pacjenta nie miały tytułu prawnego.

Ustawa stwarza możliwości podejmowania działalności prewencyjnej, tj. zmierzającej do eliminowania potencjalnych zagrożeń, naruszeń, dotyczących wszystkich pacjentów, a nie jak dotychczas tylko w sprawach indywidualnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-537307-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 7 sierpnia 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Zwrócił się do mnie Pan Robert Biedroń – Prezes Kampanii Przeciw Homofobii, z prośbą o interwencję w sprawie dyskryminacji mężczyzn homo seksualnych w zakresie honorowego krwiodawstwa. Z wniosku skarżącego (kopia w załączeniu) wynika, iż kierowana przez niego organizacja, otrzymuje sygnały o praktyce stosowanej przez stacje krwiodawstwa z terenu całego kraju, polegającej na odmawianiu przyjmowania krwi od mężczyzn homo seksualnych, którzy nie ukrywają swojej orientacji seksualnej.

W toku podjętego w tej sprawie postępowania wyjaśniającego ustaliłem, że obecnie, warunki dopuszczalności pobierania krwi określa ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681 z póź. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. Nr 79, 691). W świetle przepisów tego rozporządzenia, kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi powinni odpowiadać wymaganiom zdrowotnym pozwalającym na ustalenie, że każdorazowe pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla ich stanu zdrowia lub stanu zdrowia biorców. O spełnianiu przez kandydata na dawcę krwi lub dawcę krwi wymagań zdrowotnych orzeka lekarz po przeprowadzeniu badania lekarskiego, które obejmuje ocenę informacji zawartych w wypełnionym kwestionariuszu dla dawców krwi, wywiad lekarski oraz badanie przedmiotowe. Wywiad lekarski powinien w szczególności zapewnić uzyskanie danych pozwalających na ustalenie braku stałych lub czasowych przeciwwskazań do oddawania krwi, określonych stosownie do kryteriów zawartych w załączniku nr 1 do rozporządzenia. Załącznik ten, wśród kryteriów dyskwalifikacji stosowanych wobec dawców krwi, wymienia m.in.

zachowania seksualne (osoby, które ze względu na swoje zachowania seksualne należą do grup podwyższonego ryzyka zakażenia poważnymi chorobami, mogącymi przenosić się drogą przetoczenia krwi).

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w sprawie zarzutów skarżącego oraz odnośnie dopuszczalności odmowy przyjmowania krwi z powodu orientacji seksualnej kandydata na dawcę, w tym od mężczyzn homoseksualnych.

Będę zobowiązany za przekazanie informacji w tej sprawie oraz odnośnie ewentualnych działań Pana Ministra w tej materii.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 5 września 2006 r.

MZ-PZ-HEM-400-319-334/WK/06

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo znak RPO-537307-X/06/AA z dnia 7 sierpnia 2006 r. w sprawie dyskryminacji mężczyzn homoseksualnych w zakresie honorowego krwiodawstwa uprzejmie informuję, że działalność służby krwi w Polsce, podobnie jak w innych krajach, ma na celu przygotowanie krwi i jej składników zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami bezpieczeństwa. Celowi temu służą między innymi przepisy dotyczące stałych i tymczasowych przeciwwskazań do oddawania krwi. Jedno z przeciwwskazań stałych dotyczy osób, które ze względu na swoje zachowania seksualne należą do grup podwyższonego ryzyka zakażenia poważnymi chorobami, mogącymi przenosić się drogą przetoczenia krwi (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, (Dz. U. 79, poz.691).

Od dwudziestu lat epidemia HIV/AIDS stanowi kluczowy problem polityki zdrowia publicznego. Unia Europejska i kraje z nią sąsiadujące stoją obecnie w obliczu zagrożenia nową falą epidemii. Pewne części regionu europejskiego wykazują najszybszy na świecie wskaźnik przyrostu nowych przypadków HIV/AIDS. Dane ogłoszone w roku 2004 przez UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) potwierdzają fakt, że liczba nowych zakażeń wzrasta we wszystkich 25 państwach członkowskich.

Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 15.12.2005 w sprawie zwalczania HIV/AIDS w Unii Europejskiej i w państwach z nią sąsiadujących w latach 2006–2009 podkreśla znaczenie profilaktyki jako podstawowej metody walki z HIV/AIDS, przy czym jako jedną z grup wymagających szczególnych działań prewencyjnych wymienia mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM). Według raportów EuroHIV, europejskiej agendy WHO, w ciągu ostatnich lat liczba nowych zakażeń wśród MSM znacznie wzrosła. Wzrost liczby zakażeń o ponad 50% zaobserwowano m.in. w Danii, Finlandii i w Niemczech.

Zagadnienie dyskwalifikacji MSM jako dawców krwi omawia raport Grupy Roboczej do Spraw Bezpieczeństwa Krwi EBA (European Blood Alliance) z dnia 26.10.2005. Celem stosowania dyskwalifikacji MSM jest zwiększenie bezpieczeństwa przetaczanej krwi, przede wszystkim ze względu na HIV/AIDS, jednak również z uwagi na inne choroby przenoszone drogą płciową i drogą przetoczeń.

Przy opracowaniu raportu uwzględniono m.in.:

1. Wyniki badań epidemiologicznych dotyczących występowania zakażenia HIV, HBV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową w populacji MSM

2. Wyniki badań epidemiologicznych, oceniających czynniki i zachowania wysokiego ryzyka, występujące u dawców, u których stwierdzono zakażenie HIV, HBV i kiłą

3. Stanowiska zajmowane w sprawie dyskwalifikacji MSM przez rządy poszczególnych państw

4. Treść dyrektywy EU 2004/3 3/EC, wykonującej dyrektywę 2002/98/EC Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi.

Na podstawie dostępnych badań epidemiologicznych dotyczących zarówno zdrowia publicznego, jak populacji krwiodawców, ryzyko zakażenia HIV występujące u MSM oceniono jako szczególnie wysokie. Badania epidemiologiczne wykazały również zwiększone ryzyko zakażenia MSM chorobami przenoszonymi drogą płciową, m.in. kiłą i ziarniniakiem wenerycznym (Lymphogranuloma Venereum – LGV), a także innymi chorobami, dla których

przenoszenie drogą kontaktów płciowych nie było dotychczas uważane za typowe (HCV). Dane te dowodzą, że zachowania występujące wśród MSM stwarzają większe od przeciętnego ryzyko zakażenia zarówno chorobami już znanymi, jak i chorobami, które mogą zostać wykryte w przyszłości.

Zgodnie z dyrektywą EU 2004/33/EC osoby, które ze względu na swoje zachowania seksualne należą do grup podwyższonego ryzyka zakażenia poważnymi chorobami, mogącymi przenosić się drogą przetoczenia krwi, powinny podlegać dyskwalifikacji stałej jako krwiodawcy. Zgodnie z opinią Grupy Roboczej EBA, MSM stanowią taką właśnie grupę, a ich dyskwalifikacja jako krwiodawców jest uzasadniona, przede wszystkim ze względu na ryzyko przeniesienia zakażenia HIV.

Pomimo wprowadzenia badania krwi dawców na obecność przeciwciał anty-HIV, a ostatnio także badań metodami biologii molekularnej, nie udało się całkowicie wyeliminować możliwości zakażenia HIV drogą przetoczenia krwi. Zgodnie z zaleceniami raportu wskazane jest więc utrzymanie obowiązujących obecnie przepisów zalecających dyskwalifikację stałą MSM jako krwiodawców.

Rozwiązania takie obowiązują obecnie w wielu krajach, w tym we Francji, Niemczech, Holandii, Wielkiej Brytanii, Belgii, Słowenii, Irlandii. Przepisy obowiązujące w Polsce pozostają pod tym względem w zgodzie z prawodawstwem unijnym, a w szczególności ze wspomnianą dyrektywą EU 2004/33/EC, także z wydawnictwem Rady Europy „Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components”, wyd. 13. Należy podkreślić, że uregulowania te mają na celu wyłącznie zapewnienie bezpieczeństwa przetaczanej krwi i dotyczą nie tylko MSM, lecz także wielu innych grup potencjalnych krwiodawców. Przyczyną dyskwalifikacji nie jest zatem sam fakt orientacji homoseksualnej, ale zwiększone ryzyko zakażenia MSM chorobami przenoszonymi drogą przetoczeń. Ryzyko to związane jest z występującymi częściej w środowisku homoseksualnym zachowaniami wysokiego ryzyka. Zagadnieniu temu poświęcono ostatnio szereg badań behawioralnych, zarówno w Europie, jak ostatnio w USA. Przeprowadzone na wielką skalę (10 300 uczestników MSM) badania amerykańskie wykazały m.in. że 76% z nich miało w ciągu ostatniego roku kontakty seksualne z więcej niż jednym partnerem, a 75% – kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami (od 1 do 300, mediana – 4), przy czym 58% uczestników uprawiało seks bez zabezpieczenia. Wyniki te nie oznaczają oczywiście, że zachowania takie są typowe dla każdego mężczyzny o orientacji homoseksualnej; prawdopodobnie wiele osób może uznać swoją dyskwalifikację za nieuzasadnioną, a nawet krzywdzącą. Przedstawiając powyższe uprzejmie informuję, że odmowa przyjmowania krwi z powodu orientacji seksualnej

kandydata nie dyskryminuje mężczyzn homoseksualnych, lecz służy priorytetowemu celowi działania służby krwi tj. zapewnienie bezpieczeństwa przetoczeń krwi, a co za tym idzie – dobro pacjenta.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich
RPO-594968-VII-701.4/08/ED

Warszawa, 16 października 2008 r.

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję, iż w związku z publikacją w internetowym wydaniu dziennika łódzkiego „Polska”, zatytułowaną „Więźniowie z Łódzkiego chcą oddawać krew”, Rzecznik Praw Obywatelskich podjął z urzędu przedstawioną w tym artykule sprawę.

Zgodnie z treścią załącznika nr 1 – część 2.2.2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. z 2005 r., Nr 79, poz. 691 z późn. zm.), osoby odbywające karę pozbawienia wolności są tymczasowo wyłączone z możliwości oddawania krwi w czasie pobytu w zakładzie karnym oraz przez okres 6 miesięcy od jego opuszczenia. Odbywanie kary pozbawienia wolności zostało wymienione wśród kryteriów dyskwalifikacji tymczasowej dawców krwi allogenicznej, uznane za narażenie na niebezpieczeństwo zarażenia chorobami przenoszonymi drogą przetoczenia krwi.

W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, pozbawienie – na podstawie przepisów rozporządzenia – wyżej wymienionych osób możliwości świadczenia pomocy innym przez oddanie swojej krwi tylko dlatego, że znajdu-

ją się w określonej sytuacji prawnej i faktycznej, bez poddania tych osób indywidualnej ocenie w zakresie wymagań zdrowotnych oraz przeciwwskazań do pobierania krwi, może zostać uznane za naruszenie wyrażonej w art. 32 Konstytucji RP zasady równości. Analizowane uregulowanie prawne traktuje też osoby odbywające karę pozbawienia wolności w sposób wybiórczy. Nie obejmuje bowiem osób o podobnym statusie prawnym i faktycznym, w tym zwłaszcza osób, wobec których zastosowano środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania. Osoby te nie zostały wymienione jako grupa wyłączona z oddawania krwi przez sam fakt pobytu w areszcie śledczym. Obecne uregulowanie prawne, wymieniając jedynie osoby odbywające karę pozbawienia wolności, jako tymczasowo wyłączone z możliwości oddawania krwi, jest więc niezrozumiałe.

W przedstawionej sprawie przedstawiłam stanowisko zaprezentowane przez Panią Alinę Budziszewską-Makulską, Zastępcę Dyrektora Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia (pismo skierowane do Biura RPO z dnia 22 sierpnia br., MZ-PR-024-15595-2/AK/08/KB), iż prawo biorcy do ochrony zdrowia jest wartością nadrzędną w stosunku do chęci dawcy do oddania krwi. Jednakże kryteria dyskwalifikacji stałej, czy tymczasowej, stosowane wobec dawców krwi allogenicznej, są wystarczająco szczegółowe, aby wykluczyć osoby, które z różnych względów nie mogą zostać dawcami krwi. Każdorazowo pobrana krew jest bowiem szczegółowo badana przed dopuszczeniem kandydata do oddania krwi. Na podstawie wyników tych badań eliminuje się dawców, których krew może być źródłem zakażenia. Zapewne jednak część osadzonych w jednostkach penitencjarnych spełnia wymagania zdrowotne i, po przebadaniu, mogłaby oddać krew. Wobec zaś jej deficytu, w tym zwłaszcza grup ujemnych, sprawa ta jest szczególnie istotna.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 1 oraz ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 z późn. zm.) uprzejmie proszę Panią Minister o podjęcie inicjatywy prawodawczej zmierzającej do nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, w części, w jakiej odbywanie kary pozbawienia wolności jest czynnikiem samoistnie eliminującym osoby skazane na taką karę z możliwości oddawania krwi.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-073-15595-4/AK/08

Warszawa, 12 listopada 2008 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 16 października br. dotyczące podjęcia inicjatywy prawodawczej zmierzającej do nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi uprzejmie informuję, iż zmiana obecnej regulacji skutkującej automatycznym wyeliminowaniem możliwości oddawania krwi przez osoby skazane na karę pozbawienia wolności wymaga przeprowadzenia gruntownej analizy. W tym celu, a także w trosce o zagwarantowanie równego traktowania wszystkich grup społecznych, ale mając przede wszystkim na względzie bezpieczeństwo pacjentów zwrócono się do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii oraz Narodowego Centrum Krwi z prośbą o wyrażenie opinii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINSITRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 17 grudnia 2008 r.

MZ-PZ-OP-400-4921-6/AP/08

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Wielce Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 16 października 2008 r., znak: (RPO-594968-VII-701.4/08/ED), w sprawie podjęcia inicjatywy zmierzającej do nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. Nr 79, poz. 691 z późn. zm.), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. cytowanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, odbywanie kary pozbawienia wolności stanowi przyczynę dyskwalifikacji kandydata na dawcę krwi na czas pobytu w zakładzie karnym i okres 6 miesięcy po jego opuszczeniu. Dzięki wprowadzeniu nowych metod wykrywania markerów chorób przenoszonych drogą przetoczeń (badania metodami biologii molekularnej) okres ten uległ już skróceniu o 6 miesięcy w porównaniu z poprzednio obowiązującym stanem prawnym. Dyskwalifikacja ta powinna dotyczyć wszystkich sytuacji przymusowego pozbawienia wolności. Wymóg ten ma na celu jedynie zapewnienie bezpieczeństwa biorców krwi, nie zaś dyskryminację osadzonych.

Jednostki publicznej służby krwi nie dysponują danymi na temat częstości występowania czynników zakaźnych u osób przebywających w polskich zakładach karnych, jednak wyniki badań przeprowadzonych w innych krajach wskazują, że w populacjach takich występuje szczególnie duże ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą przetoczeń. Nie sposób sprawdzić, czy kandydat na dawcę nie przebywa w jednej celi z osobami będącymi nosicielami wirusów powodujących zapalenie wątroby czy też nie jest narażony na zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową. Czynniki zakaźne warunkujące te choroby znajdują się również we krwi.

Należy podkreślić, że wykonane nawet najdoskonalszymi metodami badania diagnostyczne, wykrywające czynniki zakaźne, nie zapewniają

stuprocentowego bezpieczeństwa pobranej krwi. Od wtargnięcia czynnika zakaźnego do krwiobiegu do chwili, w której może on być wykryty, mija pewien okres czasu, jest to tzw. „okienko serologiczne”. Staranny dobór krwiodawców stanowi w tej sytuacji dodatkowe zabezpieczenie przed przeniesieniem chorób zakaźnych drogą przetoczeń.

Ponieważ podstawowym celem działalności służby krwi jest zapewnienie bezpieczeństwa pobieranej krwi i jej składników, niezbędna jest niekiedy dyskwalifikacja kandydatów na krwiodawców z grup mogących stwarzać szczególne zagrożenie. Dotyczy to **nie tylko osób** przebywających w zakładzie karnym, ale także szeregu innych sytuacji związanych ze zwiększonym ryzykiem zarażenia chorobami przenoszonymi drogą transfuzji. Zgodnie z zaleceniami Rady Europy, prawo biorców krwi do ochrony zdrowia, a w szczególności do minimalizacji ryzyka zakażenia, powinno mieć bezwzględne pierwszeństwo przed wszystkimi innymi czynnikami, w tym także przed wyrażoną przez inne osoby chęcią oddawania krwi. Dyskwalifikację osób przebywających w zakładach karnych należy w tej sytuacji uznać za uzasadnioną.

Jednostki publicznej służby krwi mają prawo do podjęcia ostatecznej decyzji o przyjęciu lub dyskwalifikacji dawcy do oddania krwi. W związku z powyższym nie ma wskazań do nowelizacji obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-605142-I/08/MSW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 23 grudnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Z doniesień prasowych („Dyskryminujący przepis: nauczyciel musi być ładny” w Dzienniku Bałtyckim z dnia 11 grudnia 2008 r., „Brzydki jest bez szans” w: Polska Dziennik Zachodni z dnia 11 grudnia 2008 r.), powzięłem wiadomość o wykorzystywaniu w niektórych rejonach Polski (województwo pomorskie) formularza świadectwa lekarskiego o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego, na którym lekarz powinien zaznaczyć, czy „u badanego nie stwierdzono: 1. (...) tików, grymasów, zaburzeń mowy, wzmożonej pobudliwości i nieźrównoważenia, padaczki, itp., 2. rozległych i trwałych zmian chorobowych skóry, zwłaszcza części odkrytych, (...) 6. zniekształceń lub zeszpeceń powodujących odrażający wygląd zewnętrzny.” Przedmiotowy formularz, chociaż nie obowiązuje od 1990 r., podobno nadal ma być w użyciu.

Zamieszczenie w przedmiotowym druku sformułowania o nie stwierdzeniu u kandydata do zawodu nauczyciela ww. cech osobowych, wskazuje na uzależnienie jego przydatności do zawodu od nie posiadania tych właśnie cech. Zarówno treść formularza, jak i publikacje na jego temat wywołały kontrowersje społeczne, zwłaszcza wśród nauczycieli. Jako Rzecznik Praw Obywatelskich podzielam opinię, zgodnie z którą wykorzystywanie tego formularza stanowi przejaw nieuzasadnionej dyskryminacji ze względu na wygląd zewnętrzny.

Nakaz równego traktowania gwarantowany jest przez art. 32 Konstytucji RP, zgodnie z którym „1. wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.” Zakaz ten dotyczy bardzo szerokiego i nieokreślonego z góry kręgu cech, w oparciu o które w żadnym wypadku

nie wolno ustanawiać różnic. Nie powinno budzić wątpliwości, iż do cech tych zalicza się również wygląd zewnętrzny człowieka.

W mojej ocenie używanie formularza prowadzi także do naruszeń w sferze godności człowieka. W myśl art. 30 Konstytucji RP „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.” Należy podkreślić, że godność przysługuje każdemu człowiekowi zawsze i w jednakowym stopniu oraz niezależnie od jego cech powierzchownych. Godność człowieka wyraża się także w zakazie poddawania go takim sytuacjom, czy takiemu traktowaniu, które mogą tę godność podważyć.

W związku z powyższym, działając w oparciu o art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147, ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji na temat działań podjętych przez Panią Minister, zmierzających do usunięcia stwierdzonej nieprawidłowości w działalności organów oświatowych.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-M-073-13569-1/AP/09

Warszawa, 2 lutego 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo z dnia 23 grudnia 2008 r. (znak: RPO-605142-I/08/MSW), w sprawie używania przez uczelnie wyższe z terenu województwa pomorskiego, podczas postępowania rekrutacyjnego, wzoru nieobowiązującego formularza „świadectwa lekarskiego o przydatności fizycznej do zawodu nauczyciela”, uprzejmie przedstawiam następujące stanowisko w sprawie.

Powoływany w piśmie wzór „świadczenia lekarskiego”, nie stanowi źródła powszechnie obowiązującego prawa, a przede wszystkim, nie został ustanowiony jako załącznik do jakiegokolwiek aktu normatywnego Ministra Zdrowia.

Postępowanie rekrutacyjne kandydatów na studia unormowane jest w ustawie z dnia 7 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.). Zgodnie z literalnym brzmieniem przepisu art. 169 ust. 2 tej ustawy, senat uczelni ustala warunki i tryb rekrutacji oraz formy studiów na poszczególnych kierunkach. Podjętą w tej sprawie uchwałę uczelnia podaje do wiadomości publicznej nie później niż do dnia 31 maja roku poprzedzającego rok akademicki, którego uchwała dotyczy, i przesyła ministrowi właściwemu do spraw szkolnictwa wyższego. Podstawę przyjęcia na studia pierwszego stopnia lub jednolite studia magisterskie stanowią wyniki egzaminu maturalnego. Senat uczelni ustala jakie wyniki egzaminu maturalnego stanowią podstawę przyjęcia na studia.

Uczelnia może za zgodą ministra właściwemu do spraw szkolnictwa wyższego przeprowadzić dodatkowe egzaminy wstępne, tylko w przypadku konieczności sprawdzenia wiedzy lub umiejętności nie sprawdzanych w trybie egzaminu maturalnego lub gdy osoba ubiegająca się o przyjęcie na studia posiada świadectwo dojrzałości uzyskane za granicą. W przypadku gdy wstęp na studia jest wolny, rekrutację przeprowadzają komisje rekrutacyjne powołane przez kierownika podstawowej jednostki organizacyjnej lub inny organ wskazany w statucie.

Komisje rekrutacyjne podejmują decyzje w sprawach przyjęcia na studia. Od decyzji komisji rekrutacyjnej służy odwołanie, w terminie czternastu dni od daty doręczenia decyzji, do uczelnianej komisji rekrutacyjnej, powołanej w trybie określonym przez statut. Podstawą odwołania może być jedynie wskazanie naruszenia warunków i trybu rekrutacji na studia.

Decyzję podejmuje rektor po rozpatrzeniu wniosku uczelnianej komisji rekrutacyjnej.

Decyzja rektora jest ostateczna. Wyniki postępowania rekrutacyjnego są jawne.

Mając na uwadze powyższe, jeżeli konkretna uczelnia stosuje, powołany w Pana piśmie, wzór nieobowiązującego formularza, narusza przepisy kodeksu cywilnego dotyczące między innymi ochrony dóbr osobistych osób fizycznych oraz przepisy dotyczące zakazu dyskryminacji i naraża się na odpowiedzialność odszkodowawczą. Niedopuszczalne jest bowiem stosowanie takiego kryterium jak wygląd zewnętrzny jako warunku koniecznego przyjęcia na studia.

Reasumując, pragnę podkreślić, że w pełni podzielam stanowisko Pana Rzecznika w przedmiotowej sprawie. Jednakże wobec tego, że szkoły kształcące do zawodu nauczycielskiego nie podlegają Ministrowi Zdrowia, wystąpienie Pana Rzecznika zostało przesłane do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z prośbą o podjęcie działań mających na celu wykluczenie z obrotu – przedmiotowego (niezgodnego z prawem) formularza świadectwa lekarskiego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-605142-I/08/MSW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 26 marca 2009 r.

Pan
Adam Fronczak
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do wcześniejszej korespondencji dotyczącej wykorzystywania nieaktualnego i naruszającego godność człowieka formularza świadectwa lekarskiego o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147, ze zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji, czy Ministerstwo Zdrowia skierowało już lub zamierza skierować w przedmiotowej sprawie pismo do Ministra Edukacji Narodowej. Jak bowiem wynika ze skierowanego do Ministra Zdrowia, a przesłanego do mojej wia-

domości pisma Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, to właśnie Minister Edukacji Narodowej jest właściwy do nadzoru nad placówkami oświatowymi oraz sprawuje kontrolę nad prawidłowością funkcjonowania służby zdrowia w zakresie medycyny pracy.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20 kwietnia 2009 r.

MZ-ZP-M-073-B569-3/AP/09

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo w sprawie wykorzystywania nieaktualnego formularza „świadectwa lekarskiego o przydatności fizycznej do zawodu nauczyciela” (znak. RPO-605142 I/08/MSW), uprzejmie informuję.

Działania podjęte przez Ministra Edukacji Narodowej polegające na skierowaniu do dyrektorów kolegiów nauczycielskich i nauczycielskich kolegiów języków obcych pismo zawierające wyjaśnienia w sprawie poprawnego dokumentowani zaświadczeniem lekarskim przydatności do zawodu nauczyciela wydają się bardzo zasadne i celowe.

W związku z tym, że nadal zdarzają się sporadycznie, przypadki wykorzystania tego druku, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego wystąpił z pismem do dyrektorów wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, o przekazanie informacji lekarzom uprawnionym do przeprowadzania badań profilaktycznych, aby wykorzystywali wzory dokumentów zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 11 marca 2008 r.

RPO-578635-VII-711/08/ED

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich od dłuższego czasu wpływają skargi osób pozbawionych wolności, które żalą się, że podczas konwojowania przez Policję lub transportowania przez Służbę Więzienną, są one umieszczane w samochodach wspólnie z osobami palącymi. Na potrzebę zmiany regulacji tej kwestii Rzecznik Praw Obywatelskich zwracał uwagę już w 2002 r. (RPO-396086-VII/01/1.1), w wystąpieniu kierowanym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Sprawiedliwości.

Wymienieni ministrowie zauważyli jednak wówczas, że problem może zostać rozwiązany wyłącznie poprzez nowelizację ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55). Z tej ustawy wynika bowiem obowiązek zapewnienia pełnej ochrony prawa niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego. Ustawodawca oszczędnie jednak posługuje się w niej zakazami palenia tytoniu. Natomiast zawarte w art. 5 ust. 3 ustawy upoważnienie do wydania, przez ministrów właściwych do spraw obrony narodowej, spraw wewnętrznych oraz spraw sprawiedliwości, rozporządzeń określających zasady dopuszczalności używania wyrobów tytoniowych na terenie podległych im obiektów, nie pozwala na uregulowanie kwestii palenia w czasie transportu. Przepis ten upoważnia tylko do określenia zasad dopuszczalności używania tytoniu, bez możliwości wprowadzenia dalszych ograniczeń jego używania.

W mojej opinii, niezwykle istotne jest rozszerzenie regulacji ustawowej o zakaz palenia w środkach transportu stosowanych wobec osób pozbawionych wolności. Służy to nie tylko zapewnieniu bezpieczeństwa osób konwojowanych, ale przede wszystkim zapobiega sytuacjom, kiedy osoby niepalące są zmuszone do przebywania w zadymionym pojeździe. Należy przy tym zauważyć, że transport taki trwa niekiedy wiele godzin lub nawet dni. Tym samym sytuacja osób konwojowanych jest zdecydowanie gorsza

w trakcie transportu niż w czasie osadzenia w obiektach podlegających Policji czy Służbie Więziennej. W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147) uprzejmie proszę Panią Minister o podjęcie inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do wprowadzenia w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych zakazu palenia w środkach transportu stosowanych wobec osób pozbawionych wolności.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich
RPO-578635-VII-711/08/ED

Warszawa, 21 sierpnia 2008 r.

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W dniu 11 marca br. zostało skierowane do Pani Minister wystąpienie, w którym wskazałem na problem używania wyrobów tytoniowych przez osoby konwojowane przez funkcjonariuszy Policji lub Służby Więziennej. Odpowiedź w tej sprawie została udzielona pismem z dnia 25 lipca br. przez Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia (1. dz. MZ-ZP-P-073-11665-1/TP/08).

W treści wyżej wymienionej odpowiedzi podkreślono, że w samochodach specjalnych służących do przewozu osób osadzonych niemożliwe jest dopuszczenie używania wyrobów tytoniowych. Tymczasem wpływające do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich skargi osób pozbawionych wolności

wskazują, iż wobec braku regulacji ustawowej problem występuje w praktyce i osoby niepalące są umieszczane w środkach transportu z osobami palącymi, a tym samym są narażane na wdychanie dymu tytoniowego. Analiza tego problemu, przeprowadzana w trakcie wizytacji miejsc izolacji przez przedstawicieli Biura Rzecznika Praw Obywatelskich pokazuje, że Służba Więzienna w większości nie dopuszcza możliwości używania wyrobów tytoniowych w czasie transportu, co przykładowo znajduje odzwierciedlenie w tekstach porządków wewnętrznych zakładów karnych, czy aresztów śledczych. Każda jednostka podchodzi jednak do sprawy indywidualnie, ze względu na brak regulacji ustawowych. Natomiast funkcjonariusze Policji podejmują działania zmierzające do wyegzekwowania zakazu palenia jedynie w sytuacji, gdy osoba konwojowana zwróci się o to do nich i gdy istnieją techniczne możliwości konwojowania danej osoby w strefie wolnej od dymu tytoniowego. W efekcie osoby niepalące skarżą się do podległego mi Biura, iż narażane są w czasie transportu na wdychanie dymu tytoniowego.

Jak wskazywałem w wystąpieniu z dnia 11 marca br., istotne jest więc doprowadzenie do nowelizacji ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55) i rozszerzenie regulacji ustawowej o zakaz palenia w środkach transportu stosowanych wobec osób pozbawionych wolności. Służy to nie tylko zapewnieniu bezpieczeństwa osób konwojowanych, ale przede wszystkim zapobiega sytuacjom, kiedy osoby niepalące są zmuszone do przebywania w zadymionym pojeździe. Należy przy tym zauważyć, że transport taki trwa niekiedy wiele godzin lub nawet dni. Tym samym sytuacja osób konwojowanych jest zdecydowanie gorsza w trakcie transportu niż w czasie osadzenia w obiektach podlegających Policji czy Służbie Więziennej.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.) uprzejmie proszę Panią Minister o ponowne rozważenie przedstawionego problemu i podjęcie inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do wprowadzenia w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych zakazu palenia w środkach transportu stosowanych wobec osób pozbawionych wolności.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelska

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-P-073-11665-2/TP/08

Warszawa, 12 września 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo Pana Rzecznika w sprawie naruszania zakazu palenia tytoniu w pojazdach służących przewozowi osób pozbawionych wolności (RPO-578635-VII-711/08/ED z 21 sierpnia 2008r.) uprzejmie wyjaśniam, że ustawa z 9 listopada 1995 r. o *ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.) zakazując palenia tytoniu w zakładach opieki zdrowotnej, w placówkach edukacyjnych, w pomieszczeniach zakładów pracy i obiektów użyteczności publicznej (art. 5), powierza ministrom właściwym do spraw obrony narodowej, spraw wewnętrznych oraz sprawiedliwości uregulowanie zasad dopuszczalności palenia tytoniu na terenie podlegającym im obiektów. Z wydanych zgodnie z tą delegacją rozporządzeń wynika, że w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych oraz osób pozbawionych wolności nie ma swobody palenia tytoniu:

a) w obiektach dla osób zatrzymanych palenie jest dozwolone tylko w miejscach wyznaczonych do tego celu – odrębne zamykane pomieszczenia odpowiednio oznaczone, albo cele i pokoje mieszkalne przeznaczone dla osadzonych palących tytoń (§ 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 14 września 2001 r. w *sprawie zasad dopuszczalności używania wyrobów tytoniowych na terenie obiektów podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych* – Dz. U. Nr 106, poz. 1163);

b) w obiektach zakładów karnych osoby pozbawione wolności mogą palić tytoń tylko w celach mieszkalnych wydzielonych dla osób palących, a poza tymi celami tylko w miejscu i czasie wyznaczonym przez dyrektora zakładu karnego (§ 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 26 listopada 1996 r. w *sprawie określenia zasad dopuszczalności używania wyrobów tytoniowych w obiektach zamkniętych podległych Ministrowi Sprawiedliwości* – Dz. U. Nr 140, poz. 658).

Pojazdy służące do przewozu osób zatrzymanych i osób pozbawionych wolności nie są celami mieszkalnymi i nie ma możliwości ani potrzeby urządzania w nich palarni. Można zatem zgodzić się, że przytoczone wyżej regulacje są jasne i wystarczające dla ochrony niepalących przed narażeniem na dym tytoniowy zgodnie z intencją ustawy, a przy tym uwzględniające szczególną sytuację osób zatrzymanych lub pozbawionych wolności. Przypadki naruszania tych regulacji (zezwalanie osobom konwojowanym na palenie tytoniu w środkach transportu) wynikają raczej ze stosunku pracowników odpowiedzialnych do przepisów wymienionych rozporządzeń i nie jest pewne, że przeniesienie tych regulacji do ustawy przyczyni się do ich respektowania.

Obecnie w Komisji Zdrowia Sejmu RP przygotowwany jest projekt nowelizacji ustawy o *ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, która ma poszerzyć strefy wolne od dymu tytoniowego. Na etapie konsultacji projektu Z Rządem będzie możliwość zaproponowania również zmian sugerowanych przez Pana Rzecznika. W tej kwestii istotne będzie stanowisko Ministra Sprawiedliwości oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. Przekazując szefom tych resortów uwagi Pana Rzecznika, jak i pismo niniejsze spodziewam się, że przekażą oni swoje stanowisko w przedmiocie wspomnianych naruszeń przepisów, jak i celowości umieszczenia przedmiotowych zakazów w ustawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

Do wiadomości:

1. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
2. Minister Sprawiedliwości

2.3. Opieka nad matką i dzieckiem

2.3.1. Opieka okołoporodowa, Karta Praw Kobiety Rodzącej

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-555872-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 3 kwietnia 2007 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Z listów obywateli, doniesień środków masowego przekazu oraz raportów Fundacji „Rodzić po Ludzku” wynika, że w publicznych szpitalach nie są przestrzegane prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem. Naruszenie praw kobiet rodzących potwierdziły również wizytacje pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w wybranych szpitalach.

Analiza przepisów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wskazuje, że kobieta rodząca ma w ich świetle status pacjenta oraz osoby ubezpieczonej/świadczeniobiorcy.

Art. 68 Konstytucji RP, formułujący prawo do ochrony zdrowia, nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w stosunku m.in. do kobiet ciężarnych i dzieci – obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej. Warunki i zakres udzielania wymienionych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.). Zgodnie z przepisami tej ustawy, świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie (art. 2, art. 13 i art. 15). Ubezpieczenie zdrowotne oparte jest

w szczególności na zasadach równego traktowania i solidarności społecznej oraz zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (art. 65 ustawy).

Te podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego nie są powszechnie respektowane w przypadku kobiet rodzących. Przejawia się to m.in. w nieprzestrzeganiu zasady swobodnego wyboru szpitala oraz obowiązku prowadzenia listy oczekujących na odbycie planowego porodu, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z ustalonymi kryteriami medycznymi (art. 20 i art. 30 ustawy). O przyjęciu do szpitala, zwłaszcza w sytuacji ograniczonej liczby miejsc, decydują niejednokrotnie przesłanki poza medyczne, jak: ukończenie przez pacjentkę szkoły rodzenia prowadzonej przez dany szpital, lekarz prowadzący jest pracownikiem szpitala lub została wcześniej zawarta umowa o indywidualną opiekę położnej, pielęgniarki albo lekarza w trakcie porodu i po porodzie. Ponadto, szpitale publiczne – w ramach umów z firmami abonamentowymi świadczącymi usługi medyczne – zobowiązują się do zapewnienia klientkom tych firm pierwszeństwa w przyjęciu do szpitala w celu odbycia porodu.

Naruszenie zasady równego traktowania i solidarności społecznej oraz zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych polega przede wszystkim na pobieraniu przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi „ponadstandardowe”. Katalog tych opłat i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale oddzielnie, na podstawie zarządzeń ich kierowników. Do najczęściej pobieranych opłat należą opłaty: za osobną salę do porodu, jednoosobowy pokój po porodzie, indywidualną opiekę lekarza, położnej lub pielęgniarki podczas porodu, cesarskiego cięcia oraz po porodzie, poród rodzinny, znieczulenie zewnątrzoponowe.

Pobieranie wymienionych opłat nie znajduje oparcia w powszechnie obowiązujących przepisach prawa i stanowi niedopuszczalną praktykę publicznych szpitali. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani żadne inne przepisy normujące działalność opieki zdrowotnej, nie ustalają zakresu świadczeń zdrowotnych uznanych jako świadczenia standardowe lub ponadstandardowe (tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych) oraz nie przewidują możliwości pobierania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, opłat od osób ubezpieczonych/świadczeniobiorców za inne świadczenia niż wskazane w ustawie i przepisach wydanych na

jej podstawie. Zważyć należy, że świadczeń związanych z porodem nie wymienia art. 16 ust. 1 omawianej ustawy, określający rodzaje świadczeń, które nie przysługują świadczeniobiorcy na podstawie ustawy oraz załącznik do ustawy, ustalający wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych (art. 17 ustawy). Ustawodawca uznał nadto, że przyjmowanie od osób ubezpieczonych opłat za świadczenia ustawowo należne im bez opłat, stanowi czyn karalny – wykroczenie podlegające karze grzywny (art. 193 pkt 4 i art. 194 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Nie sposób nie zauważyć, że zgodnie z przepisami art. 33 i art. 34 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89), publiczny zakład opieki zdrowotnej może pobierać opłaty od osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych, jeżeli przepisy odrębne przewidują odpłatność za ich udzielanie. W przypadku świadczeń określonych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przepisy takie nie zostały wydane. Ponadto, w świetle art. 34 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej, upoważniony został jedynie do ustalenia wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym w rozumieniu art. 33 ust. 1 ustawy.

Wiele do życzenia pozostawia również respektowanie praw pacjenta wynikających z art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a także przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (jt. Dz. U. 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z póź. zm.), ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z póź. zm.) oraz kodeksów etycznych tych zawodów. W polskiej opiece okołoporodowej dominuje paternalistyczny stosunek personelu medycznego do kobiety rodzącej, a prawa pacjenta postrzegane są wciąż jako dodatek do właściwej opieki.

Wśród naruszeń praw pacjentek, w szczególności wskazać należy na udzielanie świadczeń zdrowotnych bez wyraźnej i świadomej zgody – informowanie o zamiarze wykonania zabiegu i uzyskiwanie zgody ogranicza się z reguły do przypadków cesarskiego cięcia, porodu zabiegowego lub znieczulenia dołędźwiowego, a w przypadku innych świadczeń, poprzestaje się na zgodzie ogólnej, uzyskanej przy przyjęciu kobiety do szpitala.

Warunki lokalowe i wyposażenie wielu szpitali oraz przyjęta organizacja pracy nie pozwalają na zapewnienie rodzącym prawa do intymności i godności, a istniejące jednostanowiskowe sale porodowe i jednoosobowe pokoje łóżkowe są niejednokrotnie traktowane jako sale i pokoje o podwyższonym standardzie i udostępniane wyłącznie za opłatą, pomimo, iż

organizowanie takich sal i pokoi jako standardu, przewiduje obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213 poz. 1568) – § 19 pkt 2 rozporządzenia oraz załącznik Nr 1 pkt V do rozporządzenia.

Pobieranie opłat za usługi związane z ustawowo określonymi prawami pacjenta jest nie do przyjęcia i budzić musi stanowczy sprzeciw. Pobieranie tych opłat pozostaje w kolizji z wymienionymi przepisami ustawowymi i dyskryminuje osoby niezażadne. W sytuacji, gdy za poszanowanie intymności czy wsparcie bliskiej osoby podczas porodu (poród rodzinny) trzeba zapłacić, prawa pacjenta i godna opieka postrzegane są jako dobra luksusowe, na które mogą sobie pozwolić tylko nieliczni. W publicznych szpitalach dochodzi do tworzenia „wewnętrznych katalogów świadczeń gwarantowanych”, a tym samym wytworzenia podwójnych standardów opieki (i niejednokrotnie traktowania kobiet rodzących przez personel) – sali porodowej z udogodnieniami i dodatkowymi świadczeniami dla kobiet wnoszących opłaty oraz ogólnej, skromnie wyposażonej porodówki dla pozostałych rodzących, gdy tymczasem wiele zespołów porodowych i oddziałów położniczych wyremontowano i unowocześniono ze środków publicznych, a zatem ogółu obywateli.

Jednocześnie należy podkreślić, że w myśl art. 1 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, m.in. lekarze ginekolodzy i lekarze położnicy oraz pielęgniarki lub położne – wykonujący zawód w formie indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki.

Niezrozumiałe jest przy tym odstępianie od finansowania ze środków publicznych usług szkół rodzenia, zważywszy, że szkoły te są nieocenioną pomocą dla matki, położnej, lekarza prowadzącego ciążę i odbierającego poród. Szkoła rodzenia przygotowuje kobietę i jej partnera (inną bliską osobę) do odbycia porodu i opieki nad noworodkiem (pielęgnacji, karmienia) oraz prowadzi edukację zdrowotną. Kobiety po szkole rodzenia rodzą bezpieczniej, są partnerkami personelu medycznego, rozpoznają oznaki zagrożenia (np. przedwczesnego porodu).

W konkluzji, pozwolę sobie zauważyć, że pobieranie dodatkowych opłat od pacjentek – przy braku jakichkolwiek działań Narodowego Funduszu Zdrowia i resortu zdrowia – zdaje się narastać i prowadzi do patologii. Pomimo publicznych wypowiedzi członków kierownictwa Minister-

stwa Zdrowia odnośnie bezprawności pobierania powyższych opłat oraz składanych deklaracji w zakresie rozwiązania problemu, dotychczas nie jest znane oficjalne stanowisko resortu zdrowia w tej sprawie, a przede wszystkim brak działań w kierunku uporządkowania sytuacji oraz zapewnienia każdej kobiecie rodzącej prawa do godnego porodu i opieki nad noworodkiem.

Moim zdaniem, sprawa wymaga pilnego rozwiązania i uporządkowania, tak, aby poród odbywał się w interesie zdrowotnym kobiety i noworodka, a nie w interesie finansowym szpitala i pracowników medycznych. Niezbędne są również nowoczesne, powszechnie obowiązujące standardy opieki okołoporodowej, które ustalą odrębny (szczególny) status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej, a także będą respektować zagwarantowane ustawowo prawa pacjenta oraz umożliwią walkę z rutyną i przestarzałymi praktykami.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w omawianej sprawie. Zobowiązany będę również za przekazanie informacji na temat działań Narodowego Funduszu Zdrowia i resortu zdrowia w sprawie zapewnienia przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i praw pacjenta oraz rozwiązania omawianej sytuacji.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-8539-3/SK/07

Warszawa, 14 czerwca 2007 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W ślad za pismem, znak: MZ-UZ-ZR-71-8539-2/SK/07, odnoszącym się do pisma Pana Rzecznika, znak: RPO-555872-X/07/AA, w sprawie nie przestrzegania prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych

w związku z porodem, przekazują następujące informacje uzupełniające w przedmiotowej sprawie,

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Centrala Funduszu zleciła dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu przeprowadzenie koordynowanej kontroli świadczeniodawców w zakresie pobierania dodatkowych opłat z tytułu wykonywania świadczeń związanych z porodem i opieką okołoporodową. Przedmiotem kontroli było sprawdzenie, czy udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z porodem i opieką okołoporodową uzależnione było od pobierania od ubezpieczonych dodatkowych opłat lub przekazywania przez nich darowizn.

Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia skontrolowały łącznie 377 świadczeniodawców, realizujących umowy w zakresie ginekologii i położnictwa.

Zgodnie z informacjami Funduszu w wyniku przeprowadzonych postępowań kontrolnych nie stwierdzono faktu uzależniania udzielania świadczeń związanych z porodem i/lub opieką okołoporodową od wniesienia przez ubezpieczonych opłat bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy. Świadczeniodawcy nie uzależniali realizacji świadczeń od wniesienia jakiegokolwiek opłaty, co oznacza, że nie stwierdzono pobierania opłat za wykonane świadczenia, które objęte są umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Mając na uwadze kwestię dotyczącą „porodów rodzinnych” i pobierania opłat za obecność w czasie porodu członka rodziny lub innej osoby bliskiej należy zaznaczyć, że ten rodzaj świadczenia nie jest objęty umową zawieraną z Funduszem, ale rozstrzygając możliwość pobierania w tym przypadku opłat należy uwzględnić przepisy o prawach pacjenta. W szczególności należy mieć na uwadze art. 19 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr.91, poz. 408, z późn. zm.), zgodnie z którym w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie. Dlatego też obecność w czasie porodu członka rodziny lub innej osoby bliskiej należy traktować jako element opieki pielęgniacyjnej i w związku z tym należy uznać, że jest to prawo pacjenta. Rozstrzygając natomiast możliwość pobierania w tym przypadku opłat należy mieć na uwadze art. 19 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym koszty realizacji tego uprawnienia nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej. W związku z powyższym należy stwierdzić, że w wypadku „porodów

rodzinnych” świadczeniodawca może pobierać opłaty z tytułu obecności w czasie porodu osoby bliskiej, ale wysokość tych opłat nie może przekraczać kosztów ponoszonych przez świadczeniodawcę w związku z zapewnieniem realizacji tego prawa pacjenta.

Odnosząc się do kwestii „szkół rodzenia”, uprzejmie informuję, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276, poz. 2740), wprowadza przepis o obowiązkowym objęciu opieką ciężarnych przez lekarza i położną, w związku z przygotowaniem do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Porady w omawianym zakresie udzielane są odpowiednio pomiędzy 21–26 tyg. ciąży, 27–32 tyg. ciąży, 33–37 tyg. ciąży, 38–39 tyg. ciąży oraz 40–41 tyg. ciąży, Rozporządzenie wprowadza także obowiązek czterokrotnej wizyty patronażowej realizowanej dla dziecka od 1 do 6 tygodnia przez położną rodzinną. W czasie wizyt położna podstawowej opieki zdrowotnej uczy między innymi prawidłowej techniki karmienia piersią, dobiera dietę dla kobiety karmiącej, uczy zasad właściwej pielęgnacji noworodka, ocenia odruchy noworodka.

Świadczenia przygotowujące kobiety ciężarne do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa są realizowane w formie:

- trzykrotnych wizyt lekarskich edukacyjnych w czasie trwania ciąży,
- pięciokrotnych porad edukacyjnych położnej w czasie trwania ciąży,
- lekarskiej wizyty pediatry u noworodka,
- czterokrotnych wizyt patronażowych położnej u noworodka.

Finansowanie porad i wizyt patronażowych mieści się w stawce kapitałowej lekarza rodzinnego, położnej rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej.

W przypadku wskazań uzasadniających dodatkową edukację związaną z przebiegiem ciąży rozliczanie dokonywane może być w ramach porad edukacyjnych II typu wykonywanych w ramach świadczeń w poradniach ginekologiczno-położniczych.

Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że w celu poprawy opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą w materiałach informacyjnych będących załącznikiem do zarządzenia Nr 80/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 września 2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”, z późn. zm., zostały wprowadzone zasady obejmujące założenia trójstopniowej opieki perinatalnej.

Założenia te zostały opracowane przez Zespół do spraw aktualizacji systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w Polsce, który powołano zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2005 r. Do zadań Zespołu należała ocena funkcjonowania systemu trójstopniowej opieki perinatalnej, weryfikacja oraz unowocześnienie kryteriów kwalifikacji oddziałów ginekologiczno-położniczych oraz neonatologicznych do poszczególnych stopni referencyjności oraz aktualizacja standardów postępowania w opiece perinatalnej celem ich rozpropagowania w szerokim gronie odbiorców.

Odnosząc się do kwestii opracowania standardów opieki okołoporodowej, uprzejmie informuję, że rozważana jest możliwość opracowania takich standardów. Aktualnie trwają uzgodnienia dotyczące sposobu ostatecznego rozwiązania przedmiotowej kwestii, które wynikają z faktu, iż w opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii bardziej korzystnym rozwiązaniem od wydania rozporządzenia w przedmiotowej sprawie jest ustalenie standardów i procedur medycznych mających zastosowanie w opiece okołoporodowej przez Zespół Konsultanta Krajowego w porozumieniu z towarzystwami naukowymi. Standardy takie miałyby charakter wytycznych, które mogłyby być łatwiej modyfikowane w celu uwzględnienia w nich najnowszych zdobyczy wiedzy medycznej,

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w ramach dokumentu „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015” który w dniu 15 maja 2007 r. został przyjęty przez Radę Ministrów, został wyodrębniony cel operacyjny dotyczący „Poprawy opieki zdrowotnej nad matką noworodkiem i małym dzieckiem”. Jako nadrzędny cel opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną i dzieckiem uznano zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejszą identyfikację czynników ryzyka, umożliwiającą wczesne objęcie kobiet opieką odpowiednią do występujących potrzeb zdrowotnych. Zadania tego Programu obejmują, między innymi, unowocześnienie systemu trójstopniowej opieki perinatalnej, a także stworzenie trwałego systemu monitorowania realizacji działań związanych ze zdrowiem matek i małych dzieci.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-555872-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 24 lipca 2007 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Dziękuję uprzejmie za wyjaśnienie z dnia 14 czerwca br. Pana Ministra Bolesława Piechy – Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia na moje wystąpienie dotyczące podjęcia działań w sprawie nieprzestrzegania w publicznych szpitalach praw pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem.

Z zadowoleniem przyjąłem informację na temat działań resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie poprawy opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem. Z przykrością jednak informuję, że otrzymanego wyjaśnienia nie mogę uznać za wystarczające w sprawie najważniejszych problemów wskazanych w moim poprzednim wystąpieniu, a mianowicie w kwestii naruszania podstawowych zasad ubezpieczenia zdrowotnego i praw pacjenta.

Nie mogę w szczególności zgodzić się na pobieranie przez publiczne szpitale od pacjentek oddziałów położniczych, opłat, które nie znajdują umocowania w obecnie obowiązujących przepisach prawa. Na bezprawność tych praktyk wskazuje również Pan Minister Bolesław Piecha, m.in. w rozmowie z dziennikarką „Gazety Wyborczej” (kopia artykułu w załączeniu).

Wskazane w powołanym wyjaśnieniu wyniki postępowań kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia, z których wynika, że „nie stwierdzono faktu uzależniania udzielania świadczeń związanych z porodem i/lub opieką okołoporodową od wniesienia przez ubezpieczonych opłat bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy”, budzą poważne wątpliwości w świetle kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich listów obywateli i postępowań prowadzonych w tej sprawie oraz doniesień środków masowego

przekazu, raportów Fundacji „Rodzić po Ludzku” i wizytacji pracowników Biura RPO w wybranych szpitalach.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę Pana Ministra na opublikowany w czerwcu br. raport Fundacji pt. „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006”, z którego wynika, że „42% respondentek akcji „Rodzić po ludzku” płaciło za tzw. usługi ponadstandardowe, przede wszystkim za poród z bliską osobą”. Do wiadomości Pana Ministra przekazują również materiały wskazujące na pobieranie przez szpitale opłat od rodzących pacjentek, uzyskane w związku z prowadzoną aktualnie w Biurze RPO sprawą dotyczącą szpitala opolskiego⁶ oraz materiały uzyskane ze stron internetowych, losowo wybranych szpitali warszawskich⁷.

W świetle powyższych informacji i materiałów, nie sposób nie zauważyć, że opłaty od pacjentek pobierane są również za świadczenia zdrowotne objęte umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także mają wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z porodem i opieką okołoporodową. Pobieranie opłat za tzw. „porody rodzinne”, w tym w szczególności wysokość opłat, niewątpliwie nie mieści się w kosztach realizacji uprawnień do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską, które to koszty – w myśl art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) – nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej. Powstaje również wątpliwość, co do respektowania przez publiczne szpitale art. 1 ust. 5 wymienionej ustawy, w świetle którego – od dnia 4 czerwca 2006 r. – na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, m.in. lekarze ginekolodzy i lekarze położnicy oraz pielęgniarki lub położne – wykonujący zawód w formie indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki.

Nawiązując do otrzymanego wyjaśnienia w części dotyczącej opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii w sprawie opracowania standardów opieki okołoporodowej, pozwolę sobie zauważyć, że w myśl art. 9 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, możliwość wydania standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, zastrzeżona jest do kompetencji Ministra Zdrowia, działającego w tej materii w drodze rozporządzenia.

⁶ Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

⁷ Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii, Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej, Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. Św. Rodziny, Szpitala na Solcu.

Uważam za konieczne uporządkowanie sprawy, w kierunku zapewnienia każdej rodzącej kobiecie prawa do godnego porodu i opieki nad noworodkiem oraz poszanowania obowiązującego prawa. Wprowadzenie opłat za niektóre świadczenia zdrowotne związane z porodem i opieką okołoporodową wymaga stosownych zmian legislacyjnych, a w szczególności ustalenia podstawowego zakresu świadczeń, umożliwiającego publicznym szpitalom legalne pobieranie opłat za tzw. świadczenia „ponadstandardowe”. Do tego czasu, zapewnić należy respektowanie aktualnie obowiązujących przepisów prawa. Nie może być bowiem tak, że wewnętrzne regulacje kierowników poszczególnych publicznych szpitali decydują o prawach pacjentek i ubezpieczonych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o ponowne przeanalizowanie sprawy i szczegółowych kwestii podnoszonych w moich wystąpieniach oraz o zajęcie stanowiska w sprawie poszczególnych rodzajów opłat za tzw. usługi „ponadstandardowe”, pobieranych od rodzących pacjentek przez publiczne szpitale.

Oczekuję także informacji na temat działań Pana Ministra i Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zapewnienia przestrzegania przez publiczne szpitale obowiązujących przepisów prawa i praw pacjenta.

Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie sposobu wykorzystania ostatniego raportu pt. „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006” oraz na temat działań resortu zdrowia w sprawie usunięcia sygnalizowanych nieprawidłowości i w sprawie realizacji postulatów przedstawianych przez Fundację „Rodzić po ludzku”.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

Zał. – 6

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-8539-6/SK/07

Warszawa, 28 sierpnia 2007 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, znak: RPO-555872-X/07/AA, w sprawie *nie przestrzegania w publicznych szpitalach praw pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem*, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia podjęło działania, w celu szczegółowego rozpatrzenia i wyjaśnienia zawartych w nim kwestii.

W związku z powyższym odnosząc się do treści zawartych w ww. piśmie Pana Rzecznika, wskazujących, iż „...wyniki postępowań kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia (...) budzą poważne wątpliwości w świetle kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich listów obywateli i postępowań prowadzonych w tej sprawie...”, oraz że „opłaty od pacjentek pobierane są również za świadczenia zdrowotne objęte umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także mają wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z porodem i opieką okołoporodową...”, Ministerstwo Zdrowia ponownie wystąpiło do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, z wnioskiem o szczegółowe przeanalizowanie przedmiotowego zagadnienia.

Jednocześnie mając na uwadze przepisy art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), wskazujące na zakres prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontroli udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, Ministerstwo Zdrowia przekazało do Centrali NFZ dokumentacją zawartą przy ww. piśmie Pana Rzecznika, w celu określenia przez Fundusz zasadności pobierania przez wskazanych świadczeniodawców opłat za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z informacji uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż Fundusz zabezpiecza świadczenia opieki zdrowotnej związane z porodem, zawierając stosowne umowy z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie ginekologii, położnictwa i neonatologii. Poza tym „świadczenia bezlimitowe” tj. poród i opieka nad noworodkiem, są traktowane jako świadczenia w trybie nagłym, stąd nie ma przypadku,

w którym świadczenia te nie zostałyby zrealizowane na rzecz pacjentki i jej dziecka. Poza tym, jak podkreśla Narodowy Funduszu Zdrowia, przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy interpretować w powiązaniu z przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.). W świetle powyższych przepisów zakład opieki zdrowotnej, będący świadczeniodawcą i mający podpisaną umowę o udzielanie określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie może pobierać opłat za kontraktowane świadczenia opieki zdrowotnej, czyli za świadczenia udzielane świadczeniobiorcom uprawnionym do tych świadczeń.

Katalog świadczeń kontraktowanych i finansowanych przez Fundusz określają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podpisane przez oddziały wojewódzkie Funduszu z poszczególnymi świadczeniodawcami na określone rodzaje świadczeń. Świadczeniodawca pobierający opłaty za świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz, zgodnie z art. 193 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podlega karze grzywny.

Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również Minister Zdrowia, mając na celu eliminację wszelkich nieprawidłowości w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w omawianym zakresie, będą wdzięczni za przekazywanie skarg, które wpływają do Rzecznika Praw Obywatelskich, a dotyczą merytorycznie działalności Funduszu.

Odnosząc się natomiast do kwestii opracowania standardów opieki okołoporodowej w drodze rozporządzenia, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia uwzględniając postulat Pana Rzecznika aktualnie prowadzi prace nad powołaniem Zespołu do spraw opracowania projektu rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Wskazany Zespół zostanie powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Ponadto uprzejmie informuję, że o kwestiach sygnalizowanych w ww. piśmie Pana Rzecznika, dotyczących między innymi treści raportu „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006”. została poinformowana kompetentna komórka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia (Departament Zdrowia Publicznego MZ). do której zadań należy analiza sytuacji w opiece nad matką i dzieckiem oraz wdrażanie rozwiązań systemowych gwarantujących zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad kobietami ciężarnymi.

Mając również na uwadze kwestię dotyczącą pobierania przez szpitale opłat za tzw. „usługi ponadstandardowe”, uprzejmie informuję, że omawiane zagadnienie pozwolą uregulować wyniki aktualnie trwających prac

zespołów ekspertów, których celem jest opracowanie metodologii opisu świadczeń opieki zdrowotnej oraz kryteriów wpisywania i wykreślenia świadczeń opieki zdrowotnej z listy świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz opracowanie Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej (CBSOZ) realizowanych w poszczególnych dziedzinach medycyny w polskim systemie opieki zdrowotnej, W ramach powołanych zespołów funkcjonuje również Zespół w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii, pod przewodnictwem Pana prof. dr. hab. n. med. Stanisława Radowickiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii. Koordynację i nadzór nad pracami Zespołów sprawuje Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Reasumując powyższe, uprzejmie informuję, że dodatkowe wyjaśnienia, co do dalszych działań i ustaleń w omawianym obszarze zostaną przekazane Panu Rzecznikowi w terminie późniejszym, niezwłocznie po zakończeniu prac w przedstawionych zakresach.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 4 grudnia 2007 r.

RPO-555872-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Zwracam się do Pani Minister w sprawie nieprzestrzegania w publicznych szpitalach praw pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem.

W tej sprawie, Rzecznik Praw Obywatelskich w kwietniu 2007 r. zwrócił się do ówczesnego Ministra Zdrowia. W wystąpieniu tym wskazał, że w przypadku kobiet rodzących, nie są powszechnie respektowane podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z przepisów art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.). Naruszenie tych zasad polega przede wszystkim na pobieraniu przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi „ponadstandardowe”, których katalog i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale na podstawie zarządzeń ich kierowników. Do najczęściej pobieranych opłat należą opłaty: za osobną salę do porodu, jednoosobowy pokój po porodzie, indywidualną opiekę lekarza, położnej lub pielęgniarki podczas porodu, cesarskiego cięcia oraz po porodzie, poród rodzinny, znieczulenie zewnątrzoponowe. Pobieranie wymienionych opłat nie znajduje oparcia w powszechnie obowiązujących przepisach prawa i stanowi niedopuszczalną praktykę publicznych szpitali.

Wiele do życzenia pozostawia również respektowanie praw pacjenta, wynikających z art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z póź. zm.), a także przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (jt. Dz. U. 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z póź. zm.), ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z póź. zm.) oraz kodeksów etycznych tych zawodów. W polskiej opiece okołoporodowej dominuje paternalistyczny stosunek personelu medycznego do kobiety rodzącej, a prawa pacjenta postrzegane są wciąż jako dodatek do właściwej opieki. W publicznych szpitalach dochodzi do tworzenia „wewnętrznych katalogów świadczeń gwarantowanych”, a tym samym wytworzenia podwójnych standardów opieki (i niejednokrotnie traktowania kobiet rodzących przez personel). Nie do przyjęcia jest również pobieranie opłat za usługi związane z ustawowo określonymi prawami pacjenta. W sytuacji, gdy za poszanowanie intymności czy wsparcie bliskiej osoby podczas porodu (poród rodzinny) trzeba zapłacić, prawa pacjenta i godna opieka postrzegane są jako dobra luksusowe, na które mogą sobie pozwolić tylko nieliczni.

Rzecznik otrzymał w tej sprawie wyjaśnienie ówczesnego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (pismo z dnia 2 maja br. – MZ-UZ-ZR-71-8539-2/SK/07 oraz z dnia 14 czerwca br. – MZ-UZ-ZR-71-8539-3/SK/07), zawierające informacje na temat działań resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie poprawy opieki zdrowotnej nad matką noworodkiem i dzieckiem. Otrzymanych wyjaśnień nie można jed-

nak uznać za wystarczające dla rozwiązania najważniejszych problemów wskazanych w wystąpieniu Rzecznika, a mianowicie sprawy naruszania podstawowych zasad ubezpieczenia zdrowotnego i praw pacjenta. Nie można w szczególności zgodzić się na pobieranie przez publiczne szpitale od pacjentek oddziałów położniczych, opłat, które nie znajdują umocowania w obecnie obowiązujących przepisach prawa.

W tej sytuacji, pismem z dnia 24 lipca br. Rzecznik ponownie zwrócił się do Ministra Zdrowia. W wystąpieniu tym m.in. podniósł, że powołane w otrzymanym wyjaśnieniu wyniki postępowań kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia, z których wynika, że „nie stwierdzono faktu uzależnienia udzielania świadczeń związanych z porodem i/lub opieką okołoporodową od wniesienia przez ubezpieczonych opłat bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy”, budzą poważne wątpliwości w świetle kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich listów obywateli i postępowań prowadzonych w tej sprawie oraz doniesień środków masowego przekazu, raportów Fundacji „Rodzić po Ludzku” i wizytacji pracowników Biura RPO w wybranych szpitalach. Rzecznik powołał się w tej kwestii na opublikowany w czerwcu 2007 r. raport Fundacji pt. „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006” oraz przekazał do wiadomości Ministra Zdrowia materiały wskazujące na pobieranie przez szpitale opłat od rodzących pacjentek, uzyskane w związku z prowadzoną w Biurze RPO sprawą dotyczącą szpitala opolskiego oraz materiały uzyskane ze stron internetowych, losowo wybranych szpitali warszawskich. W świetle powyższych informacji i materiałów, nie sposób nie zauważyć, że opłaty od pacjentek pobierane są również za świadczenia zdrowotne objęte umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także mają wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z porodem i opieką okołoporodową. Pobieranie opłat za tzw. „porody rodzinne”, w tym w szczególności wysokość opłat, niewątpliwie nie mieści się w kosztach realizacji uprawnień do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską, które to koszty – w myśl art. 19 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej. Powstaje również wątpliwość, co do respektowania przez publiczne szpitale art. 1 ust. 5 wymienionej ustawy.

Kolejne wyjaśnienie ówczesnego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (pismo z dnia 28 sierpnia br. – MZ-UZ-ZR-71-8539-6/SK/07) ogranicza się w zasadzie do powołania obowiązujących przepisów i procedur w zakresie zawierania umów o świadczenia zdrowotne oraz przekazania materiałów uzyskanych od Rzecznika – do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia „w celu określenia przez Fundusz zasadności pobierania przez

wskazanych świadczeniodawców opłat za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej”. Pomimo zapowiedzi nadesłania dodatkowego wyjaśnienia w tej sprawie, Rzecznik Praw Obywatelskich dotychczas nie otrzymał pisma w tej materii.

Nawiązując do omawianej korespondencji pozwolę sobie zauważyć, że Rzecznikowi Praw Obywatelskich znane są obowiązujące przepisy prawa i procedury w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i Narodowego Funduszu Zdrowia. Rzecznik w swych wystąpieniach starał się zwrócić uwagę na niedopuszczalne praktyki publicznych szpitali skutkujące naruszaniem praw kobiet rodzących oraz brak działań w tym zakresie odpowiednich organów publicznych. Wnioskował zatem o generalne rozpatrzenie problemu i jego rozwiązanie, a nie badanie indywidualnych skarg czy nieprawidłowości dotyczących konkretnych szpitali.

W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, pobieranie dodatkowych opłat od pacjentek – przy braku jakichkolwiek działań Narodowego Funduszu Zdrowia i resortu zdrowia – zdaje się narastać i prowadzi do patologii. Pomimo publicznych wypowiedzi członków kolejnych kierownictw Ministerstwa Zdrowia odnośnie bezprawności pobierania powyższych opłat oraz składanych deklaracji w zakresie rozwiązania problemu, dotychczas nie jest znane oficjalne stanowisko resortu zdrowia w tej sprawie, a przede wszystkim brak działań w kierunku uporządkowania sytuacji oraz zapewnienia każdej kobiecie rodzącej prawa do godnego porodu i opieki nad noworodkiem.

Powtórzę zatem, że sprawa wymaga pilnego rozwiązania i uporządkowania, tak, aby poród odbywał się w interesie zdrowotnym kobiety i noworodka, a nie w interesie finansowym szpitala i pracowników medycznych. Niezbędne są również nowoczesne, powszechnie obowiązujące standardy opieki okołoporodowej, które ustalą odrębny (szczególny) status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej, a także będą respektować zagwarantowane ustawowo prawa pacjenta oraz umożliwią walkę z rutyną i przestarzałymi praktykami. Wprowadzenie zaś opłat za niektóre świadczenia zdrowotne związane z porodem i opieką okołoporodową wymaga stosownych zmian legislacyjnych, a w szczególności ustalenia podstawowego zakresu świadczeń, umożliwiającego publicznym szpitalom legalne pobieranie opłat za tzw. świadczenia „ponadstandardowe”. Do tego czasu, zapewnić należy respektowanie aktualnie obowiązujących przepisów prawa. Nie może być bowiem tak, że wewnętrzne regulacje kierowników poszczególnych publicznych szpitali decydują o prawach pacjentek i ubezpieczonych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zapoznanie się z podnoszonym problemem oraz treścią ostatniego raportu Fundacji „Rodzić po ludzku”. Zobowiązany będę za przekazanie stanowiska Pani Minister w sprawie szczegółowych kwestii podnoszonych w wystąpieniach Rzecznika oraz w sprawie poszczególnych rodzajów opłat za tzw. usługi „ponadstandardowe”, pobieranych od rodzących pacjentek przez publiczne szpitale. Oczekuję także informacji na temat działań Pani Minister i Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zapewnienia przestrzegania przez publiczne szpitale obowiązujących przepisów prawa i praw pacjenta oraz rozwiązywania omawianej sytuacji.

Z upoważnienia

Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-8539-8/SK/07

Warszawa, 15 stycznia 2008 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, znak: RPO-555872-X/07/AA, w sprawie *nieprzestrzegania w publicznych szpitalach praw pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem*, jak również w nawiązaniu do dotychczasowych wyjaśnień przedłożonych przez Ministerstwo Zdrowia w przedmiotowej sprawie, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji na temat aktualnie podejmowanych działań.

W dniu 31 października 2007 r., Minister Zdrowia mając na względzie wagę przedmiotowego zagadnienia, powołał zarządzeniem Zespół do spraw opracowania standardu opieki okołoporodowej (Dz. Urz. Min.

Zdrow. Nr 16, poz. 90). W skład Zespołu weszli między innymi Pan Prof. Stanisław Radowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii, Pani Prof. Ewa Helwich, Konsultant Krajowy w dziedzinie Neonatologii i Pan Prof. Jan Kotarski, Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Pierwsze posiedzenie Zespołu odbyło się w dniu 14 grudnia 2007 r. i obejmowało szczegółową analizę uwarunkowań prawnych w omawianym obszarze. Zgodnie z opinią członków Zespołu, wraz z opracowaniem standardu opieki okołoporodowej niezbędna jest weryfikacja zakresu świadczeń profilaktycznych udzielanych kobietom w okresie ciąży. Takie ujęcie, w opinii Zespołu, jest uzasadnione ze względów merytorycznych, jednak może wiązać się z koniecznością opracowania czterech standardów opieki (opieki nad kobietą ciężarną, opieki okołoporodowej, opieki nad kobietą w okresie porodu, opieki nad noworodkiem), w miejsce wstępnie projektowanego jednego standardu opieki okołoporodowej.

Jednocześnie informuję, że zakończenie prac nad opracowaniem projektów ww. standardów opieki, w opinii Zespołu, powinno nastąpić do końca pierwszej połowy 2008 roku. Uwzględniając potrzebę ścisłej współpracy środowisk zainteresowanych omawianym zagadnieniem, informuję, że w skład Zespołu, zostali również powołani przedstawiciele Fundacji Rodzić po Ludzku (Pani Anna Otffinowska, Prezes Fundacji oraz Pani Urszula Kubicka), co tym samym ma na celu uwzględnienie w ramach prac Zespołu kwestii zawartych w Raporcie „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku”. Reasumując, uprzejmie informuję, że powyższe działania stanowią punkt wyjścia do uregulowania kwestii poruszanych w pismach Pan Rzecznika, w tym pobierania opłat za tzw. usługi ponadstandardowe i tym samym przyczynią się do poprawy opieki na kobietą ciężarną i rodzącą.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 10 lipca 2008 r.

RPO-555872-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji dotyczącej wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie nieprzestrzegania w publicznych szpitalach praw pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem, zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat rezultatu prac Zespołu do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2007 r. (Dz. Urz. MZ. z 2007 r. Nr 16, poz. 90 ze zm.). Zobowiązany będę również za informację o przewidywanym terminie wdrożenia zapowiadanych standardów opieki okołoporodowej oraz usunięciu nieprawidłowości sygnalizowanych przez Rzecznika.

Uprzejmie przypominam, że w świetle ostatniego wyjaśnienia Pani Minister w tej sprawie z dnia 15 stycznia 2008 r. (MZ-UZ-ZR-71-8539-8/SK707), działania związane z powołaniem powyższego Zespołu, złożonego ze specjalistów medycznych oraz przedstawicielek Fundacji „Rodzić po Ludzku”, „stanowią punkt wyjścia do uregulowania kwestii poruszanych w pismach Rzecznika”, a „zakończenie prac nad opracowaniem projektów ww. standardów opieki, w opinii Zespołu, powinno nastąpić do końca pierwszej połowy 2008 r.”.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-070-1 I564-1/JC/08

Warszawa, 17 lipca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

Odpowiadając na Pana prośbę, zawartą w piśmie z dnia 10 lipca br., znak: RPO-555872-X/07/AA, dotyczącą informacji na temat rezultatu prac Zespołu do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2007 r. (Dz. Urz. MZ Nr 16, poz. 90 ze zm.) poniżej przedstawiam oczekiwaną informację.

Prace wyżej wymienionego Zespołu są prowadzone. Ich tempo nie jest satysfakcjonujące, jednakże wynika ono zarówno ze złożoności problemów, jakie Zespół ma rozstrzygnąć, a także z liczebności samego Zespołu. Informujemy, że zadaniem tego zespołu jest opracowanie aktu prawnego, określającego standard postępowania medycznego w okresie porodu i położu. Świadczenia wynikające z opracowanego standardu będą w pełni finansowane ze środków publicznych.

W toku dotychczasowych prac Zespołu ustalono, że ze względu na specyfikę opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu i położu, niezbędne jest opracowanie 4 standardów, tzn.: opieki nad kobietą ciężarną, opieki okołoporodowej nad kobietą podczas porodu, opieki nad kobietą w położu oraz opieki nad noworodkiem. Trzy ostatnie standardy będą mogły być wydane na podstawie delegacji art. 9 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, natomiast standard dotyczący opieki nad kobietą w ciąży zostanie wdrożony w trybie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane* (Dz. U. Nr 276, poz. 2740). Aktualnie jest uzgadniana treść załącznika do wyżej wymienionego rozporządzenia, określającego szczegółowy zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania. Termin zakończenia prac mających na celu opracowanie projektu standardu porodu jest ściśle związany z pracami (funkcjonującego niezależnie) zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, opracowującego rekomendacje postępowania

nia medycznego podczas porodu. Zgodnie z informacją przekazaną nam przez Wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, akceptacja aktualnie opracowywanych rekomendacji, tego Towarzystwa, planowana jest na wrzesień bieżącego roku.

Ze względu na powyższe, realnym terminem zakończenia prac Zespołu jest ostatni kwartał bieżącego roku.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 10 grudnia 2008 r.

RPO-601187-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich po zapoznaniu się doniesieniami środków masowego przekazu w sprawie zamiaru zaprzestania kontraktowania świadczeń zdrowotnych z Izbą Porodową w Łędzinach (m.in. z treścią artykułów zamieszczonych w „Gazecie Wyborczej” z dnia 21 i 24 października 2008 r. pt. „Zamknąć anioły, bo nie operują”, oraz „Łędziny: tu się rodzą całe rodziny”, postanowił podjąć postępowanie wyjaśniające w sprawie możliwości funkcjonowania w Polsce izb porodowych oraz korzystania ze świadczeń tych izb w ramach środków publicznych. Z uzyskanego w tej sprawie wyjaśnienia z dnia 20 listopada br. Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z treści artykułu pt. „NFZ likwiduje Anioły – izbę porodową w Łędzinach” zamieszczonego w „Gazecie Wyborczej” z dnia

29–30 listopada 2008 r. (kopie w załączeniu), wynika, że w Izba Porodowa w Łędzinach nie uzyska kolejnej umowy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonych.

W tej sprawie trzeba zauważyć, że w myśl art. 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.), wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. Udzielanie tych świadczeń położna wykonuje m.in. przez: rozpoznawanie ciąży i sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej, przyjmowanie porodu siłami natury, podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego, a także samodzielne udzielanie w określonych świadczeń – zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). Stosownie do § 6 tego rozporządzenia, położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie m.in.: świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie i interpretację badań służących do oceny stanu zdrowia płodu i ciężarnej oraz świadczeń leczniczych obejmujących prowadzenie i przyjęcie porodu fizjologicznego, udzielanie pomocy położniczej w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza.

Obowiązujące przepisy prawa nie zawierają jednakże regulacji dotyczących funkcjonowania izb porodowych jako pozaszpitalnych form opieki okołoporodowej. Regulacji takich nie zawiera ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.). Nie wydaje się zatem uprawnione powoływanie się w zakresie ewentualnego funkcjonowania tych izb i odmowy zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia na przepisy wydane na podstawie tej ustawy, które w tej sytuacji, nie mogą zawierać postanowień dotyczących izb porodowych. Zważyć jednocześnie należy, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.), w świetle których

„dla zespołu porodowego należy zapewnić salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka” (pkt V.2 załącznika Nr 1), dotyczą pomieszczeń i urządzeń szpitala w ramach którego funkcjonuje oddział położniczy.

W tym stanie rzeczy, niezależność i samodzielność położnej w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu fizjologicznego, gwarantowana w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej, nie znajduje potwierdzenia w innych przepisach i w efekcie prowadzi do ograniczania roli położnej w prowadzeniu pozaszpitalnej opieki okołoporodowej, która wydaje się bardzo efektywna, pożądana przez kobiety, ograniczająca nadto koszty i negatywne konsekwencje medykacji porodu.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o poinformowanie Rzecznika o stanowisku Pani Minister w sprawie możliwości rozwoju w Polsce izb porodowych oraz w sprawie kontynuowania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych przez Izbę Porodową w Łędzinach.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-14308-1/SK/08

Warszawa, 6 stycznia 2009 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika (znak: RPO-601187-X/08/AA), w sprawie możliwości funkcjonowania Izby Porodowej w Łędzinach, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Do podstawowych aktów prawnych, które regulują warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb finansowania tych świadczeń należą: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.), akty wykonawcze do tej ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach, wydawane w oparciu o art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy.

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, zgodnie z przepisem art. 146 ww. ustawy, określa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, który w celu ustalenia jednolitych sposobów realizacji zadań związanych z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydaje zarządzenia, w których określa szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach. Przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców Prezes Funduszu zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych (art. 146 ust. 2 ww. ustawy).

Odnosząc się do kwestii możliwości funkcjonowania Izby Porodowej w Łędzinach, uprzejmie informuję, że wymagania dla zakładów opieki zdrowotnej, w ramach których funkcjonują oddziały położniczo-ginekologiczne zostały określone jednoznacznie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zm.). Przepisy rozporządzenia określają wymagania dla zespołu porodowego, któremu należy zapewnić salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną dodatkowo w stanowisko resuscytacji noworodka.

Ponadto zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.), zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Szczegółowe uregulowania w omawianym zakresie określają przepisy wydane na podstawie art. 13 ust. 5 i art. 17 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 ze zm.) oraz roz-

porządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169, poz. 1781 ze zm.).

W świetle powyższego uprzejmie informuję, że wymagania określone zarządzeniem Nr 93/200S/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, mające zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2009 rok, w omawianej kwestii nie wykraczają poza wymagania określone ww. rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Odnosząc się natomiast do możliwości rozwoju i funkcjonowania w Polsce izb porodowych, uprzejmie informuję, że Zespół do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej, powołany w dniu 31 października 2007 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia na posiedzeniu w dniu 21 października 2008 r. uznał za celowe zajęcie się tym problemem na kolejnych posiedzeniach Zespołu. Ustalenia Zespołu w tej sprawie będą miały istotne znaczenie dla modelu opieki okołoporodowej w ramach obowiązującego w Polsce systemu opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-605036-X-08/JS/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 17 grudnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji w sprawach związanych z ochroną zdrowia matki i dziecka, przedkładam Pani Minister opracowaną w moim biurze Kartę Praw Kobiety Rodzącej wraz z załącznikiem zawierającym syntetyczne informacje na temat opieki okołoporodowej w wy-

branych krajach Unii Europejskiej. Karta, zarówno co do koncepcji, jak i treści, spotkała się z żywym zainteresowaniem i aprobatą społeczną – w dniach 2–14 grudnia 2008 roku została podpisana przez ponad 2 tysiące internautów. Napłynęły wyrazy poparcia dla tej inicjatywy od osób indywidualnych i od organizacji pozarządowych, w tym od niezwykle zasłużonej w dziele poprawy warunków macierzyństwa w Polsce, Fundacji „Rodzić po ludzku”.

Macierzyństwo w naszym kraju znajduje się pod szczególną ochroną prawną, dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, bezpłatnej, odpowiedniej do potrzeb opieki nad matką i dzieckiem.

Konstytucja RP w art. 18, wyraża obowiązek Rzeczypospolitej Polskiej ochrony i opieki nie tylko nad małżeństwem i rodziną, ale również macierzyństwem i rodzicielstwem.

Znaczącą wartość życia, jego planowania, a wreszcie właściwej opieki zarówno nad rodzicami (przyszłymi lub obecnymi), jak i nad dzieckiem przez cały okres jego życia, wyznaczają kolejne konstytucyjne zasady, w szczególności art. 38 Konstytucji RP, który przewiduje, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.

Konstytucja w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym.

Zgodnie z art. 72 ust. 1 zd. 1 Konstytucji, Rzeczpospolita Polska, nakaz ochrony dobra dziecka stanowi podstawową nadrzędną zasadę polskiego systemu prawa rodzinnego, której podporządkowane są wszelkie regulacje w sferze stosunków pomiędzy rodzicami i dziećmi, w tym też mechanizmy prawne dotyczące zagadnień filiacyjnych. Pojęcie „praw dziecka” w przepisach Konstytucji należy rozumieć jako nakaz zapewnienia ochrony interesów małoletniego, który w praktyce sam może jej dochodzić w bardzo ograniczonym zakresie.

Dobro dziecka jest również eksponowane jako wartość szczególna w przepisach ratyfikowanej przez Polskę Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.). W jej art. 3 ust. 1 wskazano, że „we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną będzie najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka”; w art. 24 wymieniono prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób,

zaś ust. 2. pkt d wskazuje, iż Państwa – Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

Oczywiście formy i rodzaje tej pomocy nie mogą być sprecyzowane w ustawie zasadniczej czy konwencji, jest to bowiem zadanie dla bieżącego ustawodawstwa.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78) w art. 1 wskazuje, że prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie, przy czym, stosownie do art. 2, organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży.

Wyniki analiz napływających w 2007 roku do Rzecznika skarg i wniosków, wyniki prowadzonego w sposób ciągły monitoringu przestrzegania praw matki i dziecka do zdrowia we wszystkich jego wymiarach i uwarunkowaniach, konsultacje ze środowiskiem medycznym, a także treść odpowiedzi organów i instytucji państwa na wystąpienia RPO, umożliwiają zarysowanie obszarów, w których stan przestrzegania tych praw budzi szczególnie niepokój.

Utrudnienia w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do świadczeń medycznych

W licznych placówkach ochrony zdrowia w Polsce zapewnia się dziś bardzo wysoki poziom opieki, jednak z przeprowadzonych w Biurze RPO analiz wynika, że jest jeszcze wiele do zrobienia, aby w całym kraju opieka nad kobietą w wieku rozrodczym, nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz opieka nad noworodkiem była łatwo dostępna, kompetentna, udzielana w stosownym czasie, a promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń uzyskała rzeczywisty, a nie tylko deklarowany, priorytet.

Z opinii specjalistów, towarzystw naukowych (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne) organizacji pozarządowych (Fundacja „Rodzić po ludzku”), a także z doniesień medialnych wynika, że w ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej. Ujawnia się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogarszają się standardy udzielanych świadczeń.

Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) przynosi szereg informacji o niedostatkach w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce, zwłaszcza na tle innych krajów Unii Europejskiej:

- Opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym tryestrze ciąży, jest w wielu rejonach kraju niezadowolająca
- Niedostateczna jest wczesna zgłaszalność kobiet do lekarza, a dostępność do badań specjalistycznych jest często utrudniona
- Na duże trudności napotyka realizacja w pionie położniczym zasad wypracowanego w latach 90-tych trójstopniowego systemu opieki perinatalnej, czego przyczyną jest niedostatek miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i miejsc intensywnej terapii noworodka
- W całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu wysokiej jakości (inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomonitoring), natomiast na oddziałach III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów.

Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, spadek umieralności niemowląt uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej.

Pobieranie nienależnych opłat w związku z porodem

W publicznych szpitalach nie są przestrzegane prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem, w tym nie są powszechnie respektowane podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego wynikające z przepisów art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rzecznik w wystąpieniu do Ministra Zdrowia wskazał, że naruszenie zasad polega między innymi na pobieraniu przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi ponadstandardowe, których katalog i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale na podstawie zarządzeń ich kierowników. Do najczęściej pobieranych należą opłaty za: osobną salę do porodu,; jednoosobowy pokój po porodzie; indywidualną opiekę medyczną podczas porodu, cesarskiego cięcia oraz po porodzie; poród rodzinny; znieczulenie zewnątrzoponowe. Pobieranie tych opłat stanowi niedopuszczalną pozaprawną praktykę publicznych szpitali, prowadzącą do wytworzenia podwójnych standardów opieki. Wewnętrzne regulacje kierowni-

ków poszczególnych publicznych szpitali nie mogą bowiem decydować o prawach pacjentów i ubezpieczonych.

Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika przekonanie, że problem uzależniania świadczeń związanych z opieką okołoporodową od wniesienia przez ubezpieczonych opłat nie występuje, a w przypadku porodów rodzinnych szpital może pobierać opłaty z tytułu obecności w czasie porodu osoby bliskiej, jednak wysokość tych opłat nie może przekraczać kosztów ponoszonych przez szpital w związku z zapewnieniem realizacji tego prawa pacjenta.

W ponownym wystąpieniu do nowego Ministra Zdrowia Rzecznik podkreślił konieczność pilnego rozwiązania problemu naruszania praw kobiet rodzących i ich dzieci. Za niezbędne uznał również opracowanie i upowszechnienie nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które zapewnią szczególnie status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej.

Dyskryminacyjne praktyki wobec położnych i kobiet wyrażających chęć urodzenia dziecka poza szpitalnym oddziałem położniczym

W Polsce nie ma prawnych przeszkód do odbycia porodu poza szpitalnym oddziałem położniczym – w domu lub w tzw. izbie porodowej. W myśl art. 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.), wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą ciężarną rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. Do świadczeń zalicza się m.in.: przyjmowanie porodu siłami natury, podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego, a także samodzielne udzielanie określonych świadczeń – zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Podobny zakres świadczeń gwarantuje położnym art. 42 ust. 2 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Tymczasem przepisy wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządze-

nia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.), dotyczą wyłącznie pomieszczeń i urządzeń szpitala, w ramach którego funkcjonuje oddział położniczy. Na tej podstawie Narodowy Fundusz Zdrowia odmawia podpisania umowy na świadczenia z jedyną w Polsce izbą porodową w Łędzinach.

W tym stanie rzeczy, niezależność i samodzielność położnej w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu fizjologicznego, gwarantowana w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej, nie znajduje potwierdzenia w innych przepisach i w efekcie prowadzi do ograniczania roli położnej w prowadzeniu pozaszpitalnej opieki okołoporodowej, która wydaje się bardzo efektywna, pożądana przez kobiety, ograniczająca nadto koszty i negatywne konsekwencje medykalizacji porodu.

Zasygnalizowane powyżej, negatywne zjawiska, nie mogą być postrzegane tylko w wymiarach: prawnym, medycznym i moralnym.

W Polsce, ze względu na nasilony, pogłębiający się od dziesięciu lat proces depopulacji, szczególnego znaczenia nabiera wymóg zapewnienia pełnej opieki nad matką i dzieckiem, leży to w interesie Narodu i państwa.

W świetle najnowszych prognoz GUS, liczba ludności Polski w stosunku do roku 2007 zmniejszy się w 2035 roku o 2 122 572 i wyniesie łącznie 35 993 069 mieszkańców. W tym samym okresie liczba dzieci w wieku 0–17 lat zmniejszy się o 1 855 820 a liczba kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) zmaleje o 2 487 711. Jednocześnie liczba osób w wieku powyżej 65 roku życia wzrośnie o 3 226 151 i osiągnie wielkość łącznie 8 357 527. Będzie to oznaczać poważne nasilenie się konsekwencji społecznych i ekonomicznych. Sytuację w tym zakresie należy już uznać za krytyczną, dlatego istnieje potrzeba zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej państwa na rzecz stymulowania rozrodczości i wspierania rodziny w jej funkcji prokreacyjnej.

W moim przekonaniu niska dzietność nie może stanowić okazji do ograniczania wydatków na opiekę nad kobietami w ciąży, na opiekę perinatalną, na leczenie i rehabilitację dzieci. Przeciwnie, powinna skłaniać do poprawy dostępności i jakości opieki medycznej nad matką i dzieckiem.

Nie widzę skuteczniejszej i tańszej metody poprawy zdrowia całego społeczeństwa niż pełna, wysokiej jakości opieka medyczna nad wszystkimi matkami i dziećmi. W żadnej innej dziedzinie medycyny, nie znajduję bardziej racjonalnego potwierdzenia tezy, że zdrowie to nie tylko wydatek, ale najlepsza, najbardziej opłacalna inwestycja w przyszłość każdego obywatela, w rozwój rodziny i dobrobyt całego Narodu.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o uwzględnienie powyższych spostrzeżeń oraz Karty Praw Kobiety Rodzącej, w pracach nad budową w Polsce systemu opieki nad matką i dzieckiem.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

Karta Praw Kobiety Rodzącej

Macierzyństwo znajduje się w Polsce pod szczególną ochroną prawną dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, odpowiedniej do potrzeb, bezpłatnej opieki nad matką i dzieckiem. Konstytucja RP w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym. Konwencja o prawach dziecka obliguje do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, a w art. 24. wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób i w ust. 2. pkt d wskazuje, iż Państwa-Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

W Polsce, ze względu na nasilony proces depopulacji, wymóg zapewnienia pełnej opieki nad matką i dzieckiem, nabiera szczególnego znaczenia – jest w interesie narodu i państwa.

Z opinii specjalistów, towarzystw naukowych, organizacji pozarządowych, a także z doniesień medialnych, wynika, iż w ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej. Ujawnia się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogarszają się standardy udzielanych świadczeń.

Niedostatki w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej znajdują potwierdzenie w sygnowanym przez Ministerstwo Zdrowia raporcie *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006.*

Wyniki analiz przeprowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich i opublikowane w 2008 r. w Biuletynie RPO nr 62 wskazują na naruszenia praw do zdrowia matki i dziecka.

Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej.

Zaniepokojenie stanem opieki nad matką i dzieckiem, zostało wyrażone w ostatnich latach w stanowiskach Rządowej Rady Ludnościowej.

Tymczasem od 2002 roku Ministerstwo Zdrowia odstąpiło od realizacji trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej jako programu polityki zdrowotnej państwa, nie wprowadzając w zamian standardów opieki okołoporodowej, nad którymi prace nadal trwają.

Mając powyższe na uwadze Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawia do publicznej debaty projekt Karty Praw Kobiety Rodzącej.

1.

Prawo do systemowej, kompleksowej, czynnej, odpowiedniej do potrzeb i bezpłatnej opieki nad matką i dzieckiem.

Zdrowie i rozwój dziecka nierozzerwalnie wiążą się ze zdrowiem matki. Opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych tygodniach życia po porodzie, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka aż po okres dojrzewania i wywiera wpływ na całe dorosłe życie. Inwestycje poczynione w okresie ciąży, porodu i w okresie noworodkowym przyczyniają się najbardziej do ograniczenia nierówności wskaźników zdrowotnych, w tym umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt. Nadanie priorytetu zdrowiu matek i małych dzieci może w pełni przyczynić się do rozerwania błędnego koła choroby i biedy. Dlatego niezbędne jest przyjęcie na mocy ustawy całościowego, trwałego systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, z dostosowaniem do tego celu struktury organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia, organów władzy rządowej i samorządowej w terenie, i wprowadzeniem zasady, iż poprawa zdrowia matki i dziecka stanowi integralny element oceny działalności tych organów. Ocena jakości i efektywności wykonywania zadań na rzecz zdrowia matki i dziecka przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia na poziomie podstawowym, wojewódzkim i ogólnokrajowym musi być wprowadzona do powszechnej praktyki.

2.

Prawo do odpowiedniej i bezpłatnej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w tym do tzw. „szkół rodzenia”.

Promocja zdrowego rodzicielstwa stanowi integralną część zadań systemu ochrony zdrowia, który ponosi odpowiedzialność za zapewnienie odpowiedniej i bezpłatnej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i współdziela w realizacji tych zadań z sektorami edukacji narodowej i polityki społecznej. W placówkach ochrony zdrowia wszystkie matki i ojcowie muszą mieć zapewnione prawo do bezpłatnego dostępu do edukacji w tzw. „szkołach rodzenia”, z położeniem nacisku na: racjonalne żywienie matek; odpowiednią ich aktywność fizyczną; unikanie zachowań szkodliwych dla matki i dziecka – cięża wolna od tytoniu, alkoholu, narkotyków; przygotowanie do porodu; oraz na promocję karmienia piersią niemowląt. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna stanowi integralną część każdej porady położnika/położnej.

3.

Prawo do kwalifikowanej, zgodnej ze współczesną wiedzą medyczną, profilaktycznej opieki zdrowotnej w wieku rozrodczym, w szczególności w okresie okołokoncepcyjnym i podczas ciąży.

Profilaktyka zagrożeń i chorób w okresie ciąży stanowi niezbędny warunek zachowania zdrowia matki i zdrowego startu do życia dla dziecka, a także zapobiegania umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt. Prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych obejmuje w szczególności: w okresie okołokoncepcyjnym – uodpornienie kobiet przeciwko tężcowi i różyczce drogą szczepień ochronnych; zapobieganie wadom cewy nerwowej drogą uzupełnienia pożywienia kwasem foliowym; porady w zakresie zwalczania uzależnień; w okresie ciąży – wczesne potwierdzenie ciąży z pięć profilaktycznych badań udzielanych przez położniczkę; zapobieganie zakażeniom wrodzonym, zakażeniom HIV i zakażeniom przenoszonym drogą płciową; zapobieganie powikłaniom ciąży, w tym wewnątrzmacicznemu zahamowaniu wzrostu płodu i wcześniactwu; ochronę przed ekspozycją na substancje szkodliwe. Zgodność ze współczesną wiedzą medyczną ustalana jest na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz, w razie potrzeby, innych dyscyplin medycznych wspierających opiekę nad matką i dzieckiem i oznacza, że kobieta ma prawo do wszelkich procedur profilaktycznych, do których mają dostęp kobiety w innych krajach UE.

4.

Prawo do wczesnego, bezpłatnego, zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, wykrywania, diagnostyki i leczenia powikłań ciąży, w tym wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu, a także niedokrwistości i zakażeń kobiet, w tym zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Właściwe prowadzenie ciąży, wczesne wykrywanie i leczenie powikłań są nieodzowne dla zachowania zdrowia matki, zdrowego startu do życia dla dziecka i przyczyniają się do ograniczenia umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej, w tym martwych urodzeń a także umieralności noworodków i niemowląt. Realizację prawa do bezpiecznego przebiegu ciąży zapewnia kwalifikowany personel medyczny sprawujący czynną, ciągłą opiekę profilaktyczno-leczniczą nad kobietą ciężarną w warunkach ambulatoryjnych lub na oddziałach patologii ciąży wyposażonych w odpowiedni do stopnia referencyjności sprzęt i aparaturę diagnostyczno-leczniczą. Nieodzownym warunkiem realizacji prawa kobiety ciężarnej do odpowiedniej do jej potrzeb diagnostyki i leczenia jest sprawnie funkcjonujący system trójstopniowej opieki okołoporodowej. Zgodność ze współczesną wiedzą medyczną ustalana jest na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie położnictwa oraz, w razie potrzeby, innych dyscyplin medycznych wspierających opiekę nad matką i dzieckiem i oznacza, że kobieta ciężarna ma prawo do wszelkich procedur diagnostyczno-leczniczych, do których mają dostęp kobiety w innych krajach UE.

5.

W przypadku prawidłowego przebiegu ciąży, prawo do bezpiecznego, bezpłatnego porodu z udziałem wykwalifikowanego personelu z uwzględnieniem życzeń kobiety rodzącej dotyczących stosowanych procedur położniczych, jeżeli nie występują przeciwwskazania medyczne.

Właściwy przebieg porodu stanowi gwarancję zachowania zdrowia matek i zdrowego startu do życia dla dzieci oraz ograniczenia umieralności matek i umieralności okołoporodowej, w tym martwych urodzeń a także umieralności noworodków i niemowląt. Bezpieczny poród ma miejsce wówczas gdy kobiecie rodzącej zapewnia się poszanowanie i ochronę jej godności, intymność, odpowiednie informacje o stanie zdrowia własnym i dziecka oraz o przysługujących im prawach, wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie powikłań w trakcie porodu. Jeżeli nie występują przeciwwskazania medyczne, kobieta rodząca ma prawo do uwzględnienia swoich życzeń, dotyczących stosowanych procedur

położniczych, w tym ochrony przed bólem, wsparcia psychologicznego, obecności męża/osoby bliskiej. Wczesny kontakt matka–dziecko i system organizacji oddziału „matka –dziecko” jest warunkiem bezpieczeństwa matki w okresie położu i bezpieczeństwa dziecka w okresie adaptacji po porodzie. W okresach tych udzielane są przez kwalifikowany personel porady profilaktyczne, w tym porady laktacyjne w celu utrzymania wyłącznego karmienia piersią, porady w celu zapobiegania biernemu paleniu; wykonywane są obowiązkowe szczepienia ochronne i badania przesiewowe, w tym w kierunku fenylketonurii, hipotyreozy i mukowiscydozy oraz zaburzeń słuchu.

6.

W przypadku ciąży patologicznej kobieta ma prawo do bezpłatnego porodu w placówce o odpowiednim stopniu referencyjności, zapewniającej matce i dziecku w czasie porodu i po urodzeniu, poza wymienionymi w punkcie 5. warunkami, wszystkie niezbędne, zgodne ze współczesną wiedzą medyczną, procedury diagnostyczne i lecznicze, w tym w zakresie intensywnej opieki medycznej, oraz rehabilitacyjne.

W przypadku patologicznego przebiegu ciąży niezbędnymi warunkami ograniczenia negatywnych następstw zdrowotnych dla matki i dziecka, w tym redukcji umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej, w tym martwych urodzeń a także umieralności noworodków i niemowląt są: wznowienie i rozwój trójstopniowego systemu referencyjnego w opiece okołoporodowej; zapewnienie wysokokwalifikowanego personelu położniczego i neonatologicznego wspieranego przez specjalistów z innych potrzebnych matce i dziecku dyscyplin medycznych; wyposażenie oddziałów szpitalnych w sprzęt i aparaturę medyczną umożliwiającą odpowiednią do stopnia referencyjności diagnostykę i leczenie kobiet w okresie ciąży, porodu i położu oraz leczenie dzieci. Zgodność ze współczesną wiedzą medyczną ustalana jest na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie położnictwa i neonatologii oraz, w zależności od potrzeb, innych dyscyplin medycznych wspierających opiekę nad matką i dzieckiem i oznacza, że kobieta rodząca i jej dziecko mają prawo do wszelkich procedur diagnostyczno-leczniczych, do których mają dostęp kobiety i dzieci w innych krajach UE.

7.

Prawo do wczesnego, zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, bezpłatnego wykrywania, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji dzieci z zaburzeniami okresu noworodkowego.

Pełna diagnostyka i leczenie oraz kompleksowa rehabilitacja są prawem każdego dziecka z zaburzeniami okresu noworodkowego związanymi z prze-

biegiem ciąży, porodu i okresu adaptacji po porodzie oraz noworodków z wadami rozwojowymi, zakażeniami wrodzonymi, zakażeniami szpitalnymi i pozaszpitalnymi. Musi być dostępne zapobieganie transmisji HIV od matki do dziecka, a także zapewnione niezbędne środki ochrony i terapii w przypadku uzasadnionego podejrzenia wskazującego na zaniedbanie i przemoc wobec dziecka lub dla dziecka, które zostało po porodzie porzucone przez matkę. Odpowiednie postępowanie medyczne po porodzie przyczyni się do redukcji umieralności noworodków i niemowląt oraz trwałej niepełnosprawności dzieci. Zgodność ze współczesną wiedzą medyczną ustalana jest na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie neonatologii i pediatrii oraz, w zależności od potrzeb, innych dyscyplin medycznych wspierających opiekę nad dzieckiem i oznacza, że każdy noworodek i małe dziecko mają prawo do wszelkich procedur diagnostyczno-leczniczych, do których mają dostęp dzieci w innych krajach UE.

8.

Prawo rodzin, w których dziecko urodziło się przedwcześnie, z niską masą urodzeniową lub poważnie chore, do bezpłatnej, wysoko-specjalistycznej opieki medycznej połączonej z odpowiednią opieką socjalną.

Rodziny z dziećmi urodzonymi z poważnymi chorobami lub nieprawidłowościami, zwłaszcza rodziny doświadczające ubóstwa, mają prawo do otrzymania wszechstronnej opieki medycznej i ochrony socjalnej. Rodziny z dziećmi obciążonymi wadą rozwojową mają prawo do objęcia bezpłatną, specjalistyczną opieką genetyczną w zakresie zgodnym ze współczesną wiedzą medyczną oraz prawo do uzyskania informacji istotnych dla kształtowania postaw prokreacyjnych, w tym informacji o ryzyku ponownego urodzenia dziecka z wadą wrodzoną. Państwo powinno wspierać działalność stowarzyszeń rodziców chorych dzieci oraz innych organizacji pozarządowych działających na rzecz tych dzieci. Zgodność ze współczesną wiedzą medyczną ustalana jest na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie genetyki klinicznej i pediatrii i oznacza, że rodziny te mają prawo do wszelkich procedur diagnostyczno-leczniczych, do których mają dostęp podobne rodziny w innych krajach UE.

9.

Prawo kobiety do ochrony zdrowia psychicznego w każdym okresie ciąży, porodu i połogu.

Ochrona zdrowia psychicznego kobiet w wieku rozrodczym, zwłaszcza w okresie okołoporodowym musi być nieodłącznym elementem bezpłatnej

opieki położniczej mającej na celu zapewnienie kobiecie w każdym okresie ciąży, porodu i położu komfortu psychicznego oraz wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia depresji okołoporodowej.

Dla osiągnięcia tych celów konieczne jest, poza poszanowaniem i ochroną godności kobiety, zachowaniem intymności, dostarczeniem odpowiednich informacji, także bezpłatne wsparcie psychologiczne.

10.

Prawo do wnoszenia roszczeń odnośnie do procedur medycznych oraz warunków, w jakich świadczona jest opieka nad kobietą ciężarną, rodzącą i dzieckiem.

Przyszli rodzice, kobiety ciężarne, rodzące i rodzice mają prawo do zaznajomienia się z przepisami dotyczącymi odwołania się od decyzji lekarzy w sprawie planowanych oraz dotyczącymi wnoszenia roszczeń w związku z zastosowanymi procedurami medycznymi w opiece położniczej, neonatologicznej i pediatrycznej, a także warunkami porodu i położu oraz pobytu dziecka. Odwołania muszą być rozpatrzone w odpowiednim czasie, by możliwe było skorzystanie z pozytywnych dla matki i dziecka rozstrzygnięć.

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-13398-1 /JC/08

Warszawa, 19 stycznia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Uprzejmie dziękuję za przesłanie opracowanej w Biurze Pana Rzecznika Karty Praw Kobiety Rodzącej, przesłanej przy Pana piśmie z dnia 17 grudnia 2008 r., znak: RPO-605036-X/08/JS/JS. Zgodnie z Pana prośbą dokument ten zostanie uwzględniony „w pracach nad budową w Polsce systemu opieki nad matką i dzieckiem”, a już w najbliższym czasie, w pracach powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej. O pracach wymienionego Zespołu informowaliśmy Pana Rzecznika, między innymi, w piśmie z dnia 17

lutego 2008 r., znak: MZ-ZP-D-070-11564-I/JC/08. Najbliższe posiedzenie tego Zespołu odbędzie się 20 stycznia br. Na posiedzeniu tym planujemy zapoznanie wszystkich członków Zespołu ze stanowiskiem Pana Rzecznika jak też z treścią Karty Praw Kobiety Rodzącej.

Informuję, że trudno jest nam ocenić przydatność dla prac Zespołu przesłanego dokumentu, bowiem nie znajdujemy w nim informacji, które nie byłyby wcześniej znane osobom zajmującym się profesjonalnie problematyką ochrony zdrowia – w tym w szczególności ochrony zdrowia kobiet i dzieci. Dokonana w Ministerstwie Zdrowia analiza opracowanej w Biurze Pana Rzecznika Karty Praw Kobiety Rodzącej wskazuje, iż stanowi ona, wyodrębniony i dedykowany „kobietom rodzącym”, zbiór praw zawartych w obowiązujących przepisach. Warto zaznaczyć, że nie kwestionowane przez nas, *„Prawo do systemowej, kompleksowej, czynnej, odpowiedniej do potrzeb i bezpłatnej opieki nad matka i dzieckiem”*, obejmuje swoim zakresem prawa wyszczególnione w punktach od nr 2 do nr 9. W związku z tym, tego rodzaju Karta ma przede wszystkim charakter promocji i upowszechniania wiedzy kobiet na temat przysługujących im praw. Jesteśmy przekonani, że działania medialne Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, podjęte w związku z opracowaniem tego dokumentu, przyczyniły się w znacznej mierze do zainteresowania kobiet ich prawami w jednostkach systemu ochrony zdrowia. Ze względu na dość regularną korespondencję prowadzoną pomiędzy Urzędem Pana Rzecznika a Ministerstwem Zdrowia oraz w związku z tym, że w przesłanym dokumencie nie znajdujemy informacji dla nas nieznanymi, przesłanie na ręce Pani Minister Ewy Kopacz Karty Praw Kobiety Rodzącej odbieramy jako życzliwą motywację do bardziej intensywnych działań w zakresie prawnego uregulowania standardów opieki okołoporodowej.

Pragnę poinformować Pana Rzecznika, że prace mające na celu opracowanie standardu opieki okołoporodowej postępują tak szybko, jak to jest możliwe w przypadku bardzo skomplikowanej materii. W pracach tych wykorzystywana jest wiedza i doświadczenie wielu specjalistów – w tym także organizacji pozarządowych. Warto zaznaczyć, że w pracach Zespołu do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej biorą udział dwie przedstawicielki Fundacji „Rodzić po ludzku”.

Z przykrością konstatuję, że nie otrzymaliśmy oryginalnej wersji załącznika *„zawierającego syntetyczne informacje na temat opieki okołoporodowej w wybranych krajach Unii Europejskie”*, o którym informuje Pan na wstępie przywołanego wcześniej pisma. Informacje na temat zasad i zakresu opieki poporodowej realizowanej w krajach Unii są, w naszej opinii, bardzo ważne, ze względu na dążenie do wykorzystania korzystnych wzorców.

Dokument o takim samym tytule, jaki udało nam się odszukać na stronie internetowej Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, wydaje się być pierwotną wersją dokumentu, nad którym jeszcze prowadzone są prace. Zawarte są w nim rozproszone informacje na temat niektórych rozwiązań opieki w dowolnie wybranych krajach Unii Europejskiej, z systematycznym akcentowaniem wyrazów „powinno”, „należy: itp. – nie jak można by przypuszczać „jest”. Z przykrością stwierdzam, że nie znajdujemy w tym dokumencie praw kobiet rodzących. Nie stanowi to jednak dla nas szczególnego problemu, bowiem drogą dyplomatyczną zbieramy obszerniejsze informacje na temat opieki nad kobietą ciężarną w wybranych krajach Unii. Ponadto podstawowym dokumentem, na jakim opiera się Ministerstwo Zdrowia, w tym aspekcie, są rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia opublikowane w dokumencie zatytułowanym: „*Care in Normal Birth: a practical guide – Report of a Technical Working Group*” (WHO/FRH/MSM/96.24).

Dziękując za przesłane dokumenty pragnę zapewnić Pana Rzecznika, że Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, które mogą wpłynąć na zapewnienie kobietom ciężarnym i dzieciom jak najwyższego standardu opieki zdrowotnej. Wiele z naszych działań uwarunkowanych jest wysokością środków finansowych dostępnych w systemie ochrony zdrowia. W związku z tym oczekiwane zmiany nie mogą nastąpić tak szybko, jak byśmy tego oczekiwali. Tym niemniej nie akceptujemy i nie będziemy akceptować faktów naruszania praw pacjenta. Każda ze skarg na naruszenie tych praw jest rozpatrywana zgodnie trybem określonym w odpowiednich przepisach. Pragnę jednak zwrócić uwagę, że ani obowiązujące przepisy, ani też projektowane, nie uwzględniają możliwości „*odwołania się od decyzji lekarzy w sprawie planowanych oraz dotyczącymi wnoszenia roszczeń w związku z zastosowanymi procedurami medycznymi w opiece położniczej*”. Informuję, że w art. 31 podpisanej przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* przewidziano możliwość wniesienia przez pacjenta sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*, jeżeli opinia ta albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. W naszej opinii, upowszechniany zapis Karty Praw Kobiety Rodzącej, zawierający postulat opisany w punkcie 10. może niepotrzebnie wprowadzać pacjentów w błąd.

Informując Pana Rzecznika o powyższym, pragnę przypomnieć, że zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza określa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry* (tekst jednolity Dz.

U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, ze zm.). W ustawie tej zostały określone zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza. Zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 1 tej ustawy, wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Prawo wykonywania zawodu przyznaje okręgowa rada lekarska osobom, które spełniają wymagania określone w art. 5 ust. 1, wymienionej wcześniej ustawy. Zgodnie z art. 4 tej ustawy, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Zgodnie z postanowieniami art. 34 ust 1 i 2 wymienionej ustawy „Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31”. Przywołany artykuł 31 ust. 1 ustawy stanowi, że „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Tak więc, zgodnie z postanowieniami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz podejmuje decyzję o wyborze odpowiedniej metody postępowania leczniczego w oparciu o stwierdzone wskazania i ewentualne następstwa zastosowanej metody. Podejmowanie przez lekarza działania niezgodnego ze wskazaniami medycznymi stanowiłoby błąd w sztuce lekarskiej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

BIURO

Warszawa, 29 stycznia 2009 r.

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat o spotkaniu Rzecznika Praw Obywatelskich w Ministerstwie Zdrowia w sprawie Karty Praw Kobiety Rodzącej

W dniu 29 stycznia 2009 r. dr Janusz Kochanowski, Rzecznik Praw Obywatelskich, spotkał się w Ministerstwie Zdrowia z Podsekretarzem Stanu, dr. Markiem Haberem.

Tematem spotkania była trudna sytuacja w opiece okołoporodowej w Polsce, w tym takie poruszające opinię publiczną zjawiska, jak:

- zaniedbania w wypracowanym jeszcze w latach 90-tych ub. wieku systemie organizacji opieki okołoporodowej,
- utrudnianie dostępu kobiet ciężarnych i rodzących do bezpłatnej opieki medycznej o odpowiednim standardzie,
- zagrożenia epidemiczne na oddziałach położniczych i noworodkowych.

Zdaniem RPO stoją one w sprzeczności zarówno z art. 18 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., który stanowi, że macierzyństwo i rodzicielstwo znajduje się pod ochroną i opieką RP, art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, który zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym, jak i z prawem dziecka do ochrony zdrowia, zawartym w art. 24 Konwencji o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r., który wskazuje w ust. 2 pkt d, iż Państwa-Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

Niedostatki w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej znajdują potwierdzenie w sygnowanym przez Ministerstwo Zdrowia raporcie *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*.

Rzecznik wręczył Podsekretarzowi Stanu wykaz 3 870 podpisów pod opracowaną w BRPO Kartą Praw Kobiety Rodzącej i wyraził nadzieje na przyspieszenie prac ministerialnego zespołu ds. opracowania standardów w opiece okołoporodowej.

Rzecznik poinformował o podjęciu decyzji opracowania i udostępnienia opinii publicznej Białej Księgi, w której zostaną zawarte wszystkie

wystąpienia RPO obecnej kadencji w sprawie ochrony zdrowia, a także odpowiedzi przesłane z Ministerstwa Zdrowia.

W spotkaniu Rzecznikowi towarzyszył prof. Janusz Szymborski, Pełnomocnik RPO ds. Rodziny. Ze strony Ministerstwa Zdrowia uczestniczyły przedstawicielki Departamentu Zdrowia Publicznego, Panie Anna Błaszczuk i Jolanta Czerbniak.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 23 lutego 2009 r.

RPO-555872-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji dotyczącej wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie nieprzestrzegania w publicznych szpitalach praw pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem, zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat rezultatu prac Zespołu do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2007 r. (Dz. Urz. MZ. z 2007 r. Nr 16, poz. 90 ze zm.). Zobowiązany będę również za informację o przewidywanym terminie zakończenia prac Zespołu i wdrożenia zapowiadanych standardów opieki okołoporodowej oraz usunięciu nieprawidłowości sygnalizowanych przez Rzecznika.

Uprzejmie przypominam, że w świetle ostatniego wyjaśnienia Pani Minister w tej sprawie z dnia 17 lipca 2008 r. (MZ-ZP-D-070-11564-1/JC/08), „w toku dotychczasowych prac Zespołu ustalono, że ze względu na specyfikę opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu i położu, niezbędne jest opracowanie 4 standardów, tzn.: opieki nad kobietą ciężarną, opieki okołoporodowej nad kobietą podczas porodu, opieki nad kobietą w położu oraz opieki nad noworodkiem”. ...,Termin zakończenia

prac mających na celu opracowanie projektu standardu porodu jest ściśle związany z pracami (funkcjonującego niezależnie) zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, opracowującego rekomendacje postępowania medycznego podczas porodu".„Ze względu na powyższe, realnym terminem zakończenia prac Zespołu jest ostatni kwartał bieżącego roku”.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-13896-1/JC/09

Warszawa, 6 marca 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 23 lutego 2009 r., znak: RPO-555872-X/07/AA, zawierające prośbę o przekazanie informacji na temat rezultatu prac Zespołu do spraw opracowania standardu opieki okołoporodowej, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2007 r. (Dz. Urz. MZ. Nr 16, poz. 90, ze zm.), uprzejmie informuję, że prace tego Zespołu trwają i dotychczas nie przyniosły efektu, który mógłby stanowić podstawy uregulowania prawnego standardu opieki okołoporodowej.

Pragnę wyjaśnić, iż rezultaty prac wymienionego Zespołu są ściśle uzależnione od zaangażowania, wkładu pracy oraz konsensusu wszystkich członków Zespołu. Ponadto w toku postępu prac i dyskusji merytorycznej, pojawiają się kolejne, wcześniej nie rozważane problemy, które wymagają rozstrzygnięcia. Takim nieprzewidywalnym wcześniej problemem jest np. odniesienie się do pozaszpitalnych form opieki podczas porodu. Pragnę przypomnieć, że wstępnie zakładano opracowanie standardu opieki nad

kobietą ciężarną, opieki okołoporodowej nad kobietą podczas porodu, opieki nad kobietą w położu oraz opieki nad noworodkiem w warunkach szpitalnych.

Problemy, którymi zajmuje się Zespół mają bardzo skomplikowany charakter, rodzą też liczne kontrowersje. Należy też zaznaczyć, że prace Zespołu mają nowatorski charakter, bowiem dotychczas nie opracowywano podobnego standardu postępowania w jakiejkolwiek dziedzinie medycyny. W związku z tym Zespół stara się wykorzystać wzorce opieki okołoporodowej, funkcjonujące w innych krajach. Uzgodniono, że punktem wyjścia dla rozważań na temat modelu opieki okołoporodowej w Polsce będą rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia opublikowane w dokumencie zatytułowanym: „*Care in Normal Birth: a practical guide – Report of a Technical Working Group*” (WHO/FRH/MSM/96.24). O fakcie tym, jak również o postępie prac Zespołu informowaliśmy Pana Rzecznika w piśmie z dnia 19 stycznia br., znak: MZ-ZP-D-073-13398-l/JC/08, będącym odpowiedzią na Pana pismo z dnia 17 grudnia 2008 r., znak: RPO-605036-X/08/JS/JS. Na posiedzeniu Zespołu w dniu 20 stycznia br. ustalono, iż członkowie Zespołu reprezentujący środowisko ginekologów, adaptują rekomendacje WHO do polskich realiów i uwarunkowań prawnych. Niestety ustalony termin tej adaptacji, z przyczyn niezależnych od Ministerstwa Zdrowia, nie został dotrzymany. Tak więc w chwili obecnej trudnym zadaniem jest prognozowanie, choćby w przybliżeniu, terminu zakończenia prac Zespołu. Tak jak przedstawiliśmy to wcześniej termin ten jest uzależniony od zaangażowania i wkładu pracy członków Zespołu.

Przedstawiając powyższe, pragnę poinformować Pana Rzecznika, że Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do wszystkich wojewódzkich centrów zdrowia publicznego z prośbą o dokonanie wnikliwej analizy w poszczególnych województwach respektowania praw kobiet, zawartych w Karcie Praw Kobiety Rodzącej, opracowanej w Biurze Pana Rzecznika. Zwróciliśmy się też z prośbą o przedstawienie informacji na temat odnotowanych w województwach naruszeń tych praw i podjętych działaniach mających na celu przeciwdziałanie tym naruszeniom.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Mariola Dwornikowska

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 6 kwietnia 2009 r.

RPO-613140-X/09/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Na podstawie przepisów art. 9 i art. 15b ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (jt. Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 ze zm.), matce lub ojcu albo opiekunowi prawnemu (lub opiekunowi faktycznemu) przysługuje dodatek z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowa zapomoga.

Stosownie do noweli tych przepisów, dokonanej w art. 7 ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654), wspomniany dodatek i zapomoga przysługuje, jeżeli kobieta pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu. Pozostawanie pod opieką medyczną potwierdza się zaświadczeniem lekarskim. W myśl art. 18 tej ustawy, obowiązek potwierdzenia opieki medycznej nad kobietą w ciąży stosuje się od dnia 1 listopada 2009 r.

Uzależnienie wsparcia finansowego ze środków publicznych z tytułu urodzenia dziecka od potwierdzenia zaświadczeniem lekarskim opieki medycznej nad kobietą w ciąży ma niewątpliwie uzasadnienie merytoryczne, zarówno z punktu widzenia zdrowia kobiet i dzieci oraz odpowiedzialności za zdrowie ciężarnej i jej dziecka, jak również finansów publicznych.

Jednakże, z listów obywateli kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że nie zawsze możliwy jest swobodny dostęp do lekarza ginekologa, szczególnie w mniejszych miastach i na wsiach. Informacje te potwierdzają doniesienia środków masowego przekazu, wskazując na konieczność oczekiwania w kolejce do lekarza ginekologa oraz brak akcji informacyjnej dla kobiet ciężarnych o obowiązku potwierdzenia opieki medycznej zaświadczeniem lekarskim (np. „Dziennik” z dnia 26 marca 2009 r. – artykuł pt. „Nie dostaną becikowego bo nie zdążą do lekarza” – kopia

artykułu w załączeniu). Również Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny – w stanowisku z dnia 30 marca 2009 r. w sprawie uzależnienia dostępności becikowego od przymusowego badania ginekologicznego – wyraża obawy co do realizacji omawianych przepisów.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionych wątpliwości oraz poinformowanie o stanie prac legislacyjnych nad przygotowaniem rozporządzenia, określającego formę opieki medycznej nad kobietą w ciąży oraz wzór zaświadczenia lekarskiego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-14312-1/JC/09

Warszawa, 16 kwietnia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 6 kwietnia 2009 r., znak: RPO-613140-X-/09/AA, skierowane do Ministra Zdrowia w sprawie realizacji uprawnienia dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi, wynikającego z postanowień ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654), uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace legislacyjne mające na celu wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 8 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn.

zm.). Przygotowany został projekt rozporządzenia w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, który został przekazany do uzgodnień zewnętrznych. Treść tego projektu jest dostępna na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Odnosząc się do przedstawionych w piśmie Pana Rzecznika informacji o możliwych trudnościach z uzyskaniem zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego fakt objęcia kobiety ciężarnej opieką medyczną, uprzejmie informuję, że w dniu 26 stycznia br. Ministerstwo Zdrowia wystosowało pismo do dyrektorów wszystkich wojewódzkich centrów zdrowia publicznego zawierające informację o wejściu w życie przepisów ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw oraz wiążących się z tym faktem konsekwencjach dla kobiet oraz organizatorów opieki zdrowotnej. W piśmie tym zwróciliśmy się też z prośbą o przekazanie informacji o dostępie kobiet do lekarza ginekologa-położnika oraz położnej na terenie całego województwa, w tym także czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa-położnika. Uzyskane informacje wskazują, że: „W województwie dolnośląskim w 2008 roku Narodowy Fundusz Zdrowia Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu zawarł umowę z 323 gabinetami ginekologicznymi. W 153 gabinetach ginekologicznych czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa-położnika nie przekraczała 30 dni, w 15 gabinetach – od 30 do 90 dni, natomiast w 155 placówkach pacjentki nie musiały oczekiwać w kolejce na przyjęcie do lekarza ginekologa. W roku 2009 Narodowy Fundusz Zdrowia podpisał umowy z 309 gabinetami ginekologicznymi w województwie dolnośląskim. Od 2009 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy tylko z położnymi podstawowej opieki zdrowotnej na świadczenia medyczne udzielane kobietom ciężarnym od 26 tygodnia ciąży.”

W województwie kujawsko-pomorskim: „z informacji uzyskanych od lekarzy ginekologów wynika, że są w stanie objąć opieką profilaktyczną wszystkie kobiety ciężarne do 10 Hbd jeśli się tylko po taką poradę zgłoszą. Podobnie położne środowiskowo-rodzinne są w stanie objąć opieką wszystkie ciężarne.”

W województwie lubelskim: „Zakład Ochrony Zdrowia Matki i Dziecka Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie, na podstawie prowadzonego nadzoru merytoryczno organizacyjnego nad pionem medycznym w opiece nad matką i dzieckiem w województwie lubelskim nie stwierdził niepokojących sygnałów o braku dostępu kobiet ciężarnych do lekarza ginekologa-położnika oraz położnej środowiskowo-rodzinnej. Pacjentki ciężarne przyjmowane są przez lekarza ginekologa-położnika na bieżąco, bez wcześniejszej rejestracji.”

W województwie lubuskim dokonano analizy dostępu do świadczeń medycznych realizowanych na rzecz kobiet ciężarnych, która wskazuje, że „w 34 poradniach położniczo ginekologicznych (37,4%) w celu uzyskania porady w przypadku stabilnym czas oczekiwania na wizytę wynosił od 1 do 48 dni. Na poradę w przypadkach pilnych kobiety nie oczekiwały na wizytę, były przyjmowane w tym samym dniu. Z uwagi na fakt, że zgłaszające się na wizyty kobiety w ciąży traktowane są priorytetowo, należy domniemywać, że nie oczekują na wizytę w poradni położniczo-ginekologicznej.”

W województwie łódzkim: „w poradniach położniczo-ginekologicznych kobiety ciężarne przyjmowane są w dniu zgłoszenia bez konieczności zapisów i oczekiwania. Jedynym ograniczeniem w dostępności są wizyty u lekarza położnika w placówkach wiejskich, gdzie często lekarz przyjmuje w wymiarze godzinowym i tylko parę dni w tygodniu.”

„Na terenie Małopolski nie ma ograniczeń w dostępności kobiet do lekarzy ginekologów. Kobiety ciężarne i pacjentki ginekologiczne w przypadkach koniecznych przyjmowane są na bieżąco.”

W województwie mazowieckim: „z dostępnych danych wynika, iż przeciętnie w całym województwie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w poradniach ginekologiczno położniczych wynosi 8 dni.”

W województwie opolskim „analizy dostępności dokonano według powiatów. W mieście Opole w 7 poradniach pacjentki przyjmowane są na bieżąco, w 3 poradniach okres oczekiwania na wizytę wynosi do 7 dni, w 2 poradniach – do 2 tygodni, a w 4 – do 1 miesiąca. W powiecie brzeskim: w dwóch poradniach pacjentki przyjmowane są na bieżąco, a w trzech okres oczekiwania na wizytę przekracza 7 dni. W powiecie głubczyckim: w dwóch poradniach pacjentki przyjmowane są na bieżąco, a w jednej oczekują od 14 do 30 dni. W powiecie kędzierzyńsko-kozielskim: dwie poradnie przyjmują pacjentki na bieżąco, a w pozostałych czterech okres oczekiwania na wizytę sięga 30 dni. W powiecie kluczborskim: cztery poradnie przyjmują pacjentki na bieżąco, a w pozostałych dwóch okres oczekiwania na wizytę sięga 6 tygodni. W powiecie krapkowickim: jedna poradnia przyjmuje pacjentki na bieżąco, a w pozostałych czterech okres oczekiwania na wizytę waha się od 7 do 30 dni. W powiecie namysłowskim: trzy poradnie przyjmują pacjentki na bieżąco, w jednej okres oczekiwania na wizytę sięga 2 tygodni. W powiecie nyskim: w sześciu poradniach pacjentki przyjmowane są na bieżąco, a w pozostałych 3 poradniach okres oczekiwania na wizytę waha się od 14 do 30 dni. W powiecie oleskim pacjentki przyjmowane są zwykle na bieżąco, tylko w jednej poradni okres oczekiwania na wizytę może osiągać do 3 tygodni. W powiecie opolskim: trzy poradnie przyjmują pacjentki na bieżąco, a w pozostałych pięciu okres oczekiwania na wizytę

waha się od 7 do 14 dni. W powiecie prudnickim pacjentki przyjmowane są na bieżąco. W powiecie strzeleckim pacjentki przyjmowane są na bieżąco – tylko w jednej z pięciu poradni czas oczekiwania na wizytę może przedłużyć się do 7–10 dni.”

W województwie podkarpackim „w 56 poradniach przyjęcia kobiet odbywają się na bieżąco. Czas oczekiwania na wizytę u ginekologa-położnika w pozostałych placówkach przedstawia się następująco:

- w 11 poradniach – do 1 tygodnia,
- w 4 poradniach – 2 tygodnie,
- w 2 poradniach – 2–3 tygodnie,
- w 1 poradni – 3 tygodnie,
- w 3 poradniach – 3–4 tygodnie,
- w 2 poradniach – 4 tygodnie,
- w 3 poradniach – 1–5 tygodni,
- w 1 poradni 7 tygodni,
- w 1 poradni – 8 tygodni.”

„W województwie podlaskim kobietom we wczesnej ciąży (do 10 tyg. trwania ciąży zapewniona jest pełna dostępność bez oczekiwania do lekarza-ginekologa i położnej.”

W województwie pomorskim „kobiety mają następujący dostęp do lekarza położnika-ginekologa:

- w 60% poradni K są przyjmowane na bieżąco, bez żadnego okresu oczekiwania,
- w 15% poradni K oczekiwanie nie jest dłuższe niż 7 dni,
- w 10% poradni K oczekiwanie na wizytę trwa do 2 tygodni,
- w 15% poradni K czas oczekiwania jest dłuższy niż 2 tygodnie i sięga w niektórych poradniach do 2 miesięcy.”

W województwie śląskim, na podstawie danych Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2008 roku umowy na świadczenia ambulatoryjne w zakresie położnictwa i ginekologii zawarte zostały z 391 poradniami, funkcjonującymi w różnych formach organizacyjnych. W 302 poradniach pacjentki przyjmowane były na bieżąco, w 14 poradniach czas oczekiwania na poradę nie przekraczał 7 dni, w 16 poradniach czas oczekiwania na poradę nie przekraczał 2 tygodni, w 13 nie przekraczał 3 tygodni, w 16 nie przekraczał 1 miesiąca. W 30 poradniach czas oczekiwania na poradę przekraczał 1 miesiąc, przy czym w 10 z tych poradni przekraczał 2 miesiące. Zgodnie z przekazaną informacją, wszystkie pilne przypadki przyjmowane są na bieżąco.

„W województwie świętokrzyskim funkcjonuje 126 zakładów opieki zdrowotnej, które posiadają zawarty kontrakt ze Świętokrzyskim Oddziałem

Wojewódzkim Narodowym Funduszu Zdrowia w Kielcach na realizację świadczeń medycznych, realizowanych na rzecz kobiet ciężarnych. Lekarz ginekolog-położnik w większości zakładów przyjmuje codziennie, jedynie w 6 zakładach wizyty są 2 razy w tygodniu, a w 2 zakładach 1 raz w tygodniu. W 11 placówkach czas oczekiwania na wizytę wynosi 1–2 tygodni, w pozostałych pacjentki przyjmowane są w dniu zgłoszenia.”

W województwie warmińsko-mazurskim, zgodnie z przesłanym zestawieniem tabelarycznym zawierającym średni czas oczekiwania na poradę lekarską w poradni położniczo-ginekologicznej, z podziałem na powiaty, w 4 powiatach pacjentki przyjmowane są na bieżąco, w 11 powiatach czas oczekiwania na poradę jest krótszy niż 7 dni, w dwóch powiatach średni czas oczekiwania na poradę mieści się w przedziale dwóch tygodni oraz w dwóch powiatach do trzech tygodni. Według informacji Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Centrum Zdrowia Publicznego, pacjentki w pierwszych tygodniach ciąży mają nieograniczony dostęp do poradni ginekologicznych.

W województwie wielkopolskim „w kilku przypadkach stwierdzono, że oczekiwanie na wizytę lekarską kobiety ciężarnej wynosi od tygodnia do półtora miesiąca. Uniemożliwia to pacjentkom rozpoczęcie opieki lekarskiej do 10 tygodnia ciąży. Sytuacje takie zdarzają się najczęściej w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej z gabinetem ginekologiczno-położniczym. We wszystkich poradniach przyszpitalnych przyjęcia odbywają się codziennie (od poniedziałku do piątku) w godzinach 8–14. W województwie wielkopolskim zadowalający jest poziom świadczeń położnych środowiskowo-rodzinnych.”

W województwie zachodniopomorskim „nie występują trudności z uzyskaniem opieki medycznej w pionie położniczo-ginekologicznym. Kobiety ciężarne rejestrowane są w poradniach ginekologicznych, posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, na bieżąco, a czas oczekiwania na wizytę nie przekracza czternastu dni. W związku z powyższym kobiety ciężarne z terenu województwa mogą uzyskać niezbędne świadczenia medyczne przed 10 tygodniem ciąży, jeżeli tylko zgłoszą się do poradni.”

W pismach z niektórych województw zawarte zostały informacje o działaniach podjętych w tych województwach, mających na celu popularyzację wiedzy o wdrożonych przepisach prawnych, warunkujących uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi. O działaniach takich poinformowano w pismach z województw:

- lubuskiego – w którym dokonano analizy dostępności i określono zadania, których podjęcie jest niezbędne dla zapewnienia realizacji prawa

kobiet do uzyskania zasiłku; w działaniach tych uwzględniono informacje w massmediach, Oddziałach NFZ, poradniach położniczo-ginekologicznych, Centrach Pomocy Rodzinie; wnioski przesłano do Wojewody, jak również do przewodniczących samorządów medycznych (lekarckiego, pielęgniarek i położnych), Wojewódzkiego Centrum Pomocy Rodzinie oraz wg rozdzielnika do publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

- łódzkiego – w którym zadeklarowano wystąpienie do ośrodków pomocy społecznej z prośbą o wzmoczenie akcji informacyjnej w zakresie warunków uzyskania dodatku Z tytułu urodzenia dziecka; informacje o zmianie przepisów przekazano Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi.

- małopolskiego – w którym „w trakcie przeprowadzanych kontroli placówek medycznych pracownicy Działu Kontroli i Nadzoru Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie systematycznie informują personel medyczny zatrudniony w poradniach ginekologiczno-położniczych o konieczności propagowania wśród ciężarnych wczesnego zgłaszalnictwa (tj. do 10 tyg. ciąży) kobiet ciężarnych do poradni specjalistycznych, celem nabycia praw do późniejszego tzw. „becikowego”. Dostępność do informacji dla pacjentek poradni ginekologiczno-położniczych na ww. temat będzie brana pod uwagę podczas rutynowych czynności kontrolnych. W związku z nowelizacją ww. ustawy Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie zamieściło na swojej stronie internetowej stosowny komunikat do lekarzy ginekologów i położnych środowiskowych oraz wystosowało do prasy odpowiednie informacje w tej sprawie.”

- podlaskiego – w którym „poinformowano kierowników zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń położniczo-ginekologicznych na terenie województwa, o nowych zasadach dotyczących uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka”.

- świętokrzyskiego – w którym „do wszystkich zakładów wystosowano pismo z prośbą o umieszczenie w widocznym miejscu informacji o świadczeniach rodzinnych, związanej z warunkami uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka, tzw. „becikowe”.

- warmińsko-mazurskiego – w którym „wraz z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie położnictwa i ginekologii zobowiązano wszystkie oddziały położniczo-ginekologiczne do zamieszczania w Księdze Porodów danych dotyczących liczby wizyt lekarskich podczas ciąży, ze wskazaniem pierwszej wizyty u ginekologa w czasie ciąży, tj. do 10, do 14 i powyżej 14 tygodnia ciąży”

- wielkopolskiego – w którym „celem poprawienia sytuacji zdrowotnej w województwie wielkopolskim informacje o zaistniałych problemach w do-

stępnie do świadczeń medycznych dla kobiet ciężarnych zostały przekazane do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.”

Przedstawione powyżej informacje wskazują, iż dostępność do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii jest zróżnicowana, także na poziomie poszczególnych województw i miast. Tym niemniej sytuacja ta nie zagraża realizacji prawa kobiet do uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi. Warto bowiem zaznaczyć, że formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, określone w projekcie rozporządzenia, uwzględniają opiekę sprawowaną przez położną. Natomiast z żadnego z województw nie przekazana została informacja o trudnościach związanych dostępem do świadczeń realizowanych przez położną. Należy też podkreślić, że zgodnie z zapisem art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.) kobieta ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analizując czasy oczekiwania pacjentek na poradę lekarską stwierdzono, iż kobiety mimo możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia dokonują wyboru związanego z oczekiwaniem na poradę lekarską, aby uzyskać poradę u wybranego lekarza ginekologa.

Przedstawiając powyższe, pragnę też poinformować, że działalność w zakresie opieki profilaktycznej nad kobietami w ciąży objęta jest sprawozdawczością resortową. Dane na temat liczby porad udzielonych kobietom w ciąży do 10 tygodnia ciąży, do 14 tygodnia ciąży oraz powyżej 14 tygodnia ciąży wskazują, że tzw. „wczesna zgłaszalność” (w pierwszym trymestrze ciąży) kształtuje się na poziomie 40–60% – w zależności od regionu. Liczymy więc, iż wprowadzona regulacja prawna, uzależniająca uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka od jak najwcześniej podjętej profilaktyki, przyczyni się do zwiększenia świadomości zdrowotnej kobiet, a tym samym wpłynie na dalsze obniżenie umieralności niemowląt i poprawę stanu zdrowia populacji.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

2.3.2. Dostęp do leków i świadczeń

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-523424-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 7 marca 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Otrzymuję listy, w których obywatele kwestionują przepis wynikający z załącznika Nr 3 lp. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. Nr 261, poz. 2601), przewidujący finansowanie ze środków publicznych leczenie ortodontyczne wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno i dwuszczękowe, jedynie do ukończenia 12 roku życia.

Regulująca problem dostępu do świadczeń zdrowotnych ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.), w art. 16 ust. 1 pkt 2 zakłada, że świadczeniobiorcy nie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane. Przez świadczenie gwarantowane ustawodawca rozumie – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35).

Zgodnie z art. 31 ust. 2 i 3 ustawy, świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane. Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie pogołu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicz-

nych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób. Do określenia wykazu gwarantowanych świadczeń i materiałów ustawa upoważnia Ministra Zdrowia, zobowiązując do uwzględnienia przy wydaniu stosownego rozporządzenia, dobra świadczeniobiorcy oraz możliwości płatniczych Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 31 ust. 4 ustawy).

Zdaniem zainteresowanych, dostęp do świadczenia zdrowotnego znajdującego się w wykazie świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia nie może być ograniczany przez jakiegokolwiek kryterium pozamedyczne, takie jak wiek pacjenta. Zainteresowani kwestionują również zasadę wynikającą z omawianego przepisu, zgodnie z którą zakup aparatu z własnych środków finansowych rodziców (opiekunów) dziecka, pozbawia to dziecko prawa do kontroli wyników leczenia ortodontycznego w ramach środków publicznych.

Jak mi wiadomo, obecnie trwają prace nad nowelizacją przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do priorytetów działań Pana Ministra należy również opracowanie i wdrożenie „Programu poprawy opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży”.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonej sprawie oraz udzielenie informacji odnośnie ewentualnych zamierzeń legislacyjnych i przewidywanych rozwiązań „Programu poprawy opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży” w omawianej materii.

Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie przesłanek, które zdecydowały o obecnym brzmieniu kwestionowanego przepisu rozporządzenia.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 29 marca 2006 r.

MZ-UZ-ZR-746-4653-2/DZ/06

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 7 marca br., w sprawie przepisów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 roku *w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń* (Dz. U. Nr 261, poz. 2601), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Przepis zawarty w załączniku nr 3 lp. 8 do ww. rozporządzenia, dotyczący leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno- i dwuszczękowego do ukończenia 12 roku życia, powstał w oparciu o opinie konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach stomatologicznych. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną leczenie wad zgryzu z zastosowaniem ortodontycznych aparatów do zdejmowania powinno być rozpoczynane wcześniej, w wieku 7–8 lat. Górna granica wieku, określona w przedmiotowym rozporządzeniu, uzasadniona jest wskazaniami klinicznymi do leczenia za pomocą ww. aparatów. Projekt powyższego rozporządzenia poddany był konsultacjom społecznym, w tym z Naczelną Izbą Lekarską, Ogólnopolskim Związkiem Lekarzy Stomatologów, Ogólnopolskim Związkiem Lekarzy Stomatologów Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wolnopraktykujących, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”. Należy podkreślić, iż żaden z biorących w konsultacjach społecznych podmiotów nie wniósł uwag dotyczących leczenia ortodontycznego. Jednocześnie wyjaśniam, iż zgodnie z przepisem zawartym w ww. rozporządzeniu kontrola wyników leczenia ortodontycznego po jego zakończeniu do ukończenia 13 roku życia, w tzw. okresie retencji, dotyczy wyłącznie dzieci leczonych w ramach świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z przedmiotowym rozporządzeniem nie jest możliwe przejmowanie do kontroli dzieci, które zostały wyleczone poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Trwające obecnie prace nad nowelizacją przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia

2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 2135, poz. 210 z późn. zm.) nie przewidują zmian w przedmiotowym zakresie.

Niewątpliwie poprawa opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży wymaga zmian systemowych, dlatego wśród priorytetów działań Ministra Zdrowia jest m.in. opracowanie i wdrożenie nowego programu zdrowotnego pt. „Program poprawy opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży” – Od stycznia 2006 roku prowadzone są w tej sprawie rozmowy z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej. Jednakże na obecnym etapie prac brak jest ostatecznych ustaleń, dotyczących przewidywanych rozwiązań w przedmiotowej kwestii.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-534441-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 21 czerwca 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Pozwalam sobie zwrócić się do Pan Ministra w sprawie dostępu do leków i leczenia osób chorych na mukowiscydozę.

Problem ten sygnalizował Ministrowi Zdrowia poprzedni Rzecznik Praw Obywatelskich (pismo z dnia 30 grudnia 2004 r. – RPO-492614/05) i otrzymał w tej sprawie obszerne wyjaśnienie (pismo z dnia 9 marca 2005 r.

– MZ-PZ-P-070-149-2/MW/05). Urzędujący wówczas Minister Zdrowia wskazał na ogromną wagę problemu oraz podejmowane w tym zakresie działania systemowe. Powołał się również na „propozycje rozwiązań, które mogą w znaczny sposób przedłużyć życie pacjentów oraz poprawić jakość ich życia”.

W tym stanie rzeczy, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat działań resortu zdrowia podjętych w ciągu ostatniego roku dla zapewnienia chorym na mukowiscydozę właściwego dostępu do leków i leczenia oraz bezpieczeństwa zdrowotnego, a także zamierzeń Pana Ministra w tym zakresie.

Pozwolę sobie przypomnieć, że obecnie, refundacją w ramach ubezpieczenia zdrowotnego objęte są tylko podstawowe leki stosowane w leczeniu mukowiscydozy. Na rodzicach dzieci spoczywa zatem główny ciężar finansowania opieki nad chorym dzieckiem. Dotyczy to, w szczególności, leczenia pozwalającego na uniknięcie infekcji (antybiotykoterapii), leczenia poprawiającego komfort oddychania (leki, inhalacje, podawanie tlenu) oraz działań zapobiegających nadmiernemu osłabieniu dziecka (zestawy witaminowe, odżywki, enzymy, rehabilitacja, zajęcia sportowe). Opieka ta wiąże się z wysokimi kosztami, których z reguły nie są w stanie ponieść rodzice i opiekunowie dzieci. Odstąpienie od właściwej i skutecznej terapii powoduje nieodwracalne skutki zdrowotne i społeczne, niewspółmierne do kosztów zalecanego leczenia. Także wczesne rozpoznanie choroby i podjęcie właściwej terapii jest zwykle tańsze niż leczenie powikłań.

Będę również zobowiązany za zajęcie stanowiska – z wykorzystaniem opinii ekspertów medycznych – w sprawie możliwości refundacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego szczepionki „Aerugen”, osobom spełniającym kryteria do jej stosowania. Jak wiadomo Panu Ministrowi, mukowiscydoza jest chorobą wielonarządową, ale u wszystkich pacjentów z tą chorobą występuje, w większym lub mniejszym stopniu, jej ekspresja płucna, niejednokrotnie z ciężkimi powikłaniami. Najczęstszą przyczyną chorób płuc u pacjentów z mukowiscydozą są infekcje bakteriami *Pseudomonas aeruginosa*. Według producenta „Aerugenu”, „szczepionka ta, w odróżnieniu od innych obecnie dostępnych w Polsce jest przygotowana specjalnie i wyłącznie dla pacjentów chorych na mukowiscydozę. Mechanizm działania szczepionki polega na pobudzeniu produkcji przeciwciał z bardzo wysokim powinowactwem do bakterii *Pseudomonas aeruginosa* i egzotoksyny A, co znacznie zwiększa odporność i chroni pacjenta przed infekcją”.

Informuję jednocześnie Pana Ministra, że zaniepokojony jestem postępowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie odmowy refundacji preparatu „Aerugen” dla dziecka – Hawiera M., syna Marleny B. i Pawła M. Jest to wprawdzie szczepionka, ale w przypadku tego dziecka ratująca zdrowie i życie. Jak wynika z ustaleń Sądu Rejonowego w Poznaniu X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, rozpoznającego sprawę odwołania rodziców dziecka od decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia odmawiającej sfinansowania kosztów szczepionki „Aerugen” (wyrok z dnia 28 kwietnia 2005 r.), „Hawier M. jako dziecko chore na mukowiscydozę należy do grupy bardzo wysokiego ryzyka zakażenia pałeczką *Pseudomonas aeruginosa*. Jediną jak dotąd próbą zapobiegania temu zakażeniu jest podanie szczepionki „Aerugen” zawierającej antygeny szczepów szczególnie patogennych dla chorych na mukowiscydozę i stwarzających możliwość wytworzenia odporności. Dlatego zastosowanie u niego szczepionki jest niezbędne dla ratowania zdrowia i życia”.

Wątpliwości budzi także stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie formy odmowy potwierdzenia przez Prezesa Funduszu konieczności refundacji leków niewpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm. 16) i braku podstaw do zastosowania w tym przypadku art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), przewidującego rozstrzygnięcie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczących m.in. ustalenia prawa do świadczeń, w drodze decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (kopie korespondencji w załączeniu).

W związku z powyższym, zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zbadanie powyższej sprawy i zajęcie stanowiska, a także rozważenie możliwości sfinansowania wymienionemu dziecku zaleconej szczepionki ze środków publicznych.

Zobowiązany będę za rozpatrzenie podnoszonych kwestii i przekazanie informacji w tej materii.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 17 lipca 2006 r.

Zbigniew RELIGA

MZ-PZ-P-070-2908-1/EM/06

Pan

Janusz Kochanowski

Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do wystąpienia Pana Rzecznika z dnia 21 czerwca 2006 r., znak: RPO-534441-X/06/AA w sprawie dostępu do leków i leczenia osób chorych na mukowiscydozę, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji:

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy. Zgodnie z art. 15 ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie. Każdemu świadczeniobiorcy, bez względu na zdiagnozowaną jednostkę chorobową, przysługuje dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz leków i wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych. Odnosząc się do poruszonego w piśmie Pana Rzecznika zagadnienia dotyczącego dostępu pacjentów chorych na mukowiscydozę do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym refundacji leków, uprzejmie informuję, iż udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przysługujących pacjentom w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, polega na równym traktowaniu wszystkich ubezpieczonych, solidarności społecznej oraz zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia, mając na uwadze dobro m.in. pacjentów chorych na mukowiscydozę, wydał rozporządzenie z dnia 17 grudnia 2004 roku w *sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków / wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością* (Dz. U. 275 poz. 2730 z późn. zm.), zgodnie z którym, w terapii zaliczonej do chorób przewlekłych mukowiscydozie stosowane są leki – bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością leki. Mając powyższe na uwadze należy podkreślić, iż pacjentom z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi, w tym

chorym na mukowiscydozę, przysługuje szerszy dostęp do leków i wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych, niż świadczeniobiorcom, u których nie rozpoznano tych jednostek chorobowych. Aktualnie na listach leków refundowanych, zgodnie z ww. rozporządzeniem, znajdują się następujące leki: – wydawane bezpłatnie:

1. Acetylcysteinum (substancja) – leki: Fluimucil, Syntemucol, Tussicom

2. Amylasum + Lipasum + Proteasum (substancja) – leki: Kreon, Lipancrea, Panzytrat

3. Bromhexinum (substancja) – leki: Flegamina

4. Carbocisteinum (substancja) – leki: Mucopront, Mukolina, Pecto-Dril – wydawane za opłatą ryczałtową:

5. Dornasum alfa (substancja) – leki: Pulmozyme.

W przypadku leków, które nie zostały ujęte przepisach powyższego aktu wykonawczego, pacjentom chorym na mukowiscydozę przysługują także leki, które Minister Zdrowia, po uwzględnieniu konieczności zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępności do leków oraz bezpieczeństwa ich stosowania, znaczenia leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym, wpływu leku na bezpośrednio koszty leczenia a także możliwości płatniczych podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, wpisał do wykazu refundowanych leków podstawowych i uzupełniających, ustalając jednocześnie wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe oraz wysokość odpłatności za leki uzupełniające. Należy mieć na uwadze, iż zgodnie z przepisem art. 39 cytowanej ustawy, wnioski o umieszczanie leków i wyrobów medycznych na wykazach leków refundowanych mogą składać do ministra właściwego do spraw zdrowia podmioty odpowiedzialne a także wytwórcy wyrobów medycznych, ich autoryzowani przedstawiciele lub importerzy. Zatem tylko na wniosek zainteresowanych podmiotów Minister Zdrowia może wprowadzić na listy leków refundowanych nowe produkty lecznicze.

Uprzejmie informuję, iż w przeciągu ostatniego roku nie zmienił się zakres leków refundowanych, dostępnych dla chorych na mukowiscydozę. Jednakże w IV kwartale br. planowana jest kolejna nowelizacja list leków refundowanych, w której uwzględnione zostanie wpisanie kolejnych nowych generyków na wykazy refundacyjne. Wówczas będzie również analizowana zasadność rozszerzenia dostępności do leków w poszczególnych chorobach przewlekłych.

Ponadto uprzejmie informuję, iż refundacji mogą tylko podlegać leki i wyroby medyczne wydawane pacjentom na podstawie recepty lekar-

skiej. Podane przykładowo w piśmie Pana Rzecznika odżywki będące suplementami diety, z uwagi na brak wymogu recepty lekarza, nie mogą być objęte finansowaniem ze środków publicznych.

Odnosząc się do poruszonego w piśmie Pana Rzecznika zagadnienia dotyczącego świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na rzecz pacjentów z mukowiscydozą, w tym poprawiających komfort oddychania (np. podawanie tlenu) oraz zapobiegających nadmiernemu osłabieniu dziecka (np. rehabilitacja), uprzejmie informuję, iż zgodnie z zarządzeniem Nr 20/2006 z dnia 18 maja 2006 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie Nr 90/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2005 roku w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza”, Fundusz finansuje ze środków publicznych dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w rodzaju rehabilitacji leczniczej, w tym tlenoterapii. Rehabilitacja osób chorych na mukowiscydozę jest wykonywana w oddziałach stacjonarnych rehabilitacji pulmonologicznej i rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego. Ponadto, Narodowy Fundusz Zdrowia przewidział możliwość terapii pacjentów chorych na mukowiscydozę w ramach zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i domowych. W odpowiedzi na poruszone w piśmie Pana Rzecznika zagadnienie dotyczące możliwości refundacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego leku „Aerugen”, uprzejmie informuję, iż przedmiotowy preparat leczniczy nie posiada pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z przepisem art. 36 ust. 4 ww. ustawy, leki niewpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 roku *Prawo farmaceutyczne* (Dz. U. z 2004 roku Nr 53 poz. 533 z późn. zm.), mogą być wydane pacjentowi po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem, że konieczność ich refundacji została potwierdzona przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Mając na uwadze fakt, iż preparat „Aerugen” jest szczepionką, informuję, iż zgodnie z *wykazem świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych*, stanowiącym załącznik do ww. ustawy, szczepienia ochronne nie wchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych nie podlegają finansowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237 poz. 2018 z późn. zm.), mukowiscydoza nie została

określona jako jednostka chorobowa podlegająca obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Mając na uwadze powyższe przepisy prawa, uprzejmie informuję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia miał podstawy by odmówić refundacji kosztów zakupu ww. szczepionki dla Hawiera M.

Z uwagi na zacytowany w piśmie Pana Rzecznika wyrok Sądu Rejonowego w Poznaniu, nakazujący Narodowemu Funduszowi Zdrowia pokrycie kosztów zakupu ww. szczepionki, Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie wyjaśnień dotyczących przedmiotowej sprawy. Z uzyskanych informacji wynika, iż Sąd Rejonowy w Poznaniu (Syg. Akt XIU2147/04) zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że „stwierdza, iż małoletni Hawier M. ma prawo do refundacji ze środków publicznych kosztów dwóch ampulek szczepionki o nazwie AERUGEN i oddalił odwołanie w pozostałym zakresie. Sąd nie dostrzegł jednakże konieczności, w obowiązującym stanie prawnym, uwzględnienia żądania rodziców małoletniego odnośnie prawa do refundacji większej ilości ampulek aż do osiągnięcia przez małoletniego 18 roku życia, na przyszłość”. Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, iż Sąd Rejonowy w Poznaniu zobowiązał Narodowy Fundusz Zdrowia do sfinansowania ze środków publicznych zakupu 2 ampulek leku dla Hawiera M., które zostały zakupione przez Fundusz w 2005 roku. Odnosząc się do pytania Pana Rzecznika na temat działań podjętych w ciągu ostatniego roku dla zapewnienia chorym na mukowiscydozę właściwego dostępu do leków leczenia oraz bezpieczeństwa zdrowotnego, pragnę poinformować, iż zgodnie z zapowiedziami, w roku bieżącym zostały zapoczątkowane badania przesiewowe noworodków w kierunku mukowiscydozy, łącznie z obowiązującymi już badaniami przesiewowymi w kierunku fenylketonurii i wrodzonej niedoczynności tarczycy (hipotyreozy) w ramach realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia wieloletniego programu polityki zdrowotnej pn. *Program badań przesiewowych noworodków w Polsce kierunku hipotyreozy i fenylketonurii*. Wprowadzenie badań w kierunku mukowiscydozę w części kraju, a następnie stopniowe rozszerzenie na całą populację noworodków w Polsce, pozwoli na poprawę diagnostyki i tej choroby genetycznej oraz umożliwi rozpoczęcie właściwego leczenia. Zakłada się, że Program badań przesiewowych do 2008 roku obejmie badaniami w kierunku mukowiscydozy całą populację noworodków.

Należy wyjaśnić, iż w warunkach polskich istotnym argumentem za prowadzeniem badań przesiewowych w kierunku mukowiscydozy dla całej populacji jest zbyt późne rozpoznanie tej choroby – średnio około 3,5 roku życia (50% chorych jest diagnozowanych po 1 roku życia), przez co praktycznie niemożliwe jest zastosowanie profilaktyki i właściwego leczenia. Wczesne rozpoznanie (w okresie noworodkowym) i rozpoczęcie właściwego leczenia w ośrodku specjalistycznym ma wpływ na przebieg

choroby i okres przeżycia chorych. Jediną metodą wczesnego rozpoznawania, często jeszcze w okresie bezobjawowym, jest badanie przesiewowe noworodków. Wdrożenie w ramach Programu badań przesiewowych mukowiscydozy opiera się na bazie istniejącego w całej Polsce zunifikowanego systemu badań przesiewowych w kierunku fenyloketonurii i hipotyreozy, którym objęto całą populację noworodków. Należy dodać, iż populacyjne badania przesiewowe mają charakter powszechny. Finansowanie przez Ministerstwo Zdrowia w ramach programu zapewnia ciągłość tych badań, uporządkowanie organizacyjne oraz ich równy dostęp.

Przedstawiając powyższe, chcę zapewnić, iż Minister Zdrowia ma na uwadze dobro osób chorych na mukowiscydozę, tak w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych jak i systemu refundowanych leków. Jednocześnie należy wyrazić nadzieję, że zapoczątkowane w bieżącym roku badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy pozwolą na poprawę diagnostyki tej choroby genetycznej, umożliwią wydłużenie długości życia chorych oraz poprawę jego jakości i doprowadzą do zmniejszenia częstości zaostrzeń choroby.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-534441-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 27 lipca 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Dziękuję uprzejmie Panu Ministrowi za obszerne wyjaśnienie z dnia 17 lipca br. w sprawie dostępu do leków i leczenia osób chorych na mukowi-

scydozę oraz działań resortu zdrowia zmierzających do zapewnienia tym chorym bezpieczeństwa zdrowotnego.

Nawiązując do treści udzielonego wyjaśnienia, pragnę zapewnić Pana Ministra, iż znane są mi obowiązujące przepisy prawne w zakresie dostępu obywateli do leków i leczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz wnikające z nich prawa ubezpieczonych i warunki korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W wystąpieniu do Pana Ministra – na przykładzie indywidualnej sprawy dziecka chorego na mukowiscydozę – starałem się wskazać na problemy związane z zabezpieczeniem zalecanej przez lekarzy specjalistów opieki zdrowotnej niezbędnej dla ratowania zdrowia i życia.

Pozwolę sobie przypomnieć, że z ustaleń Sądu Rejonowego w Poznaniu, rozpoznającego sprawę odwołania rodziców dziecka – Hawiera M. od decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia odmawiającej sfinansowania kosztów szczepionki „Aerugen” wynika, iż „Hawier M. jako dziecko chore na mukowiscydozę należy do grupy bardzo wysokiego ryzyka zakażenia pałeczką *Pseudomonas aeruginosa*. Jediną jak dotąd próbą zapobiegania temu zakażeniu jest podanie szczepionki „Aerugen” zawierającej antygeny szczepów szczególnie patogennych dla chorych na mukowiscydozę i stwarzających możliwość wytworzenia odporności. Dlatego zastosowanie u niego szczepionki jest niezbędne dla ratowania zdrowia i życia”. W tej sytuacji, trudno nie wyrazić zaniepokojenia obowiązującym stanem prawnym oraz postępowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, który odmawia refundacji preparatu, będącego wprawdzie szczepionką, ale w przypadku wymienionego dziecka, ratującą jego zdrowie i życie.

Jak stwierdza Pan Minister w przedmiotowym wyjaśnieniu, „w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z póź. zm.), mukowiscydoza nie została określona jako jednostka chorobowa podlegająca obowiązkowym szczepieniom ochronnym”. Mając na uwadze fakt, iż preparat „Aerugen” jest szczepionką – zgodnie z wykazem świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych, stanowiącym załącznik do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.) – zdaniem Pana Ministra, „Narodowy Fundusz Zdrowia miał podstawy by odmówić refundacji kosztów zakupu ww. szczepionki dla Hawiera M.” Nie sposób jednak nie zauważyć, iż mukowiscydoza nie jest zaliczona do chorób zakaźnych i zakażeń, do których stosuje się przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z póź. zm.). W tym stanie prawnym, trudno więc

oczekiwać ewentualnego określenia mukowiscydozy „jako jednostki chorobowej podlegającej obowiązkowym szczepieniom ochronnym” w cytowanym rozporządzeniu, wydanym na podstawie upoważnienia art. 14 ust. 8 przedmiotowej ustawy. W efekcie, szczepionka przygotowana specjalnie i wyłącznie dla pacjentów chorych na mukowiscydozę nie może podlegać refundacji ze środków publicznych.

Wątpliwości budzi także stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie formy odmowy potwierdzenia przez Prezesa Funduszu konieczności refundacji leków niewpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm. 16) oraz braku podstaw do zastosowania w tym przypadku art. 109 cytowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidującego rozstrzygnięcie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczących m.in. ustalenia prawa do świadczeń, w drodze decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W tej sprawie nie otrzymałem stanowiska Pana Ministra.

W wyjaśnieniu Pana Ministra nie znajduję również informacji w sprawie możliwości refundacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego szczepionki „Aerugen” osobom spełniającym kryteria do jej stosowania. Jak wiadomo Panu Ministrowi, mukowiscydoza jest chorobą wielonarządową, ale u wszystkich pacjentów z tą chorobą występuje, w większym lub mniejszym stopniu, jej ekspresja płucna, niejednokrotnie z ciężkimi powikłaniami. Najczęstszą, przyczyną chorób płuc u pacjentów z mukowiscydozą są infekcje bakteriami *Pseudomonas aeruginosa*. Według producenta „Aerugenu”, „szczepionka ta, w odróżnieniu od innych obecnie dostępnych w Polsce jest przygotowana specjalnie i wyłącznie dla pacjentów chorych na mukowiscydozę. Mechanizm działania szczepionki polega na pobudzeniu produkcji przeciwciał z bardzo wysokim powinowactwem do bakterii *Pseudomonas aeruginosa* i egzotoksyny A, co znacznie zwiększa odporność i chroni pacjenta przed infekcją”. Powstaje zatem pytanie, czy w tej sytuacji nie należałoby ocenić – przy pomocy odpowiednich ekspertów – spodziewanych korzyści refundacji wymienionej szczepionki osobom spełniającym kryteria do jej stosowania. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wczesne podjęcie właściwej terapii jest zwykle tańsze niż leczenie powikłań.

W związku z powyższym, zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o ponowne zbadanie sprawy oraz zajęcie stanowiska, a także

rozważenie możliwości sfinansowania wymienionemu dziecku zalecanej szczepionki ze środków publicznych.

Zobowiązany będę za rozpatrzenie podnoszonych kwestii i przekazanie informacji w tej materii.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PLO-460-3560-2/SS/06

Warszawa, 1 września 2006 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma z dnia 27 lipca 2006 r., znak: RPO-534441-X/06/AA w sprawie dostępu do leków i leczenia osób chorych na mukowiscydozę, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień:

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy.

Zgodnie z art. 15 ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie. Każdemu świadczeniobiorcy, bez względu na zdiagnozowaną jednostkę chorobową, przysługuje dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz leków i wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Odnosząc się do poruszonego w Pana piśmie zagadnienia dotyczącego możliwości refundacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego szczepionki „Aerugen”, uprzejmie informuję, iż zgodnie z *wykazem świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze świadczeń publicznych*, stanowiącym za-

łącznik do ustawy, szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych nie podlegają finansowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakres obowiązkowych szczepień ochronnych został określony w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.), przy czym wykaz jednostek chorobowych podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym dotyczy jedynie chorób zakaźnych. Mając na uwadze powyższe, Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o przepisy ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, jest zobowiązany do finansowania ze środków publicznych szczepień ochronnych jedynie przeciwko chorobom zakaźnym.

Odnosząc się do zawartej w Pana piśmie opinii, dotyczącej refundacji kosztów zakupu szczepionki „Aerugen” dla pacjenta Hawiera M., iż „(...) W tej sytuacji trudno nie wyrazić zaniepokojenia obowiązującym stanem prawnym oraz postępowania Narodowego Funduszu Zdrowia, który odmawia refundacji preparatu, będącego wprawdzie szczepionką, ale w przypadku wymienionego dziecka, ratującą jego zdrowie i życie (...)”, uprzejmie informuję, że NFZ na mocy wydanego przez Sąd Rejonowy w Poznaniu wyroku, sfinansował ze środków publicznych koszty zakupu tej szczepionki dla ww. pacjenta. Należy jednak podkreślić, iż przytoczony przez Pana wyrok Sądu Rejonowego w Poznaniu (Syg. Akt), został zmieniony w ten sposób, że: „stwierdza, iż małoletni Hawier M. ma prawo do refundacji ze środków publicznych kosztów dwóch ampulek szczepionki o nazwie AERUGEN i oddalił odwołanie w pozostałym zakresie. Sąd nie dostrzegł jednakże konieczności w obowiązującym stanie prawnym uwzględnienia żądania rodziców małoletniego odnośnie prawa do refundacji większej ilości ampulek aż do osiągnięcia przez małoletniego 18 roku życia”. Zgodnie z powyższym sąd zobligował NFZ do sfinansowania kosztów zakupu szczepionki „Aerugen” dla Hawiera M. w liczbie 2 ampulek, przy czym nie uwzględnił żądań prawnych opiekunów świadczeniobiorcy do finansowania ze środków publicznych kosztów szczepionki aż do osiągnięcia przez niego pełnoletności.

Odnosząc się do poruszonej w Pana piśmie kwestii dotyczącej potwierdzenia przez Prezesa Funduszu refundacji leków sprowadzanych w ramach importu docelowego, uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisem art. 36 ust. 4 ww. ustawy, leki niewpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U.

z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.), mogą być wydawane świadczeniobiorcy po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich refundacji zostanie potwierdzona przez Prezesa Funduszu. Na podstawie cytowanego przepisu ustawy Prezes Funduszu wyrażając zgodę lub odmawiając wyrażenia zgody na objęcie refundacją produktu leczniczego, uwzględnia w szczególności skuteczność kliniczną danego leku, bezpieczeństwo i cenę w porównaniu do leków wpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o tym samym wskazaniu terapeutycznym. Należy także podkreślić, iż przepisy przywołanej ustawy, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. *w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta* (Dz. U. Nr 70, poz. 636), nie przewidują trybu odwoławczego w sytuacji nie wyrażenia przez Prezesa NFZ zgody na refundację leku.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich
RPO-548777-X/07/WW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 8 marca 2007 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że Rzecznik Praw Obywatelskich, po zapoznaniu się z treścią artykułu zamieszczonego w dzienniku „Życie Warszawy” z dnia 3 stycznia 2007 r. pt. „Rodzice chorego chłopca walczą

z bezdusznym NFZ” (kopia artykułu w załączeniu), dotyczącego odmowy refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia pasków do nowoczesnego glukometru dla chorego na cukrzycę dwuletniego dziecka, zainteresowany jest stanowiskiem Pana Ministra oraz działaniami resortu zdrowia w zakresie zabezpieczenia dzieciom chorym na cukrzycę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wyrobów medycznych, których zastosowanie wynika z bezwzględnych wskazań medycznych.

Zobowiązany będąc za przekazanie informacji odnośnie wyników badania wymienionej sprawy w resorcie zdrowia, w tym w szczególności za informację w sprawie potrzeby i możliwości stworzenia specjalnego programu zdrowotnego dla małych dzieci chorych na cukrzycę oraz ewentualnej zmiany przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz. U. Nr 275, poz. 2730 z póź. zm.), w kierunku wprowadzenia refundacji całkowitej lub częściowej testów paskowych do oznaczania glukozy we krwi u małych dzieci.

Pozwolę sobie zauważyć, że w świetle przytoczonej w powołanym artykule prasowym wypowiedzi Krajowego Konsultanta do spraw diabetologii, sytuacja małych dzieci, u których zachodzi konieczność kilkakrotnego w ciągu doby oznaczania poziomu glukozy we krwi, jest szczególna. W przypadku tych dzieci niezbędne jest stosowanie glukometrów o bardzo cienkich igłach, które nie kaleczą palców, są mniej przykre i nie sprawiają cierpień dziecku.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania podnoszonych kwestii oraz udzielenie w tej sprawie wyjaśnień.

Z upoważnienia

Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PL-4642-5093-1 /MS/07
MZ-PLR-070-362/HP/07

Warszawa, 8 czerwca 2007 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo RPO-548777-X/07/WW, w sprawie odmowy refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia pasków do nowoczesnego glukometru dla chorego na cukrzycę dwuletniego dziecka, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Dostęp ludności do leków objętych dopłatami ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210. poz. 2135). Zgodnie z treścią art. 15 ust. 2 przedmiotowej ustawy, świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych, na zasadach i w zakresie określonym w ustawie, szereg świadczeń m.in.: podstawową opiekę zdrowotną, leczenie szpitalne, zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze. Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia, co reguluje art. 35 wymienionej ustawy.

Natomiast w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z przepisami, Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje leki i wyroby medyczne, wpisane do rejestru produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Leki z wykazów leków podstawowych i wykazu leków uzupełniających, przysługują ubezpieczonemu po wniesieniu opłaty ryczałtowej (leki podstawowe i leki recepturowe) oraz za odpłatnością 30% lub 50% ceny leku (leki uzupełniające), leki z wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie są wydawane ubezpieczonemu bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Wymienione wykazy, zgodnie z przepisami cytowanej ustawy, określa w drodze rozporządzeń minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie

opinii specjalistów z określonych dziedzin medycyny i po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, uwzględniając w szczególności konieczność ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność leków, bezpieczeństwo ich stosowania a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Odnosząc się do problemu, który został przedstawiony w piśmie, uprzejmie informuję, że testy diagnostyczne do szybkich oznaczeń glukozy we krwi znajdują się w wykazie chorób przewlekłych i są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. W jednostce chorobowej cukrzyca pacjent otrzymuje je po wniesieniu opłaty ryczałtowej. Ilość leków oraz testów, które mogą być przepisane na jedną receptę, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 roku w sprawie recept lekarskich (Dz. U. 04.213.2164), które zostało dostosowane do obowiązujących zasad określonych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002 roku Nr 21, poz. 204, z późn. zm.). Zgodnie z wyżej wymienionym rozporządzeniem, osoba wystawiająca receptę może przepisać, dla jednego pacjenta, jednorazowo maksymalnie 100 sztuk pasków diagnostycznych – w przypadku recept na refundowane leki i wyroby medyczne wymienione w tych wykazach. Natomiast podając na receptce sposób dawkowania, wystawiający receptę może przepisać ilość leku lub wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi na maksymalnie trzymiesięczne stosowanie.

Przedstawione wyżej przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określające zakres finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia leków i wyrobów medycznych, z tytułu leczenia ubezpieczonych w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych, są jedynymi obowiązującymi i nie dają podstaw formalno-prawnych do refundacji wyrobów medycznych m.in. testów diagnostycznych, na prośbę pacjenta.

Jednocześnie informuję, że poszerzenie wykazu chorób przewlekłych o nowe leki i wyroby medyczne, wymaga wypełnienia określonej procedury, wynikającej z przepisów art. 39 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Umieszczenie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego w wykazie leków refundowanych może nastąpić na wniosek podmiotu odpowiedzialnego skierowany do Ministra Zdrowia. Szczegółowa procedura w tym zakresie określona została przepisami rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego zakresu informacji zawartych we wnioskach o umieszczenie leku lub wyrobu medycznego w wykazach, sposobu składania wnio-

sków oraz trybu i terminów ich rozpatrywania (Dz. U. Nr 276, poz. 2741). Złożone wnioski rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, powołany na mocy art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 roku o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050).

Wnioski o objęcie refundacją testów do oznaczania glukozy, które w ostatnim czasie wpłynęły do Ministerstwa Zdrowia, zostaną rozpatrzone przy nowelizacji wykazów leków refundowanych.

W świetle aktualnie obowiązujących rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazów leków refundowanych, nie istnieje możliwość refundacji innych testów, niż wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jednocześnie uprzejmie informuję, że w 2006 roku został przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia „*Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce*” na lata 2006–2008. Głównym celem wymienionego Programu jest zintensyfikowanie działań prewencyjnych, pozwalających na zmniejszenie ryzyka zachorowania, optymalizację leczenia cukrzycy i jej powikłań. Szczególne problemy opieki diabetologicznej obejmują opiekę nad kobietą przed zajściem w ciążę, nad dziećmi i młodzieżą (wzmocnienie specjalnego leczenia dla dzieci i młodzieży). „*Program Leczenia i Prewencji Cukrzycy w Polsce*” zakłada finansowanie z budżetu Ministra Zdrowia m.in. następujących zadań: „Promocja” problematyki cukrzycy i zdrowego trybu życia w mediach, opracowanie ujednoliconego programu szkoleniowego dla lekarza rodzinnego (POZ). opracowanie programu edukacyjnego dla nauczycieli i opiekunów dzieci, opracowanie koncepcji wdrożenia i funkcjonowania Rejestru chorych na cukrzycę i Rejestru wieku rozwojowego.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

MINISTER ZDROWIA
MZ-PLW-463-5960-12/ABU/08

Warszawa, 14 stycznia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Wielce Szanowny Panie

W nawiązaniu do pisma z dnia 29 grudnia 2007 r., znak RPO-548777-X/07/WW, dotyczącego refundacji testów paskowych do oznaczania glukozy we krwi, informuję, że wykaz leków i wyrobów medycznych podlegających refundacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz. U. Nr 31, poz. 203, ze zm.). W myśl przytoczonego rozporządzenia leki i wyroby medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na inne choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, do których zgodnie z § 1, pkt 11 rozporządzenia zalicza się cukrzycę. Testy paskowe do oznaczania glukozy we krwi wydawane są po wniesieniu opłaty ryczałtowej.

Jednocześnie informuję, iż zgodnie z art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), podstawą umieszczenia leków lub wyrobów medycznych na wykazie leków podstawowych i uzupełniających oraz wykazie leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, musi być wniosek złożony do ministra właściwego do spraw zdrowia przez podmiot odpowiedzialny, a także wytwórcę wyrobów medycznych, jego autoryzowanego przedstawiciela albo importera.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-588895-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 16 maja 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Z niepokojem odbieram kolejne doniesienia na temat sytuacji osób chorych na hemofilię, w szczególności dotyczące opieki zdrowotnej dla dzieci.

Każdego roku u ok. 50 noworodków w Polsce diagnozuje się hemofilię. Właściwe leczenie pozwoliłoby tej grupie pacjentów prowadzić w przyszłości aktywne, wolne od bólu i kalectwa życie. W krajach rozwiniętych, standardem postępowania z chorymi na hemofilię jest profilaktyka pierwotna (podawanie chorym brakującego czynnika krzepnięcia co 2–3 dni, niezależnie od tego, czy występują krwawienia) oraz podawanie czynników rekombinowanych. Stosowanie profilaktyki pierwotnej pozwala w dużej mierze uniknąć widocznych zmian stawowych, których konsekwencją jest niesprawność i inwalidztwo. Natomiast rekombinowane czynniki krzepnięcia, będące efektem inżynierii genetycznej, dają pełną gwarancję bezpieczeństwa, eliminując zagrożenia związane ze stosowaniem tradycyjnych preparatów osoczopochodnych.

W opinii lekarzy specjalistów oraz pacjentów – wyrażonej m.in. w czasie konferencji pt. „Bezpieczne leczenie, skuteczna profilaktyka – europejski standard postępowania” (Dom Dziennikarza, Warszawa dnia 17 kwietnia 2007 r.) oraz podczas jednej z debat III Forum Rynku Zdrowia, dotyczącej możliwości i perspektyw leczenia osób cierpiących w Polsce na hemofilię (dnia 24–25 października 2007 r.) – Narodowy Program Leczenia Hemofilii w Polsce nie gwarantuje skutecznej profilaktyki u dzieci i dorosłych cierpiących na tę chorobę oraz odbiega od standardów światowych i europejskich. Podstawowe problemy to brak dostępu do leków oraz niewystarczające środki na profilaktykę, a także utrudnienia w dostępie do diagnostyki i leczenia.

Według wyliczeń Narodowego Centrum Krwi, „wskaźnik zaopatrzenia chorych na hemofilię (mierzony w jednostkach międzynarodowych na 1 mieszkańca kraju dla czynnika krzepnięcia VIII) w latach 2006 i 2007 wynosił odpowiednio 1,7 i 2,0”. Gdy tymczasem, w krajach tzw. nowej Unii średnie zużycie czynników krzepnięcia wynosi 4, a krajach tzw. starej Unii – 6 IU/mieszkańca. „Ilość czynników krzepnięcia zakupywanych w ramach Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005-11 wystarcza tylko na doraźne leczenie krwawień”. Ponadto, od lat kolejne ekipy rządowe nie potrafią skutecznie zadbać o to, aby nie było przerw w wydawaniu leków, zmuszając chorych na hemofilię do podwójnej walki – z samą chorobą oraz o właściwe leczenie.

Zapewnienie chorym bezpiecznych metod leczenia oraz niezbędnego dostępu do leków jest nie tylko wymogiem etycznym i prawnym, ale pozostaje również w zgodzie z rachunkiem ekonomicznym (możliwość uchronienia przed zagrożeniami wirusologicznymi i inwalidztwem a w następstwie kosztownym leczeniem powikłań, operacjami, zaopatrzeniem medycznym, rentą, odszkodowaniem). Wymaga to jednakże kompleksowego spojrzenia na problem profilaktyki i leczenia hemofilii oraz następstw działań i zaniechań w tym zakresie, pozwalającego na sformułowanie korzystnych rozwiązań, zarówno dla pacjentów, jak i dla budżetu państwa. Konieczna wydaje się koordynacja ocen i wniosków podmiotów uczestniczących w tym zakresie. Zważyć wypada, że kto inny organizuje i ponosi koszty zakupu czynników krzepnięcia (Minister Zdrowia), kto inny zapewnia i finansuje leczenie powikłań (zwykle Narodowy Fundusz Zdrowia), a jeszcze kto inny wypłaca renty inwalidzkie i odszkodowania (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, skarb państwa, organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy i zajęcie stanowiska. Zobowiązany będę za przekazanie informacji nt. działań Pani Minister w sprawie zapewnienia chorym na hemofilię bezpiecznego leczenia i leków rekombinowanych oraz wyeliminowania przerw w wydawaniu leków.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 16 czerwca 2008 r.

MZ-PZ-PZ-400-4550-177/MP/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma znak: RPO-588895-X/08/AA, z dnia 16 maja 2008 roku, dotyczącego sytuacji osób chorych na hemofilię, niniejszym przekazuję stanowisko w powyższej sprawie.

Chorzy na hemofilię stanowią niewielki odsetek populacji Polski. Jednak biorąc pod uwagę bardzo wysokie koszty leczenia, konieczność częstych hospitalizacji oraz trudności rehabilitacji, zagadnienie to stanowi poważny problem społeczny.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia i Światowej Federacji Hemofilii (WHO/WFH Recommendations, June 1997; Haemophilia 1998, 4, suppl. 2, 64-66), odpowiedzialność za narodowy system opieki nad chorymi na hemofilię spoczywa na władzach danego kraju. Podobnie jak w innych krajach świata, w Polsce koncentraty czynników krzepnięcia dla osób chorych na hemofilię i inne wrodzone skazy krwotoczne muszą być finansowane ze środków publicznych. Należy podkreślić, że koncentraty czynników krzepnięcia nie mogą być traktowane na równi z innymi lekami. W przypadku wystąpienia krwawienia, natychmiastowe podanie odpowiedniego preparatu krzepnięcia często jest warunkiem utrzymania pacjenta przy życiu.

Wypełnienie zadań związanych z organizacją i koordynacją zaopatrzenia Rzeczypospolitej Polskiej w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne jest statutowym przedmiotem działalności Narodowego Centrum Krwi w Warszawie. Preparaty krzepnięcia oraz czynniki rekombinowane, przeznaczone dla osób chorych na hemofilię, zakupywane są w ramach realizacji „Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005–2011”, ze środków finansowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Natomiast koszty leczenia pacjentów chorych na hemofilię – podawanie czynników krzepnięcia, leczenia powikłań hemofilii (np. przy wylewach krwi do stawów) – pokrywane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Stosowane obecnie w leczeniu hemofilii koncentraty czynników krzepnięcia są produkowane z ludzkiego osocza lub metodami inżynierii genetycznej. Obydwa rodzaje ww. preparatów mają porównywalną skuteczność terapeutyczną. Z uwagi na wysokie koszty zakupów czynników rekombinowanych (są 2–3-krotnie droższe od leków osoczo pochodnych) dokonywanych w ramach realizacji „Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005–2008”, zastąpienie nimi koncentratów wytwarzanych z ludzkiego osocza doprowadziłoby do bardzo niebezpiecznego dla osób chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne zmniejszenia zaopatrzenia w czynniki krzepnięcia. Z tego powodu priorytetową kwestią jest zwiększenia zaopatrzenia w osoczo pochodne czynniki krzepnięcia, a następnie, w miarę możliwości, zwiększenie udziału leków rekombinowanych. Zgodnie z założeniami „Narodowego Programu Leczenia Hemofilii” wprowadzenie leczenia preparatami rekombinowanymi zaplanowano na rok 2010, co na pewno zwiększy chorym poczucie bezpieczeństwa.

Należy również podkreślić, że jednym z głównych założeń ww. programu jest wdrożenie pierwotnej profilaktyki krwawień śródstawowych u dzieci chorych na hemofilię.

Mając na uwadze zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210. poz. 2135 ze zm.), uprzejmie informuję, że opieka zdrowotna nad chorymi na hemofilię jest sprawowana przede wszystkim w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.

Obecnie w Narodowym Funduszu Zdrowia trwają prace nad projektem opisu terapeutycznego programu zdrowotnego „Profilaktyka i terapia krwawień u dzieci z hemofilią A i B”. Projekt powyższy został przedstawiony w dniu 30 maja br. przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia do konsultacji (treść programu dostępna jest na stronie internetowej NFZ: www.nfz.gov.pl). Cele programu:

1. Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci chorych na ciężką postać hemofilii A i B.
2. Wtórna profilaktyka krwawień po wylewach, u dzieci z hemofilią A i B.
3. Leczenie krwawień u dzieci z hemofilią A i B.
4. Wywoływanie immunotolerancji u dzieci chorych na hemofilię A i B z inhibitorem czynników krzepnięcia VIII lub IX.

Ponadto w projekcie określono m. in.: kryteria włączenia do programu, schemat podawania leku, zasady kwalifikacji chorych do leczenia w ramach programu, kryteria zakończenia udziału w programie oraz wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach programu.

Przedstawione powyżej działania podjęte zostały w celu zapewnienia poprawy sytuacji chorych na hemofilię, zapewnienia im bezpiecznego leczenia oraz podniesienia standardów opieki nad tą grupą pacjentów.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 31 lipca 2008 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-588895-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o udzielenie wyjaśnień w sprawie aktualnej sytuacji w zakresie profilaktyki i leczenia dzieci chorych na hemofilię, a także o podjęcie działań na rzecz równego traktowania tych dzieci w szkołach ogólnodostępnych.

Profilaktyka i leczenie

W wystąpieniu z 16.05.2008 (RPO-588895-X/08) zwróciłem się do Pani Minister o zajęcie stanowiska w sprawie zapewnienia chorym dzieciom bezpiecznych metod leczenia oraz niezbędnego dostępu do leków, w tym leków rekombinowanych, jako wymogu nie tylko etycznego i prawnego, ale również mającego uzasadnienie ekonomiczne. W odpowiedzi Podsekretarza Stanu z dnia 16.06.2008 r. (MZ-PZ-PZ-400-4550-177/MP/08)

przedstawione zostały działania podejmowane w celu zapewnienia poprawy sytuacji chorych na hemofilię, zapewnienia im bezpiecznego leczenia oraz podniesienia standardów opieki nad tą grupą pacjentów.

W zgodnej opinii Rzecznika Praw Obywatelskich oraz przedstawicieli środowiska pediatrycznego, przyjęcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia w lipcu b.r. terapeutycznego programu zdrowotnego „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B” wraz z zapowiedzią jego realizowania od sierpnia b.r. należy uznać za istotny postęp w opiece medycznej i jednocześnie ważny krok w kierunku spełnienia wszystkich oczekiwań pacjentów chorych na hemofilię, w tym objęcia w najbliższych latach stosownym programem profilaktyczno-leczniczym ponad 30 dzieci z inhibitorem czynnika krzepnięcia.

Jak wynika jednak z poruszających opinię publiczną przekazów medialnych (Dzieci chore na hemofilię dostaną leki droższe i mniej bezpieczne – „Gazeta Wyborcza”, 26.07.2008, telewizyjne programy informacyjne w dniu 28.07.2008r.), rodzice dzieci wykluczonych z programu NFZ, z powodu stwierdzenia u nich obecności inhibitora, mają poczucie dyskryminacji w dostępie do odpowiedniego dla ich dzieci leczenia.

Zdaniem Rzecznika konieczne wydaje się wyjaśnienie przez Ministerstwo Zdrowia kilku uzasadnionych wątpliwości związanych z realizacją Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005–2011 oraz przyjętego przez NFZ programu „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”.

A. Niedostatek informacji w przedmiocie realizacji Narodowego Programu Leczenia Hemofilii.

Środki finansowe w wysokości 88 715 000 PLN przeznaczone na realizację programu w 2006 roku miały umożliwić m.in. rozpoczęcie programu pierwotnej profilaktyki krwawień śródstawowych u dzieci urodzonych w latach 2000–2005. Plan na lata 2007–2011 zakładał stopniowe zwiększanie środków finansowych (odp. 112 000 000 PLN; 135 000 000 PLN; 163 000 000 PLN; 188 000 000 PLN; 210 000 000 PLN) a jego realizacja miała zapewnić m.in.: „Kontynuację pierwotnej profilaktyki krwawień śródstawowych u dzieci już włączonych do tego programu leczenia i objęcie profilaktyką nowourodzonych chłopców z ciężką hemofilią A i B”; Zastąpienie preparatu nisko oczyszczonego koncentratu czynnika IX przez preparaty aPCC i rekombinowany czynnik VIIa w leczeniu dostawowych wylewów krwi u chorych na hemofilię powikłaną inhibitorem czynnika VIII w wysokim mianie”; „Upowszechnienie stosowania wtórnej profilaktyki krwawień śródstawowych, która ograniczy szybkość narastania artropatii hemofilio-

wej, kontynuację programu wywołania tolerancji immunologicznej (ITI) wobec czynnika VIII. Objęcie programem ITI wszystkie nowo rozpoznane przypadki hemofilii powikłanej inhibitorem”; „Wprowadzenie po raz pierwszy w Polsce w 2010 roku, przynajmniej u części uprzednio nie leczonych substytucyjnie dzieci chorych na hemofilię, rekombinowanego koncentratu czynnika VIII/IX”.

Można przypuszczać, iż przynajmniej część niepokojów w środowisku osób chorych na hemofilię i ich rodzin może wynikać z niedostatków informacji. W ramach ogólnopolskiej koordynacji Programu i monitorowania oczekiwanych efektów powinno być realizowane zadanie: „przygotowanie corocznie raportu o realizacji programu i przygotowanie wniosków do realizacji programu w latach następnych”, dlatego zwracam się do Pani Minister o udostępnienie mi raportów i wniosków z lat 2006 i 2007.

B. Niejednoznaczność informacji i opinii w przedmiocie zaopatrzenia w czynniki krzepnięcia pochodzenia osoczowego i rekombinowane.

Wg cytowanej w prasie opinii prof. Jerzego Kowalczyka, krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, na leczenie 30 pacjentów z inhibitorem czynnika VIII potrzeba 100 mln zł rocznie, podczas gdy Edyta Grabowska-Woźniak, rzecznik NFZ, roczne koszty leczenia tych pacjentów określa na 300 mln zł.

Z dotychczasowych informacji medycznych i resortowych wynikało z kolei, że czynniki krzepnięcia osoczopochodne są kilkakrotnie tańsze od czynników rekombinowanych. Tymczasem w komunikacie z dnia 23.07.2008 r. Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, o wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (znak: ZZZ-84/08) na dostawę czynnika krzepnięcia VIII, znajduje się informacja o odrzuceniu oferty jednej z firm, która w zakresie poz. 4 i 5 zaoferowała czynnik krzepnięcia VIII rekombinowany, w cenie znacznie niższej (cena jednostkowa brutto 1,0500 PLN; cena całkowita brutto 10 500 000,00 PLN) niż wybranej w przetargu firmy, która zaoferowała czynnik osoczopochodny (cena jednostkowa 1,4663 PLN; cena całkowita 14 663 000,00 PLN). Oferta na dostawę czynnika krzepnięcia rekombinowanego została odrzucona na mocy art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r., Nr 223, poz. 1655) tj. „jej treść nie odpowiada treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia co jest niezgodne z treścią rozdz. IV ust. 1 pkt. 1.2. SIWZ, który mówi, iż „Zamawiający zainteresowany jest dostawą czynnika krzepnięcia VIII osoczopochodnego”.

Przyjmując z należytą powagą i zrozumieniem argumenty resortu zdrowia wskazującego na ryzyko działań marketingowych oferentów i ewentualnego dyktatu cenowego producentów czynników rekombinowanych w przyszłości, powstaje pytanie, czy w procedurze przetargowej nie można było zawrzeć gwarancji wieloletniej, stabilnej relacji cen obu rodzajów czynnika krzepnięcia, zwłaszcza w sytuacji, gdy Narodowy Program i tak przewiduje wprowadzenie leczenia czynnikiem rekombinowanym. Wyjaśnienie podniesionych wątpliwości przyczyniłoby się zapewne do uzyskania pełniejszego obrazu sytuacji.

C. Losy 34 dzieci chorych na hemofilię z wykrytym inhibitorem czynnika krzepnięcia.

Dramatyczna wymowa doniesień medialnych odnosi się przede wszystkim do losów dzieci chorych wykluczonych z Programu NFZ. Można odnieść wrażenie, że dzieci te nie tylko są dyskryminowane w dostępie do odpowiedniego dla nich preparatu leczniczego ale w ogóle pozbawione możliwości profilaktyki wtórnej i leczenia choroby podstawowej.

Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, w przypadku wprowadzania nowych programów profilaktyczno-leczniczych adresowanych tylko do części chorych, należy skrupulatnie zadbać o pełną informację przeznaczoną dla osób wyłączonych z dobrodziejstwa uczestnictwa w programie. W istocie Komunikat Narodowego Funduszu Zdrowia (załącznik nr 5 do zarządzenia 45/2008/DGL z dnia 7 lipca 2008 r.; załącznik nr 33 do zarządzenia Nr 36/2008/DGL Prezesa NFZ z dnia 19 czerwca 2008 r.), w pkt 5. Kryteria wyłączenia z programu i w pkt 6. Kryteria zakończenia udziału podaje: Stwierdzenie obecności inhibitora, jednak nie zawiera jakichkolwiek informacji ważnych dla dzieci nie objętych programem i ich rodzin i odnoszących się do przysługujących im aktualnych możliwości opieki medycznej oraz jasnej perspektywy poprawy ich sytuacji zdrowotnej w dającej się przewidzieć przyszłości. Dlatego uprzejmie proszę Panią Minister o spowodowanie pilnego udostępnienia stosownych informacji i wyjaśnień.

Równe traktowanie dzieci chorych na hemofilię w szkołach ogólnodostępnych

W wystąpieniu z dnia 23.07.2007 r. (RPO-564289-XI/07), w związku z przypadkiem odmowy przyjęcia do gimnazjum chłopca cierpiącego na hemofilię, zwróciłem się do Ministra Edukacji Narodowej o udzielenie wyjaśnień oraz podjęcie wszelkich niezbędnych kroków umożliwiających dziecku, ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, realizację prawa do edukacji w szkole. Według doniesień prasowych, odmowa dyrektora szko-

ły zyskała wsparcie wydziału nadzoru pedagogicznego Kuratorium Oświaty, ale była sprzeczna z opinią specjalisty prowadzącego leczenie dziecka oraz opinią pielęgniarki szkolnej.

Należy podkreślić, że dotychczas w wielu ogólnodostępnych szkołach w Polsce zapewniano dzieciom chorym na hemofilię możliwość dobrego funkcjonowania, dostępne były poradniki przeznaczone dla nauczycieli i wychowawców dzieci chorych, a także dla pracowników kuratorium oświaty, a przede wszystkim istniał system medycyny szkolnej. Dzięki temu, w wielu przypadkach można było opanować samoistne krwawienie dostawowe już po jednorazowym podaniu leku. Wiadomo zaś, że w przypadku podania czynnika krzepnięcia z opóźnieniem, np. zamiast od razu w szkole dopiero po dotarciu chorego dziecka do szpitala, zazwyczaj zachodzi konieczność dodatkowych iniekcji leku w celu zahamowania krwawienia. Nierzadko pacjent musi być wówczas hospitalizowany, co zwiększa ogólne koszty leczenia.

Ówczesny Sekretarz Stanu w MEN swoje stanowisko wyraził w sposób następujący: Ze smutkiem przyjmuję informację o niesatysfakcjonującym rodziców chłopca, cierpiącego na hemofilię, rozstrzygnięciu dotyczącym niezapewnienia przez szkołę odpowiednich warunków kształcenia ich syna w wybranym przez nich gimnazjum, jednak decyzja o wyposażeniu szkoły należy do kompetencji organu prowadzącego.

Także obecnie stanowisko resortu zdrowia w tej sprawie budzi poważne zastrzeżenia. W piśmie z dnia 19.03.2008 r. (MZ-ZP-D-073-9893-4/WS/08) odnosząc się do odmowy przyjęcia do gimnazjum ucznia chorego na hemofilię, zauważono, że w aktualnym stanie prawnym pracownicy resortu oświaty, nie posiadają stosownych uprawnień do realizacji zadań z zakresu wykonywania świadczeń zdrowotnych u dzieci i młodzieży (zwłaszcza do wykonywania na terenie szkoły takich specjalistycznych zabiegów, jak podanie we wlewie dożylnym koncentratu czynnika krzepnięcia krwi czy tamponada przednia nosa, które zostały wymienione w piśmie Pana Rzecznika).

Należy zaznaczyć, iż w wystąpieniu Rzecznika zawarto zgodny z opiniami środowiska medycznego przepis w brzmieniu: w gabinecie medycznym powinien być spongostan i trombina w celu wykonania tamponady przedniej nosa w razie krwawienia z nosa przez przeszkoloną pielęgniarkę. Wbrew stanowisku Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, sprawa leży w kompetencji także resortu zdrowia, który określa zadania pielęgniarki w szkole i nadzoruje ich wykonanie.

Wzmiankowane powyżej problemy ucznia chorego na hemofilię mogą świadczyć o braku zarówno międzyresortowej koordynacji, jak i wiedzy

oraz zrozumienia istoty problemów, z jakimi się może borykać w szkole dziecko chore na hemofilię.

Bez weryfikacji stanowisk resortów odnośnie do sytuacji dziecka z hemofilią w szkole niemożliwe będzie osiągnięcie jednego z celów ogólnych Narodowego Programu Leczenia Hemofilii, jakim jest „Poprawa jakości życia chorych na hemofilię i inne skazy krwotoczne”, a także realizacja przysługujących dzieciom praw.

Prawo do ochrony zdrowia należy do podstawowych praw człowieka i w polskim systemie prawnym jest chronione przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej, która w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust 3 tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym. Prawo do ochrony zdrowia dzieci znajduje także oparcie na gruncie Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Konwencja obliguje do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, a w art. 24 wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PZ-PZ-400-4805-41/JK/08

Warszawa, 4 września 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika z dnia 31 lipca 2008 roku znak: RPO-588895-X/08/JS, w sprawie aktualnej sytuacji w zakresie profilaktyki i leczenia dzieci chorych na hemofilię uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Odnosząc się do uwagi zawartej w punkcie A, w sprawie niedostatku informacji w przedmiocie realizacji programu pn.: „Narodowy Program Le-

czenia Hemofilii na lata 2005–2011”, uprzejmie informuję, że powyższy program obejmuje zakup koncentratów czynników krzepnięcia dla chorych na hemofilię i inne wrodzone skazy krwotoczne, natomiast leczenie odbywa się w wyspecjalizowanych ośrodkach wojewódzkich. Dystrybucją czynników krzepnięcia zajmują się Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, które na imienne zapotrzebowanie wydają preparaty nieodpłatnie.

Narodowe Centrum Krwi w celu określenia ilości czynnika krzepnięcia VIII niezbędnego do realizacji ww. programu, stosuje miernik będący wskaźnikiem zużycia czynnika VIII w przeliczeniu na 1 mieszkańca rocznie. W 2007 wskaźnik ten wyniósł 2,1 jednostki czynnika VIII/1 mieszkańca rocznie, np. w 2002 roku – 1,41 jedn., w 2003 roku – 1,37 jedn., a w roku 2004 – 1,65 jednostki.

Kwartalne sprawozdania merytoryczne z wykorzystania czynników krzepnięcia oraz końcowe rozliczenia merytoryczno-finansowe wykorzystania środków publicznych przygotowywane są przez realizatorów programu.

Na ich podstawie sporządzany jest protokół z realizacji programu (w załączeniu), który stanowi; wykaz realizatorów oraz okres obowiązywania umów, założenia i sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu. Środki finansowe przeznaczone na realizację programu w 2007 roku wyniosły: 117.568.712,62 zł (wg założeń programu: 112 mln zł) i umożliwiły:

- stopniowe obejmowanie leczeniem domowym chorych na ciężką hemofilię. A i ciężką hemofilię B, według informacji otrzymanych z 14 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w 2007 roku objęto 907 osób leczeniem domowym,

- przeprowadzenie zabiegów chirurgicznych ze wskazań nagłych u pacjentów z hemofilią nie powikłaną inhibitorem i u pacjentów z wrodzonymi skazami krwotocznymi spowodowanymi niedoborami innych czynników krzepnięcia,

- wykonanie najpilniejszych (zgodnie ze wskazaniami medycznymi) planowych zabiegów chirurgicznych u pacjentów z artropatia hemofilową,

- wykonanie zabiegów ekstrakcji zębów,

- przejście z nisko oczyszczonego czynnika IX na wysoko oczyszczony czynnik IX, w leczeniu krwawień w przebiegu hemofilii B,

- stopniowe obejmowanie leczeniem chorych z hemofilią powikłaną inhibitorem o dużym mianie poprzez zakup większej ilości, niż zakładał program, rekombinowanego czynnika VIIa (o 1.358,80 mg) oraz koncentratu aktywowanego zespołu protrombiny (aPCC) (o 1.300.000 j),

- zabezpieczenia w preparaty chorych z ciężką postacią niedoboru czynnika VII poprzez zakup większej ilości, niż zakładał program, koncentratu czynnika VII (o 68.800 j.)

– zabezpieczenie ciąży u pacjentki z wrodzoną afibrinogenemią poprzez zakup większej ilości, niż zakładał program, koncentratu fibrynogenu (o 350 g).

Niedostateczna ilość środków finansowych w stosunku do rosnącego zapotrzebowania na koncentrat czynnika VIII nie pozwala na wdrożenie dla wszystkich pacjentów pierwotnej profilaktyki krwawień śródstawowych u dzieci. W 2007 roku, według informacji otrzymanych z Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, 13 dzieci objęto leczeniem profilaktycznym. Natomiast nie udało się zapewnić wystarczającej ilości czynnika do prowadzenia programu tolerancji immunologicznej u chorych z inhibitorem. Należy podkreślić, że w gestii koordynatorów wojewódzkich leży ciągle monitorowanie zaopatrzenia w koncentraty czynników krzepnięcia i podejmowanie na bieżąco decyzji o modyfikacji ilości wydanych pacjentom leków, w sytuacjach gdzie chorzy leczeni są poniżej standardów.

Odnosząc się do wątpliwości zawartych w punkcie B w sprawie m.in. rozbieżności w informacjach Prof. Jerzego Kowalczyka – Krajowego Konsultanta w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej oraz Pani Edyty Grabowskiej-Woźniak – Rzecznika Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie informuję, że do oszacowania kosztów leczenia dzieci chorych na hemofilię powiklaną inhibitorem czynnika VIII niezbędne jest m.in. wyliczenie procedury:

- założenia dojścia centralnego u pacjenta z inhibitorem mniej niż 5 jednostek Bethesa,
- leczenie krwawień u dzieci z inhibitorem powyżej 5 jednostek Bethesa, które mogą wystąpić podczas oczekiwania na immunotolerancję,
- zabezpieczenia w czynnik do jednego zabiegu operacyjny dla każdego dziecka.

W opinii NCK rozbieżność wysokości kosztów leczenia ww. grupy dzieci może wynikać z faktu, iż symulując zapotrzebowanie, przyjęty został różny schemat użycia preparatów, jak również uwzględniono marżę hurtową, jaką mogłyby naliczyć apteki prowadzące dystrybucję czynników krzepnięcia (Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa dystrybucję czynników prowadzą nieodpłatnie).

Z informacji przekazanych przez Narodowe Centrum Krwi wynika, że w opinii większości wybitnych autorów, a opinia ta jest potwierdzona wynikami wielu międzynarodowych prób klinicznych, stosowanie oszczepochodnych koncentratów czynników krzepnięcia krwi, poddawanych procedurom inaktywacji wirusów o udowodnionej skuteczności, jest działaniem w pełni zasadnym i gwarantującym pacjentom dostęp do

nowoczesnej formy leczenia. Obecnie stosowane metody frakcjonowania osocza, inaktywacji i eliminacji wirusów są równie nowoczesne, jak technologie produkcji czynników rekombinowanych. Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, że w pełni bezpieczne są tylko najnowsze czynniki rekombinowane – III generacji, które pozbawione są w swoim składzie elementów białkowych. Według opinii Prof. dr hab. med. Jerzego Kowalczyka, rekombinowane czynniki krzepnięcia uzyskiwane na drodze biotechnologicznej nie różnią się istotnie farmakologicznie od czynników osoczowych, a immunogenność czynników rekombinowanych jest podobna, jak osoczowych. Niezależnie od tego, rekombinowane czynniki krzepnięcia wprowadzane są w Polsce do leczenia w sytuacjach kiedy, z różnych innych względów, nie mogą być stosowane czynniki osoczopochodne. Wielkość ich udziału w leczeniu hemofilii i pokrewnych szkodliwych zależy także od możliwości finansowych NFZ i budżetu Ministerstwa Zdrowia.

Wobec powyższego i w świetle opinii ekspertów, przygotowanie Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (postępowanie znak: ZZZ-84/08) pod kątem wprowadzenia w przedmiocie zamówienia czynników rekombinowanych skutkowałoby koniecznością wydatkowania znacznie większych środków finansowych, jakie należałoby przeznaczyć na realizację zamierzonych zakupów. Ponadto w odniesieniu do propozycji Pana Rzecznika dotyczącej zawarcia gwarancji wieloletniej stabilnej relacji cen obu rodzajów czynnika krzepnięcia informuję, iż żaden z producentów nie gwarantuje utrzymania niezmiennych cen z uwagi na niestabilną sytuację na rynku (m. in. ze względu na wzrastający popyt, koszty produkcji itp.)

W nawiązaniu do punktu C, w sprawie dzieci chorych na hemofilię z wykrytym inhibitorem czynnika krzepnięcia, iż zabezpieczenie tej grupy pacjentów jest przedmiotem szczególnej troski Narodowego Centrum Krwi.

Ze wstępnych ustaleń Dyrekcji Narodowego Centrum Krwi z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że optymalnym rozwiązaniem byłoby włączenie chorych wymagających immunotolerancji do zespołu, tak zwanych chorób sierocych, które ze względu na wysokie koszty leczenia objęte są specjalną formą finansowania. Powyższa koncepcja ma być przedstawiona przez przedstawiciela NPZ na najbliższym posiedzeniu specjalnego zespołu do spraw chorób rzadkich, który został powołany przez Ministra Zdrowia.

Jednocześnie informuję, iż aktualnie realizowany „Narodowy Program Leczenia Hemofilii na lata 2005–2011” jest w trakcie modyfikacji zapisów. W tym celu, zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespo-

łu do spraw opracowania standardu kompleksowej opieki nad chorymi na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne oraz sposobu i zasad finansowania zaopatrzenia w czynniki krzepnięcia, z dnia 11 lipca 2008 r., został powołany zespół, który m.in. ma za zadanie opracowanie sposobu dystrybucji czynników krzepnięcia oraz strategii zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w czynniki krzepnięcia na rok 2009 i lata następne.

Odnosząc się do kwestii wykluczenia dzieci chorych na hemofilię, u których stwierdzono obecność inhibitora, z terapeutycznego programu zdrowotnego pn: „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”, informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia po otrzymaniu uwag na temat projektu przedmiotowego programu, które napływały do dnia 13 czerwca 2008 r. oraz po przeprowadzeniu analizy jego wykonalności, ocenił, że koszt realizacji przedmiotowego programu w proponowanej wersji może wynieść ponad 236 milionów zł. czyli przekroczy planowany budżet o ponad 150 milionów zł.

W związku z powyższym, implementacja proponowanej wersji programu jest niewykonalna.

W porozumieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, Prof. Jerzym Kowalczykiem oraz Narodowym Centrum Krwi, Narodowy Fundusz Zdrowia podjął decyzję o konieczności dostosowania opisu przedmiotowego programu do możliwości finansowych Funduszu.

W dniu 2 lipca 2008 r. w trakcie spotkania przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, Prof. Jerzego Kowalczyka uzgodniono opis przedmiotowego programu zdrowotnego, którego realizacja będzie się mieściła w kwocie ok. 83 milionów zł.

W nawiązaniu do kwestii, podejmujących temat równego traktowania dzieci chorych na hemofilię w szkołach ogólnodostępnych, uprzejmie wyjaśniam, że zapis *art. 67 ust 1 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz. U. Nr 256 poz. 2572 z późn. zm.)* zapewnia uczniowi prawo do korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy lekarskiej. Zgodnie z tym przepisem, wyposażenie i zapewnienie funkcjonowania pomieszczeń do wykonywania zadań statutowych w szkołach publicznych jest obowiązkiem organów prowadzących te szkoły.

Obecnie, aby dzieci chore np. na hemofilię mogły w pełni uczestniczyć w zajęciach w szkołach ogólnodostępnych, konieczne jest zapewnienie stałej obecności na terenie szkoły osoby posiadającej kwalifikacje w udzielaniu pierwszej pomocy, w tym tamowaniu krwotoków i podawaniu iniekcji i wlewów dożylnych.

Możliwość wystąpienia urazu, u dziecka z hemofilią wymaga szybkiej interwencji, dlatego też szkoła sprawująca opiekę nad takim dzieckiem, powinna być do tego przygotowana, zarówno pod względem technicznym (odpowiednio wyposażony gabinet medyczny), jak i fachowym.

Obecnie wykaz sprzętu, środków i leków umożliwia pielęgniarki szkolnej zaopatrywanie małych urazów i niwelowanie bólu. Dysponuje ona zestawem przeciwwstrząsowym ujętym w wykazie produktów leczniczych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie. Jednocześnie uprzejmie informuję, że zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. Nr 38, poz.363), pielęgniarki pracujące w placówkach dydaktycznych powinny odbyć odpowiednie w tym celu przeszkolenie.

Medyczną opiekę profilaktyczną nad uczniami w szkołach może sprawować pielęgniarka, która posiada przynajmniej kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania. Treści programowe ww. kursu obejmują moduł pn.: „Klinika chorób i zaburzeń w rozwoju dzieci i młodzieży”, którego celem jest m.in. przygotowanie pielęgniarki do udziału w terapii uczniów z chorobą przewlekłą.

W ramach ww. modułu, organizatorzy kształcenia zapoznają pielęgniarki z procedurami diagnozowania, sposobem prowadzenia przez lekarza terapii w chorobach przewlekłych u dzieci w wieku szkolnym.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 22 sierpnia 2008 r.

RPO-596789-X/09/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W środkach masowego przekazu pojawiły się w ostatnich dniach alarmujące doniesienia, w świetle których, Narodowy Fundusz Zdrowia zaniżył o ok. 25 – 30% wycenę procedur medycznych w dziecięcych klinikach onkologicznych, co w znaczący sposób wpływa na standardy leczenia i dostęp do nowoczesnych terapii dzieci chorych na nowotwory.

Z treści artykułu pt. „Fundusz Zdrowia oszczędza kosztem dzieci chorych na raka” zamieszczonego w „Dzienniku” z dnia 19 sierpnia 2008 r. (kopia artykułu w załączeniu), wynika, że z powodu niewłaściwej wyceny procedur medycznych, dziecięcym klinikom onkologicznym w całym kraju grozi bankructwo. Kilka tygodni temu, problem zniżenia wyceny procedur medycznych onkologów dziecięcy zgłaszali Ministerstwu Zdrowia. Również w tej sprawie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Pani Minister występował Krajowy Konsultant w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, jednakże dotychczas nie otrzymał odpowiedzi.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania powyższego problemu oraz zajęcie stanowiska, w tym odnośnie szczegółowych kwestii podnoszonych w powołanym artykule prasowym. Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie działań Pani Minister w sprawie zapewnienia dzieciom chorych na nowotwory dostępu do skutecznej i nowoczesnej terapii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 16 września 2008 r.

MZ-UZ-ZR-073-13071-2/BR/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, w sprawie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach.

Zgodnie z art. 97 ww. ustawy, do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Działając na podstawie art. 146 cytowanej ustawy, Prezes NFZ wydał zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej zmiany sposobu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), uprzejmie informuję, iż wdrożony nowy system rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, jak wyjaśnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, nie zmniejsza dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej a wręcz powinien skutkować zwiększeniem bezpieczeństwa świadczeniobiorców oraz stwarzać nową jakość zarządzania szpitalami. Ponadto, jak informuje Fundusz, system JGP, na podstawie przeprowadzonych konsultacji merytorycznych, został dobrze oceniany. Należy jednocześnie zaznaczyć, iż zgodnie z art. 146 ust. 2 ww. ustawy, Prezes

Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych, co umożliwi wyeliminowanie ewentualnych uchybień w decyzjach Prezesa NFZ. dotyczących warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń, jeszcze przed ich wejściem w życie, oraz zapewnia postulowaną analizę merytoryczną warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W kwestii konstrukcji i wyceny grup w systemie JGP, uprzejmie wyjaśniam, iż Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowując ten system posłużył się posiadaną bazą danych z realizacji świadczeń opieki zdrowotnej i wydatków w latach 2006–2007. Wartości dotychczasowych świadczeń katalogowych zostały przypisane, o ile było to możliwe, do odpowiednich grup i następnie dostosowane do poziomu finansowania w 2008 roku.

Prezes Fundusz zwraca również uwagę na fakt, iż wprowadzony system JGP uruchomił dodatkowo mechanizmy finansowania, zwłaszcza przypadków trudnych i z powikłaniami oraz zastosował rozwiązania zabezpieczające poziom finansowania (odrębne finansowanie intensywnej terapii, leków i wyrobów medycznych, również poprzez umowy na chemioterapię i programy terapeutyczne, zróżnicowanie postępowanie w przypadkach powikłanych, w tym również o przedłużonym pobycie pacjenta w szpitalu), zmniejszają ryzyko po stronie świadczeniodawców.

Odnosząc się natomiast do wskazanych przez Pana Rzecznika problemów dotyczących onkologii i hematologii dziecięcej, uprzejmie wyjaśniam, iż środki finansowe przeznaczone na onkologię i hematologię dziecięcą od drugiego półrocza br., jak zapewnia Prezes NFZ, są znacząco wyższe od dotychczasowych, natomiast wszyscy świadczeniodawcy mają zagwarantowane finansowanie świadczeń miesięcznie przynajmniej na poziomie szóstej części umowy obowiązującej od lipca br. Ponadto, jak wyjaśnia NFZ, w przypadku onkologii zdecydowano o finansowaniu kompleksowego leczenia nowotworów, wyodrębniając czynności i działania stanowiące istotne elementy kosztowe z możliwością łącznego rozliczenia kolejnych świadczeń. Te działania Funduszu, jak zapewnia Prezes NFZ, mają na celu właśnie zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń w diagnozowaniu i leczeniu nowotworów.

Nie mniej jednak, jak deklaruje Prezes NFZ, nowy system rozliczeń JGP jest i będzie udoskonalany, jak również zostaną zwiększone nakłady finansowe w poszczególnych dziedzinach, w tym również w onkologii i hematologii dziecięcej.

Jednocześnie uznając za zasadne konieczność wprowadzenia zmian w zasadach kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: le-

czenie szpitalne, pozwolę sobie zapewnić Pana Rzecznika, iż przedmiotowa problematyka leży w centrum zainteresowania Ministra Zdrowia.

Mając na względzie bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorców, a w tym przypadku najmłodszych pacjentów, Minister Zdrowia w ramach nadzoru sprawowanego nad płatnikiem świadczeń na bieżąco monitoruje działania podejmowane przez Fundusz w zakresie realizacji świadczeń w systemie JGP, w tym świadczeń z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej. Równocześnie uprzejmie informuję Pana Rzecznika, iż z udziałem Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz środowiska onkologów i hematologów dziecięcych odbyło się kilka spotkań, na których omawiano zarówno kwestię zwiększenia nakładów finansowych, jak i pojawiających się trudności związanych z rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów. Ostatnie spotkanie miało miejsce w dniu 10 września br., na którym ustalono, iż Prezes NFZ dokona w najbliższym czasie zmian zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej, które pozwolą na prawidłowe zabezpieczenie dostępu do tych świadczeń oraz zagwarantują bezpieczeństwo finansowe po stronie świadczeniodawców.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-599605-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 9 października 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Zarówno w specjalistycznych wydawnictwach medycznych, jak i w prasie popularnej, sygnalizowane są problemy związane ze stosowaniem leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, szczególnie w neonatologii, pediatrii i onkologii.

Stosowanie leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, stanowi materię z pogranicza medycyny i prawa. Np. zdecydowana większość leków stosowanych na oddziałach neonatologii i przepisywanych ze wskazań pediatrycznych, nie jest dopuszczona do stosowania w tych grupach wiekowych, ale terapeutyczne wyniki ich stosowania są najczęściej pozytywne.

Stosowanie leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, uzasadniane być powinno interesem pacjenta i skutecznością jego terapii. Dlatego ocena skali dopuszczalnego ryzyka i jego relacji w stosunku do oczekiwanych korzyści, musi być dokonywana pod tym kątem. Będzie ona uzależniona od rozmiaru niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia schorzenia, któremu podanie leku poza wskazaniami rejestracyjnymi będzie przeciwdziałać. Niezbędne wydaje się także wyważenie proporcji między negatywnymi konsekwencjami rozwoju choroby a ewentualnymi zagrożeniami wiążącymi się z eksperymentalnym zastosowaniem leku poza wskazaniami rejestracyjnymi. Rozmiar szkód, które może wywołać niestandardowa terapia, nie powinien przekraczać tych, które mogą być normalnym następstwem choroby. Mimo korzystnych dla zdrowia i życia pacjenta rokowań co do efektywności terapii lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi, lekarze skłaniają się nieraz do rezygnacji z takiej terapii ze względu na brak jednoznacznych unormowań w zakresie niezbędnych procedur prawnych oraz kłopotów z uzyskaniem refundacji kosztów przeprowadzonych działań leczniczych.

Osobnym problemem jest stosowanie, zwłaszcza w onkologii, terapii niestandardowych z użyciem chemioterapeutyków najnowszej generacji. Stosowanie w onkologii tego typu terapii niestandardowej z użyciem preparatów nie zarejestrowanych w Polsce, natrafia głównie na barierę finansową związaną z wysokimi kosztami tych preparatów. Powoduje to, że najnowocześniejsze leki są niedostępne dla znacznej części potrzebujących ich pacjentów.

Ze względu na wagę problemu, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister o ustosunkowanie się do poruszonych kwestii, a w szczególności do możliwości stworzenia prostych procedur uzyskiwania zgody na stosowanie terapii niestandardowej oraz refundacji kosztów tej terapii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-13559-2/SK/08

Warszawa, 13 listopada 2008 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika (znak: RPO-599605-X/08/AR), w sprawie stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Obowiązujące ustawodawstwo przewiduje następujące formy prawne stosowania produktów leczniczych u ludzi:

1. stosowanie leków zarejestrowanych, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego – uregulowania prawne tej formy postępowania znajdują się w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271);

2. stosowanie leków niezarejestrowanych, ale dopuszczonych do obrotu w ramach: indywidualnego importu docelowego i czasowego dopuszczenia do obrotu niezarejestrowanych leków w sytuacjach wyjątkowych – uregulowania prawne tej formy postępowania znajdują się w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271);

3. stosowanie leków niedopuszczonych do obrotu w ramach badań klinicznych – uregulowania prawne tej formy postępowania znajdują się w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271);

4. stosowanie leków niedopuszczonych do obrotu w ramach eksperymentu medycznego (niebędącego badaniem klinicznym) – uregulowania prawne tej formy postępowania znajdują się w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857).

Leki, co do zasady powinny być stosowane w pełni zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. Prawo przewiduje jednak odstępstwa od tej zasady i dopuszcza stosowanie leków poza ich wskazaniami rejestracyjnymi w ramach badań klinicznych i eksperymentu medycznego.

Odnosząc się do omawianej kwestii, uprzejmie informuję, że zgodnie z zarządzeniem Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdro-

wia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, z późn. zm., w ramach procedury „Chemioterapia niestandardowa” istnieje możliwość stosowania leków niezgodnie z charakterystyką produktu leczniczego po spełnieniu określonych wymogów. Do wniosku należy dołączyć dokumenty (w języku polskim) potwierdzające efektywność kliniczną interwencji wobec pierwszorzędkowych punktów końcowych na podstawie wysokiej jakości badań randomizowanych lub innych badań i rejestrów klinicznych.

Ponadto należy mieć na uwadze, że zgodnie z art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.), świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad nowelizacją ustawy Prawo farmaceutyczne, wprowadzającą badania kliniczne niekomercyjne (niesłużące rejestracji, bądź poszerzeniu rejestracji leków). W tej procedurze powinny zostać przeprowadzone badania skuteczności i bezpieczeństwa terapii poza wskazaniami terapeutycznymi.

Prowadzone są również prace nad projektem tzw. ustawy refundacyjnej, w której leki stosowane poza wskazaniami terapeutycznymi, po zakończeniu badań klinicznych naukowych i uzyskaniu pozytywnej rekomendacji przez Agencję Oceny Technologii Medycznych będą mogły być obejmowane refundacją ze środków publicznych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-602156-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 6 listopada 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do poruszających opinię publiczną informacji, dotyczących problemów chorych dzieci wymagających leczenia wysokospecjalistycznego, zwłaszcza kardiochirurgicznego oraz o udzielenie tym dzieciom systemowej pomocy ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Według danych Klubu Kardiochirurgów Polskich operacje serca wykonywane są w ciągu roku u 2,2 tys. dzieci, natomiast przeprowadzenie takich zabiegów należałoby wykonać u 3 tys. dzieci, co oznacza, że co-rocennie w naszym kraju ok. 800 chorych na serce dzieci pozbawionych jest szans na niezbędne leczenie.

Narastające zakłócenia w funkcjonowaniu lecznictwa pediatrycznego w latach 2006–2007 były już przedmiotem moich wystąpień do Ministerstwa Zdrowia. W przedłożonej w Sejmie i Senacie RP informacji z działalności Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2007 sytuację w tej dziedzinie oceniłem jako zagrażającą bezpieczeństwu zdrowotnemu dzieci i naruszającą ich konstytucyjne prawa do ochrony zdrowia. Wezwałem też do pilnego podjęcia systemowych kroków zaradczych w polityce zdrowotnej państwa.

Niestety, w roku bieżącym dotarły do mnie kolejne informacje o pogarszaniu się sytuacji chorych dzieci wymagających skomplikowanych zabiegów kardiochirurgicznych.

W czerwcu br. kardiochirurgrzy z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie-Prokocimiu zaalarmowali opinię publiczną („Polska. Gazeta Krakowska” z dn. 24.06.2008) w sprawie wielotygodniowych opóźnień w wykonywaniu zabiegów operacyjnych ratujących życie i zdrowie dzieci. Oddział kardiochirurgii, w którym można byłoby pomóc znacznie większej

liczbie dzieci, zmuszony jest ograniczać wykorzystanie swego potencjału z powodu braku specjalistycznych stanowisk leczenia pooperacyjnego zaopatrzonych w monitor i respirator. Lekarze często stają przed koniecznością podejmowania dramatycznych decyzji dotyczących selekcji małych pacjentów.

Do opinii publicznej dotarły również na początku czerwca informacje z Wielkopolski o tym, że ciężko chore dzieci oczekują nawet cztery miesiące na operację serca z powodu braku pielęgniarek i anestezjologów („Polska. Głos Wielkopolski” z dn. 01.08.2008). Wydłużająca się kolejka chorych dzieci do pilnych operacji stała się także powodem narastającego niepokoju kardiochirurgów w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, którzy poinformowali o braku zrozumienia dla potrzeby rozbudowy ośrodków kardiologii dziecięcej ze strony dyrektorów szpitali oraz kolejnych ministrów zdrowia. Ponadto zasygnalizowano narastające zjawisko poszukiwania przez rodziców możliwości przeprowadzenia operacji ich dziecka za granicą gdzie czeka się krócej i jest większy komfort.

W tej ostatniej sprawie, w pełnym dramatyzmie liście otwartym do polskich kardiochirurgów zwrócił się Jerzy Owsiak, założyciel fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. W ciągu 17 lat działania WOSP fundacja przekazała oddziałom kardiologii dziecięcej 17,6 mln zł. dzięki czemu doposażono 8 klinik, zakupiono mln. kardiomonitory, aparaty USG, inkubatory. Zdaniem J. Owsiaka powinno to prawić wyraźnie warunki do wykonywania w Polsce najbardziej skomplikowanych operacji serca u dzieci. Tymczasem wg specjalistów tworzących Klub Kardiochirurgów Polskich wciąż brakuje możliwości do wykorzystania w pełni ich wiedzy i doświadczenia, konieczne jest m.in. pilne zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii kardiologicznej oraz zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek i anestezjologów.

Początek listopada br. znowu przyniósł alarmujące informacje prasowe, że liczba wykonywanych operacji serca u dzieci może ulec redukcji nawet o połowę („Metro” z dn. 03.11.2008). Zagrożenia spowodowane wyżej wymienionymi problemami kadrowymi, aparaturowymi i organizacyjnymi, mogą bowiem drastycznie wzrosnąć w wyniku podjętej przez Ministerstwo Zdrowia decyzji zmieniającej zasady finansowania operacji kardiologicznych u dzieci. Do tej pory leczenie wad serca u dzieci finansowane były z dwóch źródeł: za operacje płaciło Ministerstwo Zdrowia (były to tzw. procedury wysokospecjalistyczne), a za hospitalizację dziecka przed operacją i po niej płacił NFZ. Obecnie operacje będą finansowane wyłącznie przez NFZ, który – zdaniem specjalistów – płaci najczęściej dopiero pod koniec roku i poniżej rzeczywistych kosztów zabiegów.

Przed 3. miesiącami Centrum Zdrowia Dziecka alarmowało, że w wyniku nowego systemu rozliczania świadczeń przez NFZ może tracić miesięcznie 1,5 miliona złotych, bowiem wprowadzony w lipcu br. system Jednorodnych Grup Pacjentów nie uwzględnia specyfiki placówek leczących dzieci cierpiące na liczne skomplikowane schorzenia („Życie Warszawy” z dn. 08.08.2008). Obecnie dyrektor CZD potwierdza, że placówka traci co miesiąc, w stosunku do poprzedniego systemu rozliczeń, 25 proc. środków na leczenie szpitalne: *Do dziś nie zmieniło się prawie nic – Od lipca mamy co miesiąc 75 proc. poprzednich środków na leczenie szpitalne. Tylko we wrześniu strata z tytułu JGP wynosi ok. 3 mln zł – Instytut finansowo stacza się po równi pochyłej. Mam za sobą wiele spotkań, w tym z prezesami NFZ Jackiem Paszkiewiczem i Jackiem Grabowskim, minister Ewą Kopacz oraz wiceministrami zdrowia. Wszyscy zgadzają się, że pediatria specjalistyczna nie może być tak traktowana, wykazują zainteresowanie, ale nic konkretnego się nie dzieje* („Rynek Zdrowia” z dn. 31.10.2008).

W podobnej jak CZD sytuacji znalazło się ponad 20 wieloprofilowych, wyspospecjalistycznych szpitali dziecięcych III stopnia referencyjności. Od-bija się to także na działalności innych – poza kardiochirurgią – oddziałów specjalistycznych dla dzieci. Na przykład, jedyna na Lubelszczyźnie stacja dializ dla dzieci, zlokalizowana w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie, by ratować życie najmłodszych musi do każdego zabiegu dokładać kilkaset złotych. NFZ w Lublinie płaci za zabieg 430 zł., choć jego rzeczywisty koszt wynosi zwykle około 1 tys. zł. NFZ w swoich wycenach nie uwzględnia kosztów transportu na dializy z terenu województwa, chociaż dla dzieci z niewydolnością nerek są to zabiegi ratujące im życie (*Ratowanie małych pacjentów przynosi deficyt* – „Kurier Lubelski” z dn. 01.10.2008).

Podniesione wyżej problemy, uwiarygodnione wypowiedziami wybitnych specjalistów, są – moim zdaniem – tylko jednym z elementów pogłębiającej się dysfunkcji systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi w Polsce. Zwłaszcza nad takimi dziećmi, dla których ratowania życia i zdrowia konieczne jest zastosowanie skomplikowanych procedur leczniczych.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich pragnę z całą mocą podkreślić, że prawo do ochrony zdrowia należy do podstawowych praw człowieka i w naszym systemie prawnym jest chronione przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej. W art. 68 gwarantuje ona prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust 3. tegoż artykułu stanowi, iż władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym. Prawo do ochrony zdrowia dzieci znajduje także oparcie na gruncie Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie

Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Obliguje ona do traktowania jako sprawy nadrzędnej najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, a w art. 24 wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób.

Na podstawie art. 14 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 roku o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz.U.01.14.147 ze zm.) do Pani Minister o jak najpilniejsze rozpatrzenie poruszonych w tym wystąpieniu problemów, dotyczących także placówek wysokospecjalistycznych podlegających Ministerstwu Zdrowia, oraz o zagwarantowanie ciężko chorym dzieciom możliwości pełnej realizacji ich praw.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2 grudnia 2008 r.

MZ-UZ-ZR-71-13775-5/AK/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, z dnia 6 listopada 2008 r., znak: RPO-602156-X/08/JS, w sprawie zajęcia stanowiska w związku z sygnalizowanym w mediach problemem z dostępem do leczenia kardiologicznego dzieci, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do przywołanych w piśmie Pana Rzecznika danych Klubu Kardiochirurgów Polskich, z których wynika, że liczba obecnie wykonywanych operacji wad serca u dzieci jest zbyt mała, uprzejmie informuję, że zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, powyższa sytuacja wynika z następujących faktów;

a) wzrostu liczby rodzących się dzieci z wadami serca, na co wpływa także dynamicznie rozwijający się nowoczesny system wczesnego wykrywania wad serca u dzieci,

b) zmniejszenia się, w ciągu ostatniej dekady, przepustowości w ośrodkach kardiologicznych, gdyż zmienił się profil operowanych dzieci

– obecnie 30% stanowią noworodki z ciężkimi złożonymi wadami serca, których pobyt na oddziale pooperacyjnym jest znacznie wydłużony w porównaniu z dziećmi z lżejszymi postaciami wad wrodzonych serca,

c) przerw koniecznych do zachowania pomiędzy kolejnymi etapami leczenia u wielu dzieci.

W ocenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, rozwiązanie problemu mniejszej niż w latach ubiegłych liczby wykonywanych operacji wad serca u dzieci jest możliwe poprzez zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii kardiologicznej w najaktywniejszych ośrodkach kardiologii dziecięcej.

Upieramnie informuję, że w roku bieżącym w tej sprawie zostały podjęte pierwsze działania. Zakupiono pewną liczbę takich stanowisk dla ośrodków kardiologii dziecięcej w Łodzi, Poznaniu i Katowicach, w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD.

Wobec nagłośnionego w mediach problemu *wielotygodniowych opóźnień w wykonywaniu zabiegów operacyjnych ratujących życie i zdrowie dzieci* oraz wydłużającej się kolejki oczekujących na operację serca w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, upieramnie informuję, że zgodnie z zapewnieniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, dzieci wymagające szybkiej interwencji kardiologicznej są w kraju operowane natychmiast. Jednocześnie przekazuję, w załączeniu, informacje pozyskane z Centrali NFZ, dotyczące liczby osób oczekujących oraz przewidywanego czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału kardiologii dziecięcej we wszystkich ośrodkach, realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie, według stanu na dzień 18 listopada 2008 r. Nadmieniam, iż weryfikacji list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców można dokonać jedynie w drodze kontroli prowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Odnosząc się do informacji prasowych o przewidywanej redukcji liczby wykonywanych operacji wad serca u dzieci w następstwie podjętej przez Ministerstwo Zdrowia decyzji o finansowaniu tychże operacji wyłącznie ze środków pozostających w dyspozycji NFZ, upieramnie informuję, że ww. stwierdzenie w dużym stopniu mija się z prawdą, gdyż spośród świadczeń wysokospecjalistycznych z dziedziny kardiologii dziecięcej i dziecięcej kardiologii inwazyjnej, które są obecnie finansowane z budżetu państwa, w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. Nr 267, poz. 2661, ze zm.), Ministerstwo Zdrowia zamierza

przekazać w 2009 r. do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia jedynie niżej wymienione świadczenia:

1) operację izolowanego przetrwałego przewodu tętniczego – wchodzącą obecnie w skład świadczenia nr 14 – Operacje wad wrodzonych serca u niemowląt,

2) świadczenie nr 16 – Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18.

Uprzejmie informuję, że propozycja przekazania ww. świadczeń do finansowania przez NFZ, zawarta w projekcie zmiany ww. rozporządzenia, została uprzednio uzgodniona z Funduszem. Kwestię tę omawiano również z Konsultantami Krajowymi w dziedzinach kardiologii i kardiologii dziecięcej, Polskim Towarzystwem Kardio-Torakochirurgów oraz zespołami klinicystów z Instytutu Kardiologii, Centrum Zdrowia Dziecka i Śląskiego Centrum Chorób Serca. Należy zaznaczyć, iż Ministerstwo Zdrowia przekazało do NFZ dokładny opis ww. świadczeń, warunki wymagane do ich wykonywania oraz liczbę i wartość tych świadczeń w ostatnich latach w poszczególnych szpitalach, celem zapewnienia dokładnego zaplanowania i zakontraktowania przedmiotowych świadczeń na poziomie gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że środki uzyskane z tytułu przekazania ww. świadczeń do finansowania przez NFZ (ok. 7,5 mln zł.) zostaną przeznaczone na zwiększenie liczby oraz poszerzenie gamy świadczeń kardiologicznych i kardiologicznych, a także na wprowadzenie na listę nowych, dotychczas nie wykonywanych świadczeń, takich jak ablacja w ciężkim, nie poddającym się leczeniu farmakologicznemu i elektrofizjologicznemu, migotaniu przedsionków, Nadmieniam, iż łączna wartość programów polityki zdrowotnej i innych świadczeń przekazywanych do NFZ (takich jak np. przeszczep rogówki) wynosić będzie ok. 120 mln zł., co pozwoli na rozwój pozostałych świadczeń do poziomu całkowicie zabezpieczającego potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców w tym zakresie. W nawiązaniu do informacji, iż NFZ za wykonane świadczenia płaci najczęściej dopiero pod koniec roku, uprzejmie informuję, że sposób finansowania świadczeń udzielonych przez świadczeniodawcę na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia określony jest w rozdziale 4 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik 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). Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia, należności z tytułu realizacji umowy wypłacane są przez oddział wojewódzki Funduszu, za miesiąc poprzedni, w terminie

15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych oraz pozostałych wymaganych dokumentów, Przesunięcie terminu całości lub części płatności następuje w przypadku nie przedstawienia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i pozostałych wymaganych informacji bądź na skutek przekazania niekompletnych dokumentów.

W związku z informacją iż wprowadzenie od drugiej połowy 2008 r. systemu JGP w umowach w rodzaju: leczenie szpitalne spowodowało znaczne straty finansowe Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie oraz *ponad 20 wieloprofilowych, wysokospecjalistycznych szpitali dziecięcych HI stopnia referencyjności* uprzejmie informuję, że zgodnie ze stanowiskiem Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ, wyrażonym w piśmie z dnia 25 listopada 2008 r., w związku z napływającymi do Funduszu informacjami, dotyczącymi strat finansowych ponoszonych przez wysokospecjalistyczne szpitale dziecięce po wprowadzeniu systemu JGP, obecnie prowadzone są prace mające na celu przeprowadzenie analizy zaistniałej sytuacji i podjęcie ewentualnych działań zmierzających do jej poprawy w obszarach, w których okaże się to niezbędne.

Natomiast w kwestii zbyt niskiego finansowania przez NFZ kosztów dializ dla dzieci, na przykładzie strat finansowych, jakie ponosi z tytułu realizacji tych świadczeń Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie. Zastępca Prezesa ds. Medycznych NFZ poinformował, iż trudna sytuacja ww. Świadczeniodawcy była przedmiotem postępowania wyjaśniającego NFZ już w 2007 r. Wskazano wówczas m.in. na nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń oraz dokonywanych przez świadczeniodawcę zmianach restrukturyzacyjnych (tworzenie nowych oddziałów i podział dotychczasowych komórek organizacyjnych szpitala), które wpłynęły niekorzystnie na sytuację szpitala. Powyższe może mieć przełożenie również na obecne, zdaniem Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ, nadmiernie wysokie oczekiwania tego Świadczeniodawcy, dotyczące wyceny hemodializ, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że w roku bieżącym Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie za jedną wykonaną hemodializę otrzymuje więcej niż Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Nawiązując do zasadniczego postulatu Pana Rzecznika, dotyczącego jak najpilniejszego rozwiązania występujących trudności w dostępie dzieci do kardiochirurgicznych świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, że zgodnie z decyzją Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia zostanie powołany zespół, którego zadaniem będzie dokonanie analizy sytuacji w obszarze świadczeń kardiochirurgicznych dla dzieci i przedstawienie

wytucznych kierunkowych, na podstawie których zostanie zbudowany system w pełni zapewniający dostępność do ww. świadczeń.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 16 maja 2007 r.

RPO-557192-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Z doniesień prasowych z kwietnia br. wynika, że kolejne stołeczne szpitale zamierzają wprowadzić opłaty dla rodziców przebywających przy dziecku w szpitalu (przykładowa kopia artykułu zamieszczonego w „Dzienniku” z dnia 13 kwietnia 2007 r. pt. „Rodzice zapłacą za pobyt przy dziecku” – w załączeniu). Konieczność wprowadzenia opłat uzasadniają ponoszeniem przez szpital dodatkowych kosztów całodobowego przebywania rodziców dzieci w szpitalu oraz brakiem finansowania tych kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia i trudną sytuacją finansową zakładów opieki zdrowotnej.

Trzeba zauważyć, że zgodnie z art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89), prawo do kontaktu osobistego oraz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną osobę należą do podstawowych praw pacjenta przebywającego w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. W myśl ust. 4 tego artykułu, koszty realizacji wymienionych uprawnień nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej. Jednocześnie, ustawodawca przewiduje,

że kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby bliskie, jedynie w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu (art. 19 ust. 5 ustawy).

Z przepisami tej ustawy korespondują regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213 poz. 1568). W świetle § 28 tego rozporządzenia, w zakładzie opieki zdrowotnej zamkniętej, w strukturze którego funkcjonuje oddział dziecięcy, powinny znajdować się co najmniej jedna szatnia i co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla rodziców lub opiekunów. W myśl wymagań szczegółowych, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w oddziale dziecięcym należy zapewnić dodatkowe łóżka w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu przeznaczone dla pobytu rodziców.

Wprowadzanie opłat od rodziców/opiekunów przebywających przy dziecku w szpitalu budzi mój uzasadniony niepokój. Pobieranie tych opłat nie znajduje podstaw w powszechnie obowiązujących przepisach prawa i zdaje się wskazywać na przerzucanie na rodziny dzieci części kosztów finansowych zapewnienia przez szpital minimalnego standardu w zakresie kontaktu osobistego i dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, wynikającego z przepisów powołanego rozporządzenia. Zważyć nadto wypada na ograniczenia dotyczące pobierania opłat przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz ograniczenia w zakresie uzyskiwania środków finansowych przez te zakłady, wynikające z art. 33–34b oraz art. 54 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Pobieranie wspomnianych opłat pozostaje również w kolizji z ustawowo określonymi prawami pacjenta do kontaktu osobistego i dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej w szpitalu przez osobę bliską lub inną wskazaną osobę. Realizacja prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej uzależniona jest bowiem od spełnienia pozaustawowych przesłanek o charakterze finansowym. Praktyki te różnicują sytuację pacjentów w zakresie realizacji ich ustawowych praw w poszczególnych szpitalach publicznych zależnie od decyzji kierowników szpitali oraz dyskryminują osoby niezamożne. Powstaje wrażenie, że interes finansowy szpitala przeważa nad prawami pacjenta.

Niewątpliwie część oddziałów szpitalnych ma swoją specyfikę, która skutkuje koniecznością zabezpieczenia przez szpital określonych usług i przedmiotów, bądź to dla samych pacjentów (np. wózków inwalidzkich na oddziałach z osobami niepełnosprawnymi), jak i ich rodzin/opiekunów (dodatkowych łóżek, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i szatni dla po-

bytu rodziców lub opiekunów w oddziałach dziecięcych). Nie sposób nie zauważyć, że pobyt rodziców lub opiekunów przy dziecku w szpitalu pozytywnie wpływa na jego samopoczucie i psychikę oraz efekty leczenia. Osoby te niejednokrotnie wyręczają personel szpitala w opiece nad dzieckiem oraz jego pielęgnacji, wspomagając tym samym pracowników szpitala.

Sprawa wymaga pilnego wyjaśnienia, a następnie rozwiązania i uporzędkowania, z poszanowaniem ustawowych praw pacjenta oraz obowiązujących przepisów prawa.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w powyższej sprawie oraz spowodowanie zbadania legalności wprowadzenia omawianych opłat. Zobowiązany będę również za przekazanie informacji na temat działań Narodowego Funduszu Zdrowia i resortu zdrowia w sprawie zapewnienia przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i praw pacjenta oraz rozwiązania omawianej sytuacji.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-OZO-073-11008-2/ EW/07

Warszawa, 27 czerwca 2007 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na wystąpienie, dotyczące zasadności pobierania opłaty za noclegi od rodziców chorych dzieci przebywających w szpitalach, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Zgodnie z art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) w zakładach opieki

zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez siebie osobę. Prawo to ma szczególne znaczenie w sytuacji, gdy pacjentem jest dziecko.

Przepisy nie precyzują jednak tego uprawnienia. Sposób jego realizacji (osobna sala czy dodatkowe łóżko w sali, gdzie przebywa dziecko) jest bowiem uzależniony od warunków (m, in. lokalowych) konkretnego szpitala. Z uwagi na powyższe, zagadnienie to powinno zostać szczegółowo określone w regulaminie porządkowym zakładu opieki zdrowotnej, ustalonym przez jego kierownika.

W odniesieniu do kwestii pobierania opłat od rodziców (innych osób bliskich), którzy opiekują się dzieckiem w czasie jego pobytu w szpitalu uprzejmie wyjaśniam, iż opieka sprawowana przez osobę bliską nie jest świadczeniem zdrowotnym, i jako taka nie może być finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeśli zatem przebywanie osób bliskich przy dziecku powoduje dla szpitala dodatkowe koszty (np. za korzystanie z pościeli czy mediów), ponoszą je te osoby.

Należy przy tym podkreślić, iż przepisy nie przewidują możliwości pobierania opłaty za samą obecność rodziców przy chorym dziecku. Stanowią jedynie, iż koszty realizacji uprawnienia pacjenta do dodatkowej opieki nie mogą obciążać szpitala (art. 19 ust 4). Oznacza to, iż kierownik szpitala może ustalić opłatę za przebywanie osób bliskich przy dziecku, tylko wtedy, kiedy wynikają z tego dla szpitala dodatkowe koszty. Wysokość tych kosztów powinna zostać przez szpital udokumentowana. Nie w każdym przypadku bowiem z obecności rodziców wynikają koszty dla szpitala, np. gdy nie korzystają oni ze szpitalnego łóżka, a jedynie z krzesła przy łóżku dziecka. Pobieranie opłaty za nocleg jest w tej sytuacji niezasadne.

Należy natomiast uwzględnić korzystne strony takiej sytuacji zarówno dla małego pacjenta, jak i personelu szpitala.

Jednocześnie informuję, iż skierowana została prośba o informacje w przedmiotowym zakresie do Narodowego Funduszu Zdrowia, które, niezwłocznie po ich otrzymaniu, zostaną przekazane jako uzupełnienie niniejszego stanowiska.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-609043-X/09/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 13 lutego 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Zgodnie z zapowiedzią Pana Premiera Donalda Tuska i Pana Ministra finansów Jacka Rostowskiego z 3 lutego 2009 wprowadzenie oszczędniejszego systemu zarządzania budżetami resortów zostało poprzedzone dokonaniem szczegółowego przeglądu wszystkich pozycji wydatków resortów oraz rozważeniem od początku, na ile określone wydatki są rzeczywiście konieczne. Zaplanowane przez Radę Ministrów ograniczenia wydatków nie obejmą rent, emerytur, płac i najbardziej zasadniczych zobowiązań państwa.

Niewątpliwie do takich zasadniczych zobowiązań państwa należy realizacja prawa dzieci do życia i zdrowia, a także konstytucyjnego prawa kobiet ciężarnych i dzieci do szczególnej opieki medycznej, dlatego uważnie monitoruję stan i całokształt uwarunkowań przestrzegania tego prawa w polskim systemie ochrony zdrowia.

Z analizy dotychczas podejmowanych przeze mnie spraw w kontaktach z Ministerstwem Zdrowia wynika, że wiele problemów dotyczy funkcjonowania opieki podstawowej nad matką i dzieckiem, działalności szpitalnych oddziałów położniczych, noworodkowych i pediatrycznych, opieki medycznej nad uczniami, dzieci i młodzieży obciążonych niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, a także zagrożeń zakażeniami i chorobami zakaźnymi.

Można przypuszczać, że w sytuacji kryzysu finansowego, problemy te będą narastać, już bowiem w roku 2008 nastąpiło w porównaniu do roku poprzedniego znaczące – o ponad jedną trzecią – zwiększenie liczby podjętych przeze mnie spraw dotyczących ochrony zdrowia matki i dziecka. Takie przypuszczenie jest uprawdopodobnione docierającymi ostatnio do

opinii publicznej szokującymi informacjami o wstrzymaniu przez NFZ finansowania znieczuleń u dzieci wymagających niektórych badań diagnostycznych („Dziennik” 2009-02-11).

Ministerstwo Zdrowia dotychczas realizuje ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego programy, m.in. szczepień ochronnych i badań przesiewowych noworodków. W dniu 3 lutego br. Rada Ministrów przyjęła nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w ramach której przewiduje się wprowadzenie zadań prawdopodobnie wymagających zaangażowania finansowego ze strony sektora zdrowia, między innymi: bezpłatnej obdukcji lekarskiej u lekarza pierwszego kontaktu i wydawanie przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza pełniącego ostry dyżur w szpitalu bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego; możliwość natychmiastowego zabrania dziecka z domu, w którym w wyniku przemocy zagrożone jest jego życie lub zdrowie zagrożonego przemocą przez właściwie przeszkolonych pracowników socjalnych będą mogli zabrać dziecko z domu; pracownik socjalny będzie mógł wykonać tę czynność tylko przy udziale Policji lub pracowników służby zdrowia.

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie art. 14 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 roku o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), uprzejmie proszę Panią Minister o udzielenie informacji na temat przewidywanych ograniczeń w dostępie dzieci do świadczeń profilaktycznych, diagnostyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych; Planu realizacji dotychczasowych zamierzeń programowych resortu w zakresie ochrony zdrowia matki i dziecka w zmienionej sytuacji finansowej, a także o podjętych przez Ministerstwo Zdrowia działaniach zaradczych na rzecz ochrony zdrowia dzieci, które znajdują się obecnie w sytuacji największego zagrożenia skutkami kryzysu.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 5 marca 2009 r.

MZ-ZP-D-073-13752-4/JC/09

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 13 lutego 2009 r., znak: RPO-609043-X-/09/JS, skierowane do Ministra Zdrowia na podstawie art. 14 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147, ze zm.), uprzejmie informuję, że w wystąpieniu tym nie znajduję przykładów ani dowodów naruszenia wolności i praw człowieka i obywatela – w zakresie związanym z ochroną zdrowia, jak również nie znajduję sformułowanego przez Pana Rzecznika wniosku o zastosowanie przewidzianych prawem środków mających na celu ochronę potencjalnie naruszonych praw i wolności. Tym niemniej, odnosząc się do kwestii podniesionych w Pana wystąpieniu pozwalam sobie wyjaśnić, że w związku z zaistniałym kryzysem finansowym, Rada Ministrów w dniu 27 stycznia 2009 r. zdecydowała o konieczności okresowego ograniczenia niektórych wydatków budżetu państwa na rok 2009, o nie mniej niż 10%, zobowiązując Ministra Finansów do przygotowania w porozumieniu z właściwymi ministrami, harmonogramu realizacji wydatków uwzględniającego czasowe ich ograniczenie. Po konsultacjach przeprowadzonych w dniu 31 stycznia br. w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ostatecznie ustalono, że zmniejszenia wydatków w części 46 – Zdrowie wyniosą 302.491 tys. zł.

Zmniejszenia wydatków w części 46 – Zdrowie na kwotę 302.491 tys. zł dotyczą:

- w zakresie wydatków bieżących – 160.305 tys. zł, w tym:
 - 1) dotacji dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa – 8.140 tys. zł, z uwagi na możliwość uzyskania przez centra dodatkowych dochodów ze sprzedaży osocza rekompensujących zmniejszenie dotacji,
 - 2) świadczeń wysokospecjalistycznych – 52.165 tys. zł w związku z planowanym przekazaniem w II półroczu 2009 r. części zadań do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - 3) programu wieloletniego „Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli” – 100.000 tys. zł, z jednoczesnym zapewnieniem kontynuacji programu w 2010 r.

– w zakresie wydatków majątkowych – 142.186 tys. zł, w tym:

- 1) inwestycji wieloletnich w szpitalach klinicznych – 126.102 tys. zł,
- 2) wydatków na realizację pozostałych zadań budowlanych i zakupów inwestycyjnych – 16.084 tys. zł, w tym w Ministerstwie Zdrowia oraz jednostkach podległych i nadzorowanych przez MZ.

Dokonane ograniczenia wydatków nie mają wpływu na ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla ogółu społeczeństwa, a w szczególności ograniczenia do świadczeń realizowanych na rzecz kobiet w ciąży i dzieci, czy też wymienionych w Pana wystąpieniu programów zdrowotnych o charakterze populacyjnym.

Pragnę poinformować Pana Rzecznika, że z budżetu państwa – w części będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia – finansowane są świadczenia wysokospecjalistyczne, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. *w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia* (Dz. U. Nr 276, poz. 2661, ze zm.) oraz świadczenia będące elementem programów polityki zdrowotnej. W polskim systemie ochrony zdrowia głównym źródłem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej są środki finansowe będące w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, pochodzące w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Środkami tymi zarządza Fundusz na podstawie art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.).

Zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 1, przytoczonej wyżej ustawy, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez względu na ich formalny status ubezpieczenia. Tak więc niezależnie od decyzji Rady Ministrów z dnia 27 stycznia 2009 r., dotyczącej o konieczności okresowego ograniczenia niektórych wydatków budżetu państwa na rok 2009, zgodnie z postanowieniami art. 15 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, kobietom i dzieciom zapewnia się (na zasadach określonych w ustawie):

- 1 badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
- 2 świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
- 3 podstawową opiekę zdrowotną;
- 4 świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;

- 5 ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- 6 rehabilitację leczniczą;
- 7 świadczenia stomatologiczne;
- 8 leczenie szpitalne;
- 9 świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 10 leczenie w domu chorego;
- 11 badanie i terapię psychologiczną;
- 12 badanie i terapię logopedyczną;
- 13 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
- 14 opiekę paliatywną i hospicyjną;
- 15 pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
- 16 opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
- 17 opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią;
- 18 opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- 19 opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
- 20 leczenie uzdrowiskowe;
- 21 zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
- 22 transport sanitarny;
- 23 ratownictwo medyczne.

Uprzejmie informuję Pana Rzecznika, że w 2009 roku dzieci i młodzież będą beneficjentami „Programu badań przesiewowych noworodków w Polsce” oraz programu pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2007–2009”. Realizacja tych programów finansowana jest ze środków budżetowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Z tego samego budżetu, w ramach realizacji „Programu szczepień ochronnych”, zakupywane są szczepionki dla wszystkich dzieci i młodzieży. Dokonane analizy wykluczają możliwość wystąpienia sytuacji powodujących ograniczenia w dostępie tej populacji do świadczeń zdrowotnych, wchodzących w zakres wymienionych programów. Zmiany spowodowane ograniczeniem wydatków w budżecie Ministra Zdrowia nie powinny mieć też wpływu na poziom świadczeń wysokospecjalistycznych udzielanych dzieciom i młodzieży. Aktualnie Ministerstwo Zdrowia finansuje następujące świadczenia wysokospecjalistyczne dla dzieci (numercja wg. rozporządzenia *w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia*):

- 1 Przeszczepienie autologicznego szpiku.

2 Przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA.

3 Przeszczepienie allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego.

4 Przeszczepienie wątroby.

5 Przeszczepienie nerki.

6 Przeszczepienie nerki i trzustki.

6a. Przeszczepienie trzustki

7 Przeszczepienie serca.

8 Przeszczepienie płuca.

9 Przeszczepienie serca i płuca.

10 Przeszczepienie rogówki.

11 Immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku.

12 Radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna, konformalna, niekoplanarna.

13 Brachyterapia ze stereotaksją mózgową.

14 Operacja wad wrodzonych serca u niemowląt.

15 Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym.

16 Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18.

17 Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przeszskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających.

18 Mechaniczne, pozaustrojowe wspomaganie serca pulsacyjnymi sztucznymi komorami. Praktycznie wszystkie te świadczenia wykonywane są u dzieci i młodzieży, a niektóre z nich (świadczenie nr 14, 16 i 17) adresowane są wyłącznie do tej grupy osób.

Ze względu na dokonane już zmiany i plany dalszych zmian postanowień rozporządzenia *w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia*, w ciągu roku 2009 zaistnieją następujące zmiany:

- od 1 kwietnia 2009 r. – zostaną przekazane do finansowania przez NFZ świadczenia nr 10, 11, 12, 13 i 16. Zmiany te były zaplanowane wcześniej (w 2008 roku) i spowodowane były utratą przez te świadczenia cech świadczeń wysokospecjalistycznych. Równocześnie Ministerstwo Zdrowia wprowadzi do finansowania z budżetu świadczenia:

- przeszczepienie komórek wysp trzustkowych.

- przeszczepienie komórek przytarczyc.

- przeszskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca.

- videotorakoskopowa ablacja w ciężkim, nie-poddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków.

➤ oraz rozszerzy zakres świadczeń nr 5, 8, 9, 14, 15, 17 i 18 o nowe metody leczenia, z zastosowaniem najnowszych osiągnięć technologii medycznych.

- od 1 lipca 2009 planowane jest przekazanie do finansowania przez NFZ kolejnych świadczeń: nr 1, 2, 3, 5, 6 i 6a. Przekazanie to jest uzasadnione nie tylko względami ekonomicznymi, ale także merytorycznymi.

Proces przekazywania świadczeń do finansowania przez NFZ został wcześniej uzgodniony. Umowy na rok 2009 zawarte zostały (jeżeli chodzi o ilość świadczeń) na poziomie porównywalnym z rokiem 2008, a NFZ przygotowuje się do przejścia tych kontraktów, dostosowując je tylko do specyfiki własnych sposobów zawierania i rozliczania umów

Odnosząc się do, przytoczonej w wystąpieniu Pana Rzecznika, informacji medialnej o wstrzymaniu przez NFZ finansowania znieczuleń u dzieci wymagających niektórych badań diagnostycznych pragnę poinformować, że zgodnie z art. 97 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, zgodnie z art. 146 ust. 1 ww. ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. W roku bieżącym, szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne zostały określone w zarządzeniu Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w *sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne*.

Na wniosek nadzoru merytorycznego w dziedzinie pediatrii oraz świadczeniodawców, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, obowiązującym jeszcze w 2008 roku zarządzeniem Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 roku *zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne*, wprowadził do katalogu świadczeń do sumowania procedurę o kodzie: 5.53.01.0001473 – „Znieczulenie ogólne u dziecka do badań diagnostycznych i/lub zabiegów”. Wprowadzenie przedmiotowej procedury w takim brzmieniu spowodowało, że wielokrotnie dochodziło do sytuacji podwójnego finansowania przez NFZ znieczulenia, ponieważ szpitale masowo przedstawiały do rozliczenia zarówno samo znieczulenie jak i świadczenia z grup zabiegowych, które z założenia wykonywane są w znieczuleniu innym

niż miejscowe, zatem ich wycena zawiera już koszt znieczulenia. W związku z powyższym, w zarządzeniu nr 8/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2009 r. *zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne na 2009 rok*, nazwę świadczenia zmieniono na: „Znieczulenie ogólne lub dożylnie (wg ICD-9) u dziecka do zabiegów i badań diagnostycznych w czasie pobytu jednodniowego”. Ze względu na uwagi zgłaszane przez specjalistów w zakresie pediatrii dotyczące m.in. sytuacji, w których wykonanie badań u dzieci wymaga pobytu dłuższego niż jednodniowy, NFZ ponownie doprecyzuje zapis i dokona następujących modyfikacji:

- Nazwa świadczenia zostanie zmieniona na: Znieczulenie ogólne lub dożylnie (wg ICD-9) u dziecka do zabiegów diagnostycznych i badań diagnostycznych,

- W kolumnie „uwagi” zostaną umieszczone zastrzeżenia, że świadczenie to jest możliwe do sumowania z grupami innymi niż oznaczone * – tak zwanymi grupami zachowawczymi – w przypadku wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego (sprawozdanego kodem ICD-9) oraz dla następujących grup tzw. zabiegowych: B24, B33, B34, B44, B74, B84, C15, C24, C34, C44, C47, DOS, F04, F33, F44, F53, F94, G14, H23, H84, J06, K05, L54, L64, L72, M04, M15, Q20, Q48.

Informuję, iż koszty znieczulania dzieci zarówno do zabiegów operacyjnych jak i do badań diagnostycznych, były pokrywane przez NFZ na bieżąco zarówno w 2008 jak i 2009 roku. Jednocześnie podkreślam, iż decyzję o konieczności zastosowania znieczulenia zawsze podejmuje lekarz, kierując się względami medycznymi i indywidualną sytuacją dziecka.

W odniesieniu do (komentowanych przez Pana Rzecznika) działań Rady Ministrów, mających na celu podniesienie skuteczności ochrony rodziny przed przemocą, informuję, że skutki finansowe przyjętego przez Radę Ministrów projektu nowelizacji ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o *przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. Nr 180, poz. 1493) są niewspółmierne do przewidywanych korzyści. Zaangażowanie finansowe w te działania ze strony sektora zdrowia jest minimalne, dotyczy bowiem kosztów bezpłatnego wydawania zaświadczeń lekarskich o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała, związanych z użyciem przemocy w rodzinie. Zgodnie z projektem nowelizacji wymienionej ustawy, zaświadczenia takie będą mogli wydawać wszyscy lekarze (np. przez lekarze pierwszego kontaktu czy lekarze pełniący dyżur w szpitalu), do których zgłoszą się ofiary przemocy. Możliwość wykonania takich badań jest już uregulowana w ustawie o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, jednakże w świadomości ofiar utrwalił się pogląd jakoby tylko obdukcja sądowa była tylko i wy-

łącznie właściwym materiałem dowodowym. W chwili obecnej obdukcję bezpłatną wykonuje się na wniosek prokuratora, co stwarza często utrudnienia zwłaszcza wtedy gdy należy działać natychmiast. Wprowadzenie do nowelizowanej ustawy przepisu dotyczącego wydawania ofiarom przemocy zaświadczeń o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała ma też walor edukacyjny, wskazując pracownikom systemu ochrony zdrowia konieczność wydawania takich zaświadczeń, a także działając na zmianę świadomości ofiar. Należy zaznaczyć, że proponowana regulacja spowoduje zmniejszenie płatnych obdukcji, a także może doprowadzić do zmniejszenia obdukcji bezpłatnych, które zleca sąd lub prokuratura, co w konsekwencji pomniejszy koszty ponoszone na ten cel przez wymiar sprawiedliwości. Źródłem finansowania badań lekarskich i wydawania zaświadczeń będzie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach podpisywanych kontraktów – przy czym koszty nie powinny wzrosnąć, bowiem możliwość wykonania takich badań jest już uregulowana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedstawiając powyższe, pragnę także poinformować Pana Rzecznika, że nie przewidujemy ograniczeń w dostępie do świadczeń profilaktycznych, diagnostyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych w związku z ograniczeniem wydatków z budżetu państwa. Informuję też, że *zmieniona sytuacja finansowa* nie wymaga weryfikacji działań resortu w obszarze ochrony zdrowia matki i dziecka. Oznacza to, że Ministerstwo Zdrowia będzie konsekwentnie realizować działania, o których informowaliśmy Pana Rzecznika we wcześniejszej korespondencji, dotyczące między innymi: funkcjonowania opieki podstawowej nad matką i dzieckiem, działalności szpitalnych oddziałów położniczych, noworodkowych i pediatrycznych, zagrożeń zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz opieki medycznej nad uczniami. Ponadto informuję, że zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 stycznia 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia wprowadzona została zmiana struktury organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia, obejmująca, między innymi, utworzenie nowej komórki organizacyjnej, tj. Departamentu Matki i Dziecka. Departament ten ma kompleksowo wykonywać i koordynować zadania związane z leczeniem i opieką nad dziećmi z chorobami wrodzonymi, noworodkami, płodem oraz kobietami będącymi w okresie ciąży.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Mariola Dwornikowska

2.3.3. Medycyna szkolna, Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570108-I/07/JS/AB

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 3 października 2007 r.

Pan
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Z chwilą rozpoczęcia nowego roku szkolnego powraca szeroko nagłaśniany przez środki masowego przekazu problem nadmiernego obciążenia uczniów tornistrami i plecakami. We wrześniu 2007 roku opinia publiczna mogła zapoznać się zarówno z przykładami ignorowania problemu, jak i z pozytywnymi inicjatywami podejmowanymi przez lokalne władze oświatowe i dyrekcje szkół („Rzeczpospolita” 21.09.07 Nr 221). Z uwagi na fakt, iż w skali kraju sprawa ta nie jest dotąd rozwiązana systemowo a nadmierne obciążenie uczniów tornistrami czy plecakami jest częścią szerszego problemu społecznego, jakim są zaburzenia statyki ciała, Rzecznik Praw Obywatelskich dokonał analizy sytuacji w zakresie postrzegania wagi problemu wad postawy, jego rozpowszechnienia oraz podejmowanych działań w ramach polityki zdrowotnej i polityki oświatowej państwa.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra z prośbą o zajęcie stanowiska co do wniosków wynikających z tych analiz, w zakresie leżącym w kompetencji Ministerstwa Zdrowia.

1. Nadmierne obciążenie uczniów noszeniem tornistrów/plecaków

Mimo toczoney od lat dyskusji na temat nadmiernego obciążenia uczniów noszeniem tornistrów i plecaków nie zostały podjęte, jak dotąd, stosowne działania legislacyjne i nadal nie wprowadzono normy określającej dopuszczalny ciężar tornistrów/plecaków noszonych przez uczniów. Wobec powyższego, inspekcja sanitarna, okresowo monitorująca skalę

problemu, posługuje się danymi z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 1990 roku w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym (Dz. U. Nr 85, poz. 500 ze zmianami), zgodnie z którymi dopuszcza się przenoszenie przez młodocianych w wieku poniżej 16. lat ciężary o masie do 5 kg dla chłopców i do 3 kg dla dziewcząt. Służby sanitarne przyjęły masę do 3 kg jako dopuszczalny ciężar tornistrów/plecaków noszonych przez uczniów klas I–III szkół podstawowych. Wyniki badań przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną wskazują, że 44,2% uczniów szkół miejskich i 37,7% uczniów szkół wiejskich dźwiga tornistry lub plecaki o ciężarze przekraczającym 3 kg. Jak wynika z doniesień prasowych ciężar tornistra noszonego przez pierwszoklasistę może sięgać nawet 6 kg. W odpowiedzi na powyższy problem MEN podjęło liczne działania takie jak: przypominanie na naradach z kuratorami oświaty o konieczności lepszej współpracy szkoły z rodzicami, zachęcanie rodziców i nauczycieli do racjonalnego pakowania tornistrów, apelowanie do wydawców książek, by podręczniki były możliwie najlżejsze, jednak w tej sytuacji działania te należy uznać za niewystarczające.

Konieczne zatem wydaje się wprowadzenie takich regulacji prawnych, które zawierałyby dopuszczalne, uwzględniające wiek i płeć uczniów, normy obciążenia ciężarem noszonych tornistrów lub plecaków, a także rekomendowane przez ministerstwo, sprawdzone w praktyce, sposoby rozwiązania problemu w poszczególnych typach szkół.

2. Wykrywanie, diagnostyka i korekcja wad postawy wśród uczniów

Kształtowanie postawy ciała u dziecka jest procesem uzależnionym od wielu czynników, z których najważniejszymi są prawidłowa aktywność ruchowa i genetycznie uwarunkowana budowa ciała. Na formowanie postawy wpływają ujemnie nieprawidłowe odżywianie, czynniki chorobowe i środowiskowe, w tym nadmierne obciążenie noszonymi przez uczniów tornistrami lub plecakami. Konsekwencje nabytych w dzieciństwie wad postawy często ujawniają się w dojrzałym wieku, doprowadzając do zaburzeń czynnościowych, a następnie do nieprawidłowości strukturalnych, obejmujących nie tylko narząd ruchu.

Częstotliwość występowania wad postawy u dzieci w polskim piśmiennictwie określa się zwykle jako 35 do 95%. Wady postawy występują powszechnie już wśród dzieci w wieku 4–5 lat. W 2005 roku Klinika Rehabilitacji Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach przeprowadziły badania, na podstawie których prawidłową postawę ciała stwierdzono jedynie u 3,79% dzieci

w wieku przedszkolnym. Uwzględniając drobne zaburzenia postawy (niewielką hiperlordozę lędźwiową, umiarkowane płaskostopie, niewielką koślawość kolan), odsetek dzieci mieszczących się normie oceniono na 20,39%. Oznacza to, iż niemal 80% czterolatków i pięcioletków wykazywało odchylenia od normy. Najczęściej stwierdzano nieprawidłowości krzywizn fizjologicznych kręgosłupa (82,05%), płaskostopie (69,47%) oraz koślawość kolan (19,78%). Skrót kończyny dolnej powyżej 5 mm wystąpił u 15,02% badanych. Boczne skrzywienie kręgosłupa odnotowano w 5,62% przypadków.

Według specjalistów załamanie się systemu opieki profilaktycznej w szkołach, sprzyja utrwalaniu się wad postawy. Także Ministerstwo Edukacji Narodowej w piśmie do Kuratorów Oświaty (DKOS-I/AW-811-78/06) ocenia, iż *Wady postawy stanowią problem społeczno-cywilizacyjny. Wczesne wykrycie patologicznych zmian w obrębie postawy ciała, a zwłaszcza rozpoznanie skoliozy w grupie dzieci i młodzieży, stwarza możliwość skutecznej profilaktyki i leczenia wad postawy, w tym dużych deformacji kręgosłupa;* oraz uznaje program profilaktyki i rehabilitacji opracowany w Klinice i Katedrze Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie, kierowanej przez prof. Tomasza Karskiego za szczególnie interesujący i skuteczny w leczeniu wad postawy, zalecając Kuratorom Oświaty rozpropagowanie go w nadzorowanych przez siebie szkołach i placówkach.

Jak wynika z uzyskanych przez Biuro RPO danych ani program lubelski, ani inny alternatywny, nie jest obecnie wdrażany jako program polityki zdrowotnej państwa. Tymczasem przyjęty przez Radę Ministrów 2 listopada 2004 roku *Rządowy program: Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania na lata 2004–2006* określał m. in., iż *profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami obejmuje: 1) testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchyień od normy rozwojowej i niezdiagnozowanych chorób, zaburzeń lub wad przez zastosowanie szybkich metod badania; 2) postępowanie diagnostyczne w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w tym teście (postępowanie poprzęsiewowe); 3) profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) w zakresie: a) indywidualnej oceny stanu zdrowia i rozwoju uczniów, b) kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych.*

W tej sytuacji konieczne wydaje się przedstawienie przez Ministerstwo Zdrowia oceny efektów realizacji zakończonego w ubiegłym roku programu, w tym danych o odsetku uczniów z wykrytymi i zdiagnozowanymi wadami postawy ciała, liczbie dzieci skierowanych przez lekarzy do leczenia rehabilitacyjnego oraz liczbie dzieci faktycznie leczonych w sposób systemowy.

Z kolei w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2013 w celu operacyjnym nr 7 – Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem – zostało zapisane zadanie nr 5 przewidujące *pełną realizację świadczeń profilaktycznych mających na celu zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie zaburzeń i odchyłeń w stanie zdrowia dzieci przez realizację m.in. programów profilaktycznych, badań przesiewowych, bilansów zdrowia* oraz zadanie nr 6 przewidujące poprawę zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci, rozwój rehabilitacji dzieci przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych, w tym z niedorozwojem umysłowym, natomiast w celu operacyjnym nr 8 – Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży – w rozdziale *Działania resortu zdrowia (ochrony zdrowia)* zapisano zadanie nr 3: *Zapewnienie uczniom wszystkich szkół profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami.*

W tym przypadku istotne jest uzyskanie informacji o konkretnych sposobach realizacji w/w zadań, w tym także o realizowanych programach zapobiegających występowaniu i ograniczających trwale następstwa zdrowotne wad postawy. Wobec opisanej powyżej niejasnej sytuacji na terenie szkół szczególnego znaczenia nabiera wskazanie przez Ministerstwo Zdrowia, jaka jest podstawa prawna, treść i stan realizacji standardów obowiązujących w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy wśród dzieci.

Mając powyższe na uwadze, działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w niniejszej sprawie, w zakresie należącym w kompetencji Ministerstwa Zdrowia.

Niniejszy apel przesyłam także na adres Ministra Edukacji Narodowej – Pana Ryszarda Legutko.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-8795-3/JC/07

Warszawa, 23 października 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z Pana prośbą o zajęcie stanowiska co do wniosków wynikających z dokonanej przez Pana Rzecznika analizy sytuacji w zakresie postrzegania wagi problemu wad postawy u dzieci i jego uwarunkowań, uprzejmie informuję, że opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą traktowana jest przez Ministerstwo Zdrowia jako działanie priorytetowe. Dowodem tego jest prawne uregulowanie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad wymienioną grupą. Szczegółowy zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej oraz terminy ich przeprowadzania u dzieci i młodzieży określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. *w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane* (Dz. U. Nr 276, poz. 2740) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. *w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 282, poz. 2814).

Świadczenia określone w wymienionych rozporządzeniach finansowane są ze środków publicznych. Realizacja tych świadczeń jest dokumentowana w indywidualnej dokumentacji ucznia, ponadto objęta jest statystyką resortową. W *rocznym sprawozdaniu z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach* (druk MZ-06) wykazywane są dane na temat sposobu zapewnienia uczniom opieki, jak również zakresu tej opieki, wykonania testów przesiewowych oraz profilaktycznych badań lekarskich. W *rocznym sprawozdaniu o działalności i zatrudnieniu w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej* (druk MZ-11) wykazywane są dane na temat przewlekłych schorzeń stwierdzonych u dzieci i młodzieży.

Przewlekłym schorzeniem najczęściej występującym u dzieci i młodzieży są zniekształcenia kręgosłupa. Zgodnie z danymi pochodzącymi z rocznych sprawozdań o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej, zniekształcenia kręgosłupa stanowią około 24% schorzeń o charakterze przewlekłym, stwierdzonych u dzieci i młodzieży w wieku

0–18 lat. W 2005 roku zniekształcenia kręgosłupa stwierdzono łącznie u 421.042 osób z tej grupy (4,5% populacji w wieku 0–18 lat), w 2006 roku u 420.989 osób (4,8% populacji w wieku 0–18 lat). W roku 2006 zniekształcenia kręgosłupa stwierdzono po raz pierwszy u 64.858 badanych dzieci – stanowi to 15,4% grupy dzieci, u których w wymienionym roku występowało takie zniekształcenie. Największa liczba wymienionych schorzeń występuje w grupie dzieci w wieku 10–14 lat – w grupie tej stwierdzono w 2006 r. łącznie 182.843 przypadki zniekształcenia kręgosłupa.

Wady postawy, w tym zniekształcenia kręgosłupa, powstają najczęściej w dwóch okresach. Są to wiek 6–7 lat, związany ze zmianą trybu życia dziecka (podjęcie obowiązków szkolnych) oraz okres skoku pokwitaniowego, w którym następuje zmiana proporcji ciała i dotychczasowych środków ciężkości. Skrzywienie boczne kręgosłupa, które jest wygięciem patologicznym, może powstawać bez żadnej uprzedniej przyczyny lub wskutek nawykowej złej postawy. Na skoliozę najbardziej podatne są dzieci w wieku szkolnym. Stałe, długotrwałe oddziaływanie tych samych czynników na nieskostniały szkielet dziecka sprzyja powstawaniu jego skrzywień i deformacji. W warunkach szkolnych czynników takich jest wiele: wielogodzinne siedzenie w ławce, często niedostosowanej do wzrostu i budowy dziecka, siedzenie przy pracy szkolnej bokiem (gdy dziecko zajmuje miejsce w zewnętrznym prawym lub lewym rzędzie ławek), noszenie tornistra na jednym ramieniu lub długotrwałe pochylanie się nad książką.

Poszukując sposobów ograniczenia ciężaru tornistrów, można rozważać *wprowadzenie regulacji prawnych zawierających dopuszczalne, uwzględniające wiek i płeć uczniów, normy obciążenia ciężarem noszonych tornistrów lub plecaków*. Regulacja taka wydaje się być możliwa poprzez wprowadzenie stosownych zapisów do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. *w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach* (Dz. U. z 2003r. Nr 6, poz. 69). Jednakże nie jestem przekonany do słuszności prawnego uregulowania omawianego problemu. Podstawowym aspektem takiego uregulowania byłaby konieczność określenia adresata rozważanej normy. Ze względu na uwarunkowania problemu, adresatem normy mogą być zarówno dzieci, rodzice jak i nauczyciele. W związku z tym przewidujemy trudności w zakresie praktycznego egzekwowania stosowania normy określającej dopuszczalny ciężar tornistra lub plecaka. Natomiast wprowadzenie uregulowań, które nie byłyby respektowane, jest, w mojej opinii, zaprzeczeniem działań wychowawczych.

Podzielam pogląd, że problem występowania wad postawy jest problemem społeczno-cywilizacyjnym. W opinii Ministerstwa Zdrowia, najważ-

niejszym aspektem działań pozwalających na zmniejszenie częstotliwości występowania wad postawy jest promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. W tym względzie warto zaznaczyć, że zachowanie zdrowia determinowane jest w najwyższym stopniu przez styl życia człowieka. Zgodnie z powszechnie znaną i uznaną koncepcją obszarów zdrowia Lalonde'a, wyróżnia się cztery główne grupy czynników warunkujących zdrowie. Są to: styl życia (ok. 50% „udziału”), środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), działania służby zdrowia (ok. 10%). Wymienione uwarunkowania wskazują, że bardzo ważnym elementem działań umożliwiających zachowanie prawidłowej postawy dzieci jest zapewnienie im właściwych warunków nauki. Warunków, w których zapewnione zostaną ławki i krzesła umożliwiające zachowanie fizjologicznej postawy, a także kształtowane będą nawyki przyjmowania prawidłowej postawy. Bardzo ważnym elementem przeciwdziałania powstawaniu wad postawy, jak również korygowania już istniejących, jest też uprawianie gimnastyki oraz wszelkie inne formy aktywności ruchowej, z uwzględnieniem okresów odpoczynku umożliwiającego rozluźnienie mięśni.

W Polsce dotychczas nie przeprowadzono badań dotyczących dopuszczalnych norm obciążenia tornistrami lub plecakami dzieci w wieku szkolnym. Zatem istnieje potrzeba wypracowania wspólnego stanowiska specjalistów (pediatrów, ortopedów i antropologów) w sprawie obciążenia narządu ruchu i wpływu noszonego przez uczniów ciężaru na funkcjonowanie i rozwój ich organizmu. Na podstawie takiego stanowiska możliwe byłoby opracowanie zaleceń dla uczniów, rodziców i nauczycieli. Podobne zalecenia określiło Stowarzyszenie Pediatrików Amerykańskich. Zgodnie z tymi zaleceniami, waga tornistra nie powinna przekraczać 10–15% masy ciała ucznia, tornister powinien mieć równe, szerokie szelki, usztywnioną ściankę przylegającą do pleców, a jego ciężar powinien być rozłożony symetrycznie. Podobne zalecenia przyjęte w naszym kraju, adresowane do uczniów, rodziców i nauczycieli, miałyby walor informacyjno-edukacyjny.

Przedstawiając stanowisko w sprawie wykrywania, diagnostyki i korekcji wad postawy wśród uczniów, pragnę stwierdzić, że problem ten jest złożony. Przykładem tego jest różnica zdań co do etiologii wad, jak również przedstawiona w Pana apelu ocena skali częstości występowania wad postawy (35 – 95%). Decyzje Ministerstwa Zdrowia odnośnie działań powszechnie obowiązujących muszą być oparte na obiektywnych przesłankach oraz rozwiązaniach uzasadnionych merytorycznie.

Działania ukierunkowane na poprawę zdrowia dzieci i młodzieży nie powinny budzić żadnych kontrowersji. Przykładem kontrowersyjnych

działań jest inicjatywa Ministerstwa Edukacji Narodowej podjęta w zakresie promocji nowej metody profilaktyki i leczenia rehabilitacyjnego skolioz, opracowanej przez Pana Profesora Tomasza Karskiego, Kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie. Inicjatywa ta została podjęta bez uzgodnienia z Ministerstwem Zdrowia i wzbudziła sprzeciw środowiska ortopedów oraz fizjoterapeutów. Do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły protesty przeciwko upowszechnianiu metody profilaktyki i leczenia opracowanej przez pana profesora Tomasza Karskiego. Przydatność tej metody nie została zweryfikowana przez specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz ortopedów. Ponadto ze względu na trudne do zaakceptowania, opracowane przez Pana Profesora Tomasza Karskiego, przesłanki etiopatogenetyczne, metoda ta jest negowana przez wielu specjalistów w Polsce. Dodatkowo podnoszonym przez specjalistów argumentem dyskredytującym wymienioną metodę, jest brak zgody jej autora na udostępnienie danych badawczych i naukową weryfikację tej metody.

Zgodnie z dostępną nam wiedzą, możemy stwierdzić, że nie istnieje żadna publikacja profesora Tomasza Karskiego, spełniająca kryteria *Evidence Based Medicine*, dowodząca słuszności jego teorii powstawania skolioz lub skuteczności jego metody postępowania. Żadne z międzynarodowych towarzystw naukowych zajmujących się profilaktyką i leczeniem skolioz nie uznało argumentacji Profesora Tomasza Karskiego i nie rekomenduje jego metody (SRS – Scoliosis Research Society www.srs.org; SOSORT – Society on Scoliosis Orthopedic and Rehabilitation Treatment www.sosort.org; IRSSD – International Research Society on Spinal Deformities www.irs.sd.org).

Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Departamentu Kształcenia Ogólnego i Specjalnego Ministerstwa Edukacji Narodowej z wnioskiem o sprostowanie pisma w sprawie systemu ćwiczeń proponowanego przez Profesora Tomasza Karskiego – przytoczonego w piśmie Pana Rzecznika. Równocześnie, na wniosek Ministerstwa Edukacji Narodowej, utworzony zostanie zespół ekspertów, których zadaniem będzie opracowanie zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego, uwzględniających promowanie w szkołach ćwiczeń profilaktycznych wad postawy i skolioz. Aktualnie trwa uzgadnianie z towarzystwami naukowymi składu wymienionego zespołu. Do czasu przyjęcia innych rozstrzygnięć, realizowany będzie system profilaktycznych badań dzieci i młodzieży zgodny z postanowieniami wymienionych na wstępie rozporządzeń Ministra Zdrowia. W rozporządzeniach tych określony jest zakres opieki profilaktycznej oraz terminy poszczególnych badań. Terminy badań, w tym terminy testów przesie-

wowych w kierunku wykrywania zaburzeń układu ruchu, określone zostały z uwzględnieniem dostępnej wiedzy oraz opinii lekarzy pediatrów i fizjologów. Terminy te są adekwatne do poszczególnych etapów rozwoju dziecka. Badania przesiewowe w kierunku wykrywania zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży wykonywane są zgodnie ze standardami opracowanymi przez Instytut Matki i Dziecka. Wynik tych badań jest dokumentowany w „Karcie profilaktycznego badania lekarskiego dziecka”.

Zgodnie z postanowieniami wcześniej przytoczonego rozporządzenia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w każdej szkole zatrudniona jest pielęgniarka albo higienistka szkolna, która sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, zlokalizowanym na terenie szkoły. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zarówno lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jak pielęgniarka szkolna, zobowiązani są do współpracy z rodzicami dzieci, jak też z dyrekcją szkoły.

Jednym z podstawowych zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej jest wykonywanie u uczniów (w określonych przedziałach wiekowych) testów przesiewowych, mających na celu wykrywanie u uczniów problemów zdrowotnych, to jest zaburzeń w rozwoju, nieprawidłowości, czy występowania chorób. Konsekwencją takiego działania jest przede wszystkim obowiązek przekazania informacji o wykrytych nieprawidłowościach, czy zaburzeniach, właściwemu dla ucznia lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej. Także jednym z podstawowych zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest wykonywanie bilansów zdrowia dziecka w określonych przepisami rozporządzenia przedziałach wiekowych. Tak więc, właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej integruje, koordynuje lub kontynuuje działania profilaktyczno-leczniczo-rehabilitacyjne w odniesieniu do swoich podopiecznych. Zakres tych działań zależy od stanu zdrowia dziecka i decyzji właściwego dla ucznia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a więc dotyczy: leczenia specjalistycznego bądź rehabilitacji. Decyzje w tym względzie mają zawsze charakter indywidualny.

Uprzejmie informuję, że Narodowy Program Zdrowia jest realizowany w Polsce od 1990 r. Pierwsza wersja tego programu, opracowana na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”, stanowiła pierwszą próbę włączenia do działań na rzecz ochrony zdrowia wszystkich resortów, instytucji centralnych i całego społeczeństwa. Narodowy Program Zdrowia ma charakter strategicz-

ny. Daje on Ministrowi Zdrowia możliwość wpływu na działanie innych sektorów poprzez sformułowanie celów oraz wyznaczenie zadań zgodnych z polityką w zakresie zdrowia publicznego. Wybór sposobu realizacji zadań, ujętych w wymienionym programie, pozostawiony jest jego realizatorom.

Cytowane w wystąpieniu Pana Rzecznika cele i zadania Narodowego Programu Zdrowia ujęte zostały w edycji tego programu przewidzianej do realizacji na lata 2007–2015. „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015” został przyjęty Uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r. Tak jak w przypadku poprzednich edycji, również obecna będzie monitorowana w ramach systemu monitorującego. Pierwsza ocena stopnia realizacji „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015” zostanie dokonana nie wcześniej niż po pełnym roku jego realizacji.

Przedstawiając powyższe informacje o charakterze ogólnym, chciałbym zwrócić uwagę Pana Rzecznika na inne niż w poprzednich edycjach Narodowego Programu Zdrowia podejście do problemów zdrowotnych i czynników ryzyka, przyjęte w wersji aktualnie realizowanej. Cele operacyjne ujęte w „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015” zostały podzielone na cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia oraz cele dotyczące wybranych populacji. Cytowane w Pana wystąpieniu: cel nr 7 i cel nr 8 dotyczą dwóch różnych grup. Cel operacyjny nr 7 dotyczy działań związanych z „Poprawą opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem”. Uzasadnieniem wyboru tego celu jest utrzymujący się wysoki poziom wcześniactwa i hipotrofii wewnątrzmacicznej, wpływający na wysoki poziom umieralności niemowląt. Świadczenia profilaktyczne, które wynikają z zadania nr 5 oraz wynikające z zadania nr 6 działania w zakresie zaspokojenia potrzeb leczniczych i rehabilitacyjnych dotyczą małych dzieci. Są to dzieci, które nie uczęszczają jeszcze do szkoły. Choroby i niepełnosprawność tych dzieci jest najczęściej wynikiem stanów chorobowych okresu okołoporodowego oraz wad wrodzonych, tak więc świadczenia profilaktyczne realizowane w tej grupie mają specyficzny charakter oraz odrębną regulację prawną.

„Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszymi problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży” jest zawarte w celu operacyjnym nr 8. Uzasadnieniem wyboru tego celu jest dążenie do zmniejszenia nierówności w zdrowiu, rozwijanie zasobów dla zdrowia, eliminowanie czynników ryzyka dla zdrowia. Jednym z zadań w, przewidzianym do realizacji przez resort zdrowia, jest zapewnienie uczniom wszystkich szkół profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgodnie

z obowiązującymi w tym względzie standardami”. Zacytowane zadanie jest realizowane w sposób systemowy, wynikający z postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814). Ponadto w listopadzie 2004 r. został wdrożony Rządowy Program „Profilaktyczna Opieka Zdrowotna nad Dziećmi i Młodzieżą w Środowisku Nauczania i Wychowania”. Głównym jego celem jest poprawa jakości i dostępności profilaktycznej opieki dla wszystkich uczniów w kraju. Zgodnie z programem, we wszystkich szkołach powinny być uruchomione gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, w których profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami będą sprawowały pielęgniarki lub higienistki szkolne. Program ten, wspomniany w piśmie Pana Rzecznika, został zaprojektowany i wdrożony jako docelowy model profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Jego podstawowym założeniem jest zapewnienie wszystkim uczniom dostępności do tej opieki i poprawę jej jakości. Program ten jest wieloletni, zaś okres jego wdrożenia określono na lata 2004–2006, Realizacja wspomnianego programu jest monitorowana. W związku z prośbą Pana Rzecznika o przekazanie informacji na temat stanu realizacji wymienionego Programu, pozwalam sobie przestać w załączeniu dokument pt.: „Ocena stanu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole po dwóch latach funkcjonowania programu rządowego 2004–2006”. Wymieniona ocena została dokonana przez zespół specjalistów z Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, kolejna ocena zostanie dokonana przez Instytut Matki i Dziecka w bieżącym roku.

Odnosząc się do wspomnianych w Pana piśmie programów polityki zdrowotnej państwa, uprzejmie informuję, że aktualnie nie jest realizowany program polityki zdrowotnej państwa bezpośrednio ukierunkowany na zapobieganie lub leczenie wad postawy. Jednakże rolę podobną do programu polityki zdrowotnej spełnia realizowany Rządowy Program „Profilaktyczna Opieka Zdrowotna nad Dziećmi i Młodzieżą w Środowisku Nauczania i Wychowania”. Świadczenia profilaktyczne, uwzględnione w tym programie finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Tym niemniej rozważamy możliwość wdrożenia programu specyficznie ukierunkowanego na profilaktykę wad postawy. Decyzje w tym względzie zostaną podjęte po uzyskaniu opinii zespołu ekspertów, o którego powołaniu poinformowałem powyżej.

Informuję ponadto, że zgodnie z postanowieniami art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) pro-

gramy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z postanowieniami art. 10 wymienionej ustawy, obowiązkiem wojewody jest przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kwartalnych informacji o programach zdrowotnych. Analiza przekazywanych informacji wskazuje, że w większości województw realizowane są programy zdrowotne, finansowane przez samorządy lokalne, obejmujące zapobieganie występowaniu wad postawy i ich następstw. Na przykład:

– w **województwie śląskim** realizowane są programy: „Badanie wad postawy”, obejmujący profilaktykę wad postawy u dzieci; „Wady postawy ciała”, w ramach którego prowadzona jest gimnastyka korekcyjna dla dzieci szkół podstawowych; „Program profilaktykę wad postawy „Trzymaj się prosto” – Rehabilitacja dzieci”, obejmujący profilaktykę wad postawy u dzieci, w ramach którego prowadzona jest rehabilitacja i instruktaż dla rodziców; „Rehabilitacja dzieci i młodzieży”, w ramach którego prowadzona jest gimnastyka korekcyjna u dzieci;

– **województwie kujawsko-pomorskim** realizowane są programy: „Zwiększenie aktywności fizycznej”, obejmujący profilaktykę wad postawy u uczniów I klasy szkoły podstawowej; „Wady postawy u dzieci i młodzieży środowiska wiejskiego Gminy Śliwice”, obejmujący badania profilaktyczne, specjalistyczne oraz korekcję wad postawy; „Zwiększenie aktywności fizycznej”, wiążący się z obniżeniem skali występowania wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej;

– w **województwie świętokrzyskim** realizowane są programy: „Zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży”, obejmujący organizację spotkań z dziećmi i młodzieżą leczonymi na oddziałach rehabilitacyjnych oraz ich rodzinami; celem tych spotkań jest wyrobienie nawyku dbałości o prawidłową postawę i umiejętność jej korygowania poprzez indywidualne instruktaże ćwiczeń dla każdego pacjenta, przygotowujące go do ćwiczeń w domu;

– w **województwie dolnośląskim** realizowane są programy: „Program zapobiegania i eliminowania wad postawy i skrzywień bocznych kręgosłupa u dzieci”, obejmujący zapobieganie i eliminowanie wad postawy i skrzywień bocznych kręgosłupa u dzieci – w ramach tego programu prowadzone są zajęcia praktyczne z zakresu gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej dla dzieci i młodzieży, z jednoczesnym organizowaniem prelekcji dla rodziców, opiekunów; „Profilaktyka wad postawy”, obejmujący badania bilansowych u dzieci w wieku 0–8 r. ż. – w ramach tego programu rozdawane są ulotki, zestawy ćwiczeń; w ramach programu „Wszystko dla

pacjentów z zakresu chirurgii, ortopedii, poz” udzielane są świadczenia mające na celu m. in. wczesne wykrywanie wad postawy; „Profilaktyka wad postawy, płaskostopia, skoliozy, gimnastyki korekcyjnej”, obejmujący zwiększenie wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych, wzrost świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy, kształtowanie nawyków prozdrowotnych – w ramach tego programu wykonywane są badania i porady lekarskie, rehabilitacyjne; „Profilaktyka wad postawy”, obejmujący profilaktykę wad postawy u dzieci 7–10 lat;

– **w województwie lubelskim** realizowane są programy: „Program edukacyjno-zdrowotny – „Przez pływanie do zdrowia”, obejmujący przeciwdziałanie wadom postawy u uczniów z wadami postawy; „Zajęcia grup korekcyjno-kompensacyjnych”, dla dzieci, u których stwierdzono wady;

– **w województwie łódzkim** realizowane są programy: „Zajęcia gimnastyki korekcyjnej”, obejmujący przeciwdziałanie wadom postawy, kształtowanie prawidłowej sylwetki – w tego programu prowadzone są zajęcia gimnastyki korekcyjnej; „W zdrowym ciele zdrowy duch”, obejmujący profilaktykę wad postawy dzieci i młodzieży, w ramach tego programu organizowane są wyjazdy na basen;

– **w województwie lubuskim** realizowane są program: „Profilaktyka, diagnostyka i terapia wad postawy dzieci” – ramach tego programu prowadzona jest edukacja w przedmiotowym zakresie rodziców, opiekunów, nauczycieli wf., pielęgniarek świadczących usługi w środowisku szkolnym, osób prowadzących zajęcia korekcyjne, wykonywana jest też diagnostyka czynnościowa oraz ćwiczenia indywidualne;

– **w województwie opolskim** realizowane są programy: „Badanie wad postawy u uczniów szkół podstawowych”, obejmujący badania wad postawy; „Profilaktyka wad postawy”;

– **w województwie wielkopolskim** realizowane są programy: „Program profilaktyki wad postawy i schorzeń kręgosłupa dla dzieci z terenu powiatu kościańskiego”, obejmujący edukację zdrowotną w zakresie zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby kształtowania i utrzymywania prawidłowej postawy ciała, upowszechniania masowej, przesiewowej diagnostyki w celu wczesnego wykrywania nieprawidłowości w kształtowaniu się postawy ciała, zwiększenie dostępności do działań leczniczych i rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży wymagających specjalistycznej opieki medycznej, upowszechnianie uczestnictwa dzieci i młodzieży w zajęciach profilaktyczno-usprawniających;

– **w województwie małopolskim** realizowane są programy: „Podstawy profilaktyki wad postawy”, obejmujący zapobieganie wadom postawy i nieprawidłowościom w rozwoju fizycznym; „Korekta wad postawy

dzieci i młodzieży”, obejmujący zwalczanie wad postawy; „Ocena wad postawy – bilans 8-latków”, obejmujący ocenę postawy u dzieci; „Pomóżmy dzieciom rosnać prosto”, obejmujący diagnozę, profilaktykę i korekcję wad postawy uczniów klas I szkół podstawowych – w ramach tego programu realizowana jest korekcja wad postawy, gimnastyka korekcyjna, wyjazdy na basen; „Trzymaj pion”, obejmujący ćwiczenia korekcyjnych dla dzieci z wadami postawy – w ramach tego programu prowadzone są ćwiczenia korekcyjne na basenie;

– w **województwie pomorskim** realizowane są programy: „Gimnastyka korekcyjna jako profilaktyka progresji wad postawy wykrytych w czasie badań bilansowych u dzieci 10 letnich”, obejmujący zapobieganie wadom postawy – w ramach tego programu realizowana jest gimnastyka kompensacyjna na basenie; „Badania profilaktyczne w szkole podstawowej i gimnazjum”; „Badania dzieci w kierunku wad postawy i schorzeń ortopedycznych oraz prowadzenie zajęć korekcyjnych dzieci ze schorzeniami ortopedycznymi”, obejmujący prowadzenie badań dzieci w przedszkolach i szkołach podstawowych, ćwiczenia korekcyjne dzieci z klas I–III na basenie.

Chciałbym także poinformować, że względu na istotne zagrożenie występowaniem chorób cywilizacyjnych, związanych z niską aktywnością fizyczną i niewłaściwą dietą, Ministerstwo Zdrowia wdrożyło w bieżącym roku „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007–2011”. Program ten jest zgodny z *Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007–2015*, którego cel operacyjny nr 4 zakłada „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności”. Mamy nadzieję, że realizacja tego programu wpłynie na kształtowanie pozytywnych postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży. Jednakże należy podkreślić, że najważniejszą rolę w kształtowaniu stylu życia sprzyjającego zdrowiu dzieci i młodzieży spełniają wzorce dostępne w ich środowisku wychowania i nauczania. Bardzo istotnym czynnikiem, warunkującym dobry stan zdrowia dzieci i młodzieży przebywających w szkole są zajęcia wychowania fizycznego. Ważny jest także ruch na świeżym powietrzu oraz racjonalne uprawianie sportów.

Łączę wyrazy szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
-/ Grzegorz Gołdynia

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570108-I/07/JS/AB

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 14 grudnia 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W pismach z dnia 3 października 2007 r. skierowanych do Ministra Edukacji Narodowej oraz do Ministra Zdrowia wnioskowałem o:

1) rozwiązanie problemu nadmiernego obciążenia uczniów plecakami/tornistrami poprzez wprowadzenie takich regulacji prawnych, które zawierałyby dopuszczalne normy obciążenia ciężarem noszonych przez dzieci tornistrów/plecaków;

2) udzielenie informacji na temat skali problemu zaburzeń statyki ciała, funkcjonowania systemu zapobiegania powstawaniu wad postawy, wczesnego wykrywania, specjalistycznej diagnostyki oraz kompleksowego leczenia rehabilitacyjnego dzieci cierpiących z tej przyczyny. Szczególnie istotne było pytanie o podstawę prawną, treść i stan realizacji standardów obowiązujących obecnie w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy wśród dzieci i młodzieży.

Wymienione problemy zostały szeroko nagłośnione przez środki masowego przekazu, wywołały żywe zainteresowanie opinii publicznej, a także odzew ze strony przedstawicieli środowisk medycznych. Napływające do Rzecznika Praw Obywatelskich opinie wydają się potwierdzać istnienie znaczących zaniedbań w zakresie opieki profilaktyczno-leczniczo-rehabilitacyjnej nad dziećmi obciążonymi wadami postawy.

Kierując się troską o dobro i przyszłość dzieci, uwarunkowane między innymi przestrzeganiem prawa do ochrony zdrowia, po przeanalizowaniu treści odpowiedzi Ministra Edukacji Narodowej i Ministra Zdrowia (pismo z dnia 23 października 2007 r.), wyrażam satysfakcję ze wspólnego dostrzegania roli i znaczenia opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

W odniesieniu do dwu konkretnych problemów poruszonych w wystąpieniach Rzecznika Praw Obywatelskich istnieją jednak istotne niejasności przede wszystkim co do możliwości wdrożenia skutecznych środków zaradczych a także środków o charakterze legislacyjnym.

1. Nadmierne obciążenie uczniów noszeniem tornistrów/plecaków

W sprawie nadmiernego obciążenia uczniów tornistrami/plecakami sekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej poinformował wprawdzie o podjęciu prac nad obniżeniem ciężaru książek w ramach systemu jakości podręczników szkolnych, jednak stwierdził, iż nie ma delegacji ustawowej umożliwiającej wprowadzenie regulacji prawnych, które unormowałyby dopuszczalne obciążenie plecaków szkolnych pozostawiając możliwość wprowadzenia zapisu o dopuszczalnej wadze tornistra do wewnętrznych instrukcji i do statutu szkoły.

Z kolei podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, iż można – rozważyć wprowadzenie postulowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich regulacji prawnych poprzez wprowadzenie stosownych rozwiązań do rozporządzenia MENiS z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, ale z uwagi na trudności w ustaleniu adresata takich przepisów (dzieci, rodzice, nauczyciele) problematyczne byłoby egzekwowanie takiej normy. Ponadto stwierdzono, że: *w Polsce dotychczas nie przeprowadzono badań dotyczących dopuszczalnych norm obciążenia tornistrami lub plecakami dzieci w wieku szkolnym. Zatem istnieje potrzeba wypracowania wspólnego stanowiska specjalistów w sprawie obciążenia narządu ruchu i wpływu noszonego przez uczniów ciężaru na funkcjonowanie i rozwój ich organizmu.*

W świetle powyższych wypowiedzi rodzą się zasadnicze wątpliwości.

Po pierwsze, skala problemu zdaje się narzucać potrzebę potraktowania działań zaradczych jako ważnego zadania polityki edukacyjnej i zdrowotnej państwa. Jak wykazały wyniki kontroli przeprowadzonej w 2003 roku przez pracowników oddziałów higieny dzieci i młodzieży wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych wśród uczniów klasy I–III szkół podstawowych w całej Polsce – na przebadanych 209 817 uczniów ze szkół miejskich, przekroczenie ciężaru tornistrów/plecaków stwierdzono w 44,2% przypadków, zaś wśród 391 496 uczniów ze szkół wiejskich odsetek ten wyniósł 37,7. Rozmiary zjawiska wskazują więc, iż także władze państwowe, razem z rodzicami, szkołami i organami założycielskimi powinny być zainteresowane skutecznym rozwiązaniem tego problemu.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich wyrażam ogromne uznanie dla oddolnych inicjatyw – takich jak opisany w dzienniku *Rzeczpospolita* (Nr 221 z dnia 21 września 2007 r.), konkurs na pomysł – jak zmniejszyć ciężar tornistrów – zorganizowany przez Biuro Edukacji miasta stołecznego Warszawy wśród nauczycieli szkół podstawowych. Zwrócenie uwagi na ciężar samego tornistrza, a także zwiększenie nadzoru rodziców i nauczycieli nad zawartością tornistrów/plecaków, umożliwienie pozostawiania części podręczników i przyborów w szkołach, wystąpienie z inicjatywą wydawania podręczników w formie skoroszytu – to tylko niektóre przykłady godne upowszechnienia. Takie inicjatywy dowodzą, iż można liczyć na współpracę ze strony dzieci, rodziców i nauczycieli. Świadczy o tym także fakt, iż wspomniane badania wykonane przez Państwową Inspekcję Sanitarną, odbyły się przy znacznym zainteresowaniu oraz aprobacie dyrektorów szkół, nauczycieli i samych uczniów. Dodatkowe możliwości zaangażowania w sprawę rodziców zostały stworzone w wyniku wprowadzenia od 1 września br. regulacji ustawowych gwarantujących radom rodziców wpływ na funkcjonowanie szkoły, w której uczą się ich dzieci.

Po drugie, zdaniem Rzecznika, przy współpracy obu Ministerstw istnieją możliwości prawnego uregulowania dopuszczalnych ciężarów noszonych przez dzieci w wieku szkolnym. Jednym z możliwych rozwiązań jest przyjęcie, w drodze nowelizacji wspomnianego wyżej rozporządzenia, masy 3 kg za ciężar dopuszczalny dla tornistrów/plecaków noszonych przez uczniów klas I–III szkół podstawowych (waga ustalona przez Państwową Inspekcję Sanitarną). Warte rozważenia wydaje się także wydanie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej stosownych rekomendacji w celu upowszechnienia sprawdzonych sposobów skutecznego przeciwdziałania nadmiernemu obciążeniu uczniów tornistrami/plecakami.

Rzecznik nie podziela wątpliwości podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia odnośnie wyboru adresata takich uregulowań oraz argumentacji dotyczącej trudności w egzekwowaniu tych przepisów. Podnoszona przez Ministerstwo Zdrowia potrzeba wypracowania wspólnego stanowiska specjalistów w sprawie obciążenia narządu ruchu i wpływu noszonego przez uczniów ciężaru na funkcjonowanie i rozwój ich organizmu nie może być kwestionowana. Jednak ze zgromadzonych w Biurze Rzecznika opinii lekarzy, (pediatrów i ortopedów) jednoznacznie wynika, że noszenie plecaków ważących nawet 6–7 kg może powodować wady postawy, w tym skrzywienie kręgosłupa.

2. Wykrywanie, diagnostyka i korekcja wad postawy wśród uczniów

Ponadto będą zobowiązany za udzielenie dodatkowych informacji dotyczących aktualnego i docelowego stanu profilaktyki i leczenia wad postawy.

Zaburzenia statyki ciała wśród dzieci i młodzieży stanowią istotny problem zdrowia publicznego oraz poważny problem społeczny. Według danych zawartych w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia przewlekłe zniekształcenia kręgosłupa są najczęstszym przewlekłym schorzeniem występującym u dzieci i młodzieży – w roku 2006 odnotowano to schorzenie u 420 989 osób w wieku 0–18 lat. Z innych badań wiadomo, że znacznie częściej występują nieprawidłowości krzywizn fizjologicznych kręgosłupa, płaskostopie, koślawość kolan, skrót kończyny dolnej.

Niejasności dotyczą natomiast oceny stanu opieki nad dziećmi we wszystkich fazach postępowania zapobiegawczo-leczniczego:

1. prowadzenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w zakresie aktywności fizycznej oraz zajęć wychowania fizycznego w szkole przy użyciu metod sprzyjających profilaktyce zaburzeń statyki ciała,

2. wykrywania zaburzeń statyki ciała drogą badań przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki szkolne oraz badań bilansowych wykonywanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,

3. specjalistycznej diagnostyki i kompleksowej opieki obejmującej prowadzenie korektywy w szkole, leczenie rehabilitacyjne i leczenie operacyjne.

Ad. 1.

Rzecznik Praw Obywatelskich przyjmuje do wiadomości wyjaśnienia dotyczące kontrowersji powstałych w 2007 roku pomiędzy Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Zdrowia w sprawie rekomendowania dla szkół jednej z metod profilaktyki wad postawy opracowanej przez Klinikę Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie. Należy jednak zauważyć, iż w tym czasie działał sześcioposobowy międzyresortowy zespół do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół oraz przedstawienia odpowiednich zmian prawnych do realizacji tego projektu (po trzech przedstawicieli z Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej). Zrozumiałe zaniepokojenie budzi także fakt, iż po wycofaniu wspomnianej rekomendacji powołanie zespołu ekspertów, których zadaniem będzie opracowanie zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego, uwzględniających promowanie w szkołach ćwiczeń profilaktycznych wad postawy i skolioz, pozostaje w sferze planów. Może to oznaczać, iż uczniowie w naszych szkołach od lat nie korzystali

i nie korzystają nadal z prawa do właściwej profilaktyki w tym zakresie. Wydane przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka opracowanie *Zasady i metodyka nadzoru w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami*, Warszawa 2003, wymienione w Tab. 3. *Standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną oraz wskaźniki i inne kryteria oceny ich realizacji* zawierają zapis zobowiązujący pielęgniarkę do przekazywania informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpracy z nauczycielami wychowania fizycznego. W świetle stanowisk obu resortów, z których wynika, że stosowne zalecenia nie zostały do tej pory przygotowane, istnieje wątpliwość co do faktycznej realizacji tego obowiązku.

Sprawa wymaga pilnego wyjaśnienia zwłaszcza, że:

– przywołane przez podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia obowiązujące rozporządzenia nie odnoszą się niestety w żadnym zapisie do standardów ćwiczeń profilaktycznych w szkołach,

– przywołany na tę okoliczność Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005, jak dowodzi raport Ministerstwa Zdrowia z jego realizacji, właśnie w odniesieniu do pierwszego celu operacyjnego obejmującego poprawę aktywności fizycznej zakończył się całkowitym niepowodzeniem *a poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce ulega systematycznemu pogorszeniu, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego,*

– przyjęty w maju 2007 roku Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 może w podobnym stopniu nie spełnić oczekiwań w kwestii poprawy sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, jeżeli od początku jego realizacji nie są dostępne odpowiednie narzędzia wykonawcze w postaci standardów postępowania profilaktycznego przeznaczonych dla nauczycieli wychowania fizycznego w szkołach.

Ad. 2 i 3

Z uwagą zapoznałem się z informacjami Ministerstwa Zdrowia dotyczącymi realizacji przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 2 listopada 2004 roku Rządowego Programu *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania na lata 2004–2006*, poszukując odpowiedzi na pytania o ocenę efektów realizacji programu, w tym danych o odsetku uczniów z wykrytymi i zdiagnozowanymi wadami postawy ciała, liczbie dzieci skierowanych przez lekarzy do leczenia rehabilitacyjnego oraz liczbie dzieci faktycznie leczonych w sposób systemowy.

Niestety dostarczony w załączeniu raport Instytutu Matki i Dziecka *Ocena stanu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole po dwóch latach funkcjonowania programu rządowego 2004–2006* zawiera głównie wybrane zestawienia statystyczne z wykonania badań przesiewowych i bilansowych i jest raczej sprawozdaniem z działalności pielęgniarek i lekarzy. Przywołany wyżej raport nie przynosi natomiast żadnych szczegółowych informacji na temat jakości tej opieki i nie odnosi się do podmiotu tej opieki

– uczniów. Brak oceny stopnia spełniania standardów wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia pielęgniarek szkolnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, brak oceny wypełniania standardów postępowania medycznego w zakresie tej opieki, brak danych o odsetku uczniów z wykrytymi i zdiagnozowanymi wadami postawy ciała oraz liczbie dzieci skierowanych przez lekarzy do leczenia rehabilitacyjnego, brak danych na temat korektywy prowadzonej w szkołach – uniemożliwia dokonanie rzeczywistej oceny spodziewanych efektów wdrożenia programu, w tym tak istotnych efektów jak kształtowanie wśród uczniów prozdrowotnych postaw, zachowań i umiejętności a przede wszystkim ograniczenie występowania niepełnosprawności i jej następstw zdrowotnych oraz społecznych. Autorzy Raportu, świadomi tych braków, postulują na koniec zmianę narzędzi statystycznych. Jak wynika z Rządowego Programu zmiany takie, umożliwiające rzetelną ocenę opieki profilaktycznej nad uczniami, miały być wprowadzone już przez trzema lata, o czym świadczy zapis w rozdziale X. Monitorowanie stopnia zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej uczniom: *Istnieje potrzeba modyfikacji zasad sprawozdawczości – obecnych formularzy MZ-06 Sprawozdanie o opiece zdrowotnej w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz innych formularzy dotyczących profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym MZ-11, obowiązujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Jest to zadanie przewidywane do zrealizowania w II półroczu 2004 roku.*

Wobec braku wiarygodnych danych trudno jest wiązać nadzieje na poprawę sytuacji w opiece profilaktycznej nad dziećmi z realizacją nowego Narodowego Programu Zdrowia. Co więcej, informacje na ten temat przekazane przez Ministerstwo Zdrowia rodzą dodatkowe wątpliwości interpretacyjne, zwłaszcza co do stanu opieki nad dziećmi w wieku przedszkolnym. Cel 7. ma dotyczyć noworodków, niemowląt i małych dzieci, cel 8. w podanych zadaniach – uczniów. Tymczasem przytoczone w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich wyniki badań przesiewowych przeprowadzonych pod kątem wad postawy dzieci w wieku 4–5 lat w przedszkolach wskazują iż prawidłową postawę, uwzględniając drobne zaburzenia postawy, czyli szeroko pojętą normę, stwierdzono zaledwie u 20,39%

dzieci. Oznacza to, iż niemal 80% czterolatków i pięciolatków wykazywało odchylenia od normy, a zatem z perspektywy zdrowia przyszłych pokoleń celowe jest objęcie systematycznymi badaniami przesiewowymi oraz wczesne wdrożenie programów rehabilitacyjnych dzieci już w przedszkolu. Należy uściślić, który zapis Narodowego Programu Zdrowia odnosi się do dzieci w wieku przedszkolnym, gdyż inaczej uzasadnione będą wątpliwości, czy podawane przez Ministerstwo Zdrowia największe natężenie występowania zniekształceń kręgosłupa wśród dzieci w wieku 10–14 lat to problem pojawiający się w tym wieku *de novo*, czy też jest rezultatem kumulacji u tych dzieci wieloletnich, ciągnących się od wieku przedszkolnego, zaniedbań w opiece profilaktycznej.

Z zainteresowaniem zapoznałem się także z podanymi w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia licznymi przykładami finansowanych przez samorządy lokalne programów zdrowotnych obejmujących zapobieganie występowaniu i ograniczanie następstw wad postawy. Dowodzi to dużego, godnego pochwały, zaangażowania społecznego i troski o harmonijny rozwój dzieci i młodzieży. Nie wiadomo jednak jaka liczba dzieci została nimi objęta w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie, jakie mierzalne, zweryfikowane przez specjalistów, efekty zdrowotne przyniosła realizacja tych programów a nade wszystko – czy spełniają one kryteria *Evidence Based Medicine*, co zgodnie z informacją Ministerstwa Zdrowia jest warunkiem dopuszczenia programu do realizacji.

Tak szerokie uzasadnienie powziętych przeze mnie wątpliwości co do funkcjonowania sprawnego systemu opieki profilaktyczno-leczniczej nad dziećmi z wadami postawy wynika z nadziei na uzyskanie stosownych wyjaśnień i z troski o zapewnienie naszym dzieciom pełnej realizacji prawa do ochrony zdrowia i prawidłowego rozwoju. Wyrażam przekonanie, iż dzięki wspólnemu zaangażowaniu podjęte zostaną skuteczne kroki zaradcze w celu rozwiązania wszystkich poruszonych, ważnych społecznie, problemów.

Niniejsze pismo przesyłam również Ministrowi Edukacji Narodowej – Pani Katarzynie Hall.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-9701-1/JC/KC/08

Warszawa, 21 stycznia 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 14 grudnia 2007 r., znak: RPO-570108-I/07/JS/AB, pragnę wyrazić satysfakcję z głębokiego Pana zaangażowania w problematykę zdrowia dzieci i młodzieży oraz zrozumienia jej specyfiki. Pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia jest zainteresowane skutecznym rozwiązaniem problemu nadmiernego obciążenia uczniów noszeniem ciężkich tornistrów. Wyrażam przekonanie, że działania spowodowane wystąpieniami Pana Rzecznika przyczynią się do intensyfikacji wdrażania skutecznych środków zapobiegających wadom postawy u dzieci. Optymistyczne w tym względzie wydają się być oddolne inicjatywy lokalne – jak opisane w dzienniku Rzeczpospolita (Nr 221 z dnia 21 września 2007 r.). Odnosząc się do zawartej w Pana wystąpieniu sugestii uregulowania prawnego dopuszczalnych ciężarów noszonych przez dzieci w wieku szkolnym uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia wystąpi z propozycją w tej sprawie do Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Ponadto, jak informowaliśmy w poprzednim piśmie z dnia 23 października 2007 r., powołany zostanie zespół ekspertów, którego zadaniem będzie opracowanie zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie ćwiczeń profilaktyki wad postawy. Nie wykluczam, że w konsekwencji ustaleń tego zespołu, niezbędne może okazać się podjęcie działań mających na celu modyfikację systemu kształcenia nauczycieli wychowania fizycznego. Chciałbym jednakże zaznaczyć, że w opinii Ministerstwa Zdrowia, korygowanie wad postawy, rozpoznanych przez pielęgniarki szkolne w badaniach przesiewowych i w czasie przeprowadzanych lekarskich badań profilaktycznych (bilansów zdrowia), postrzegane jest jako działanie zastrzeżone do kompetencji fachowych pracowników medycznych i realizowane w wyniku zlecenia lekarskiego.

W odniesieniu do uwag Pana Rzecznika dotyczących monitorowania sposobu i stopnia wdrażania standardów opieki zdrowotnej nad uczniami uprzejmie informuję, że podejmiemy działania umożliwiające rozszerzenie zakresu dokonywanych obecnie analiz, w tym dotyczących jakości opieki.

Odrębnym pismem poinformuję Pana Rzecznika o efektach działań Ministerstwa Zdrowia w zakresie przeciwdziałania występowaniu zaburzeń statyki ciała u dzieci i młodzieży.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570108-I/07/AB

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 20 maja 2008 r.

Pan
Adam Fronczak
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do wcześniejszej korespondencji dotyczącej nadmiernego obciążenia uczniów noszeniem tornistrów/plecaków, a także wykrywania, diagnostyki i korekcji wad postawy wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, pragnę uprzejmie podziękować za wyjaśnienia udzielone pismem z dnia 23 stycznia 2008 r. (znak: MZ-ZP-D-073-9701-1/JC/KC/08) oraz zapowiedź powołania międzyresortowego zespołu ekspertów do spraw opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego uwzględniających promowanie ćwiczeń mających na celu profilaktykę wad postawy i skolioz w szkołach i placówkach oświatowych.

Jednocześnie, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o RPO (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji dotyczących funkcjonowania przywołanego wyżej zespołu. W szczególności będą

zobowiązany za poinformowanie mnie – czy i jeśli tak to kiedy powołano międzyresortowy zespół ekspercki, kto wchodzi w skład powołanego zespołu oraz jakie działania podjęto od chwili jego powstania.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-11015-1/WS/08

Warszawa, 5 czerwca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 20 maja 2008 r., znak: RPO-570108-I/07/AB zawierające prośbę o *udzielenie informacji dotyczącej funkcjonowania zespołu do opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W styczniu 2008 r. Minister Zdrowia zaakceptował międzyresortową grupę roboczą ekspertów *do opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży*. Prace koordynuje Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia.

Do prac zostali zaproszeni: Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, przedstawiciel Departamentu Kształcenia Ogólnego i Wychowania Ministerstwa Edukacji Narodowej, przedstawiciel Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia oraz osoby rekomendowane przez następujące podmioty – Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polską Akademię Nauk (Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej). Grupa robocza liczy 10 osób.

Pierwsze robocze spotkanie odbyło się w dniu 7 lutego 2008 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Podczas spotkania przedstawiono uwarunko-

wania prawne w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej w odniesieniu do zdrowia dzieci i młodzieży, określono zakres zadań zespołu oraz zarys opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy, nad którym zespół podejmie prace. Koordynatorem merytorycznym został Krajowy Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Prace ekspertów od lutego 2008 r. do chwili obecnej koncentrowały się wokół przygotowania – przez każdego eksperta – propozycji zaleceń. Kolejne spotkanie – na wniosek członków zespołu – zaplanowane jest na 10 czerwca 2008 r.

Jednocześnie uprzejmie informuję Pana Rzecznika, że w dniach 6–8 czerwca 2008 r. odbędzie się Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Wady postawy ciała u dzieci i młodzieży – profilaktyka, diagnostyka, terapia”, organizowana przez Wyższą Szkołę Administracji w Bielsku-Białej. Patronat nad konferencją objęli Minister Zdrowia oraz Minister Edukacji Narodowej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570108-I/08/AB

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 8 września 2008 r.

Pan Adam Fronczak
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Niespełna tydzień temu miliony dzieci rozpoczęło kolejny rok szkolny. Jako Rzecznik Praw Obywatelskich z uwagą obserwuję działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej

mające na celu stworzenie warunków do prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci w wieku szkolnym. Szczególnie istotna pozostaje kwestia właściwej profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży oraz związany z tym problem nadmiernego obciążenia uczniów plecakami i tornistrami.

W związku z powyższym, a także mając na uwadze pismo Pana Ministra z dnia 5 czerwca 2008 r. (MZ-ZP-D-073-11015-1/WS/08) w sprawie międzyresortowej grupy roboczej ekspertów do opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się z uprzejmą prośbą o przedstawienie dotychczasowych efektów pracy tego zespołu oraz poinformowanie mnie jakie działania planowane są w tym zakresie w przyszłości.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-11015-2/WS/08

Warszawa, 23 września 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 września 2008 r., znak: RPO-570108-I/08/AB zawierające prośbę o przedstawienie dotychczasowych efektów pracy zespołu do opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Międzyresortowa grupa robocza ekspertów powołana do przygotowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży, przygotowała projekt roboczy przedmiotowego dokumentu. Dyskusja nad ostatecznym kształtem zaleceń odbędzie się w dniu 7 października 2008, podczas kolejnego spotkania zespołu. Następnie projekt zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycz-

nego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży zostanie przedłożony Kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Po uzyskaniu akceptacji Kierownictwa, dokument stanowiący rekomendację Ministra Zdrowia w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży, zostanie przekazany Ministerstwu Edukacji Narodowej do wykorzystania. Jednocześnie pragnę zapewnić Pana Rzecznika, że opracowane zalecenia dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży zostaną przedłożone Panu Rzecznikowi do wiadomości.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

Rzecznik Praw Obywatelskich, Instytut Żywności i Żywienia,
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”,
Warszawa, 14 listopada 2007 r.

Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole

Zapewnienie zdrowego żywienia oraz możliwości bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej w szkole należą do podstawowych praw człowieka. Ich realizacja powinna być wspólnym zadaniem szkoły, rodziców, samorządu lokalnego oraz podlegać programowemu nadzorowi i wsparciu w ramach zdrowotnej, edukacyjnej i socjalnej polityki państwa.

W celu realizacji tych idei Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Instytut Żywności i Żywienia wraz z Instytutem „Pomnikiem – Centrum Zdrowia Dziecka” opracowali **Kartę Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole**. Z raportu o efektach realizacji *Narodowego Programu zdrowia 2004* wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce ulega systematycznemu pogorszeniu co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego.

Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole stanowi katalog udokumentowanych naukowo potrzeb zdrowotnych i rozwojowych dzieci i młodzieży w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Jest też formą realizacji praw dzieci i młodzieży do zdrowia i har-

monijnego rozwoju zapisanych w Konwencji o prawach dziecka oraz przejawem wypełniania zobowiązań zawartych w Milenijnych Celach Rozwoju.

Karta może stanowić pomoc dla władz publicznych odpowiedzialnych za przygotowanie i wdrażanie polityki na rzecz dzieci, a także może służyć jako narzędzie realizacji „Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POLHEALTH”, nad którym patronat objął Rzecznik Praw Obywatelskich.

Zapisy Karty są zgodne z ideami Europejskiej Karty Walki z Otyłością podpisaną w listopadzie 2006r. przez ministrów i delegatów 48 krajów Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia oraz zaleceniami Białej Księgi Komisji UE „Strategia dla Europy w sprawie żywienia, nadwagi i otyłości w aspekcie zdrowia” z lipca 2007r.

1) Dzieci i młodzież, na wszystkich etapach obowiązkowego kształcenia, mają prawo do uzyskania wiedzy oraz ukształtowania umiejętności i motywacji związanych z racjonalnym żywieniem i aktywnością fizyczną dla zachowania zdrowia;

2) Wszyscy uczniowie mają prawo do korzystania z żywienia w szkole oraz do zaspokajania naturalnych potrzeb ruchowych drogą bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej w szkole;

3) Dzieci w wieku szkolnym pozostające w miejscu zamieszkania w okresie zimowych i letnich ferii mają prawo do żywienia w szkole oraz infrastruktura szkolna powinna być udostępniana dzieciom (sale gimnastyczne, boiska, baseny, itp.), do uprawiania zajęć sportowych i rekreacyjnych, pod odpowiednim nadzorem;

4) Każda szkoła powinna zapewnić uczniom racjonalne posiłki i napoje oraz należyte warunki sanitarne i organizacyjne do ich spożywania, a także odpowiednie, bezpieczne warunki techniczno-organizacyjne do uprawiania aktywności fizycznej;

5) Zadania z zakresu żywienia i aktywności fizycznej w szkole powinny być realizowane przez personel legitymujący się odpowiednimi kwalifikacjami merytorycznymi, przygotowany do pracy z dziećmi i młodzieżą;

6) Posiłki i napoje oferowane uczniom w szkole powinny odpowiadać wymaganiom jakościowym i mieć wartość odżywczą, w tym energetyczną, dostosowaną do wieku uczniów;

7) Dzieci pozostające na długotrwałej diecie z przyczyn chorobowych lub na dietach alternatywnych (np. wegetariańskiej, uwarunkowanej przekonaniami religijnymi i innymi) powinny otrzymać w szkole posiłki i napoje zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego lub rodziców po konsultacji z lekarzem;

8) Szkoła nie może być miejscem reklamy produktów żywnościowych. Szkoła nie może być miejscem sprzedaży produktów żywnościowych o nieodpowiedniej jakości zdrowotnej, nie zalecanych w żywieniu dzieci. Asortyment produktów spożywczych i napojów sprzedawanych w szkole powinien odpowiadać zasadom racjonalnego żywienia;

9) Dzieci powinny mieć w szkole monitorowaną masę i wysokość ciała; dzieci z zaburzeniami stanu odżywienia muszą podlegać dyspanseryzacji i mieć zapewnioną specjalistyczną opiekę medyczną;

10) Dzieci powinny mieć w szkole monitorowaną sprawność fizyczną – dzieci z nadwagą i otyłością powinny być objęte programem aktywności fizycznej, dostosowanym do ich potrzeb; dzieci z obniżoną sprawnością fizyczną z przyczyn chorobowych powinny być otoczone specjalistyczną opieką medyczną; dzieci z zaburzeniami statyki ciała powinny mieć w szkole zapewniony dostęp do odpowiedniej dla siebie korektywy.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-572275-I/07/JS/AB

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 25 stycznia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Do Rzecznika Praw Obywatelskich, za sprawą środków masowego przekazu, a także w drodze indywidualnych skarg obywateli, docierają niepokojące informacje na temat realizacji zasady równego dostępu do nauki dzieci przewlekle chorych.

W ostatnich latach kwestia ochrony zdrowia dzieci i młodzieży podlegających obowiązkowi nauki była przedmiotem zainteresowania kolejnych rządów Rzeczypospolitej Polskiej. Działania podjęte na rzecz wyrównania szans edukacyjnych dzieci przewlekle chorych zasługują na pełne poparcie i uznanie, mowa tu m.in. o:

1. Przyjętym na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19 grudnia 2002 r. i zaakceptowanym na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 14 stycznia 2003 r. zaleceniu nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej, w którym zapisano m.in.: *konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji;*

2. Przyjętych przez Prezesa Rady Ministrów, Wicepremiera i Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2006 r. ustaleń w sprawie powrotu systemu opieki zdrowotnej do szkół oraz powołaniu sześćosobowego, międzyresortowego zespołu do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół, a także przedstawienia projektu odpowiednich zmian prawnych koniecznych dla realizacji tego projektu.

Pomimo tych deklaracji, Rzecznik Praw Obywatelskich nie dysponuje żadnymi informacjami na temat sposobu, zakresu i efektów realizacji powyższych ustaleń, dotyczących poprawy opieki zdrowotnej w szkołach i placówkach oświatowych, a także wyrównania szans edukacyjnych dzieci przewlekle chorych.

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015

Rada Ministrów, w drodze uchwały nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Cel operacyjny nr 8, przywołanego wyżej Programu przewiduje: *wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży*. Dodatkowo, wśród ogólnych zadań realizacyjnych w obszarze: *Polityka państwa, legislacja*, uwzględniono zadanie nr 3: *tworzenie, aktualizacja oraz egzekwowanie przestrzegania przepisów w zakresie:*

- *pomocy dla rodzin dzieci i młodzieży niepełnosprawnych i przewlekle chorych,*
- *eliminowania barier w dostępności do nauki, zajęć pozaszkolnych i ciągłej rehabilitacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.*

Jednak w zadaniach przewidzianych do realizacji powyższego celu przez Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Zdrowia brak jest jakichkolwiek działań, które mogłyby zostać podjęte w odpowiedzi na potrzeby dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

2. Skala problemu

Z badań przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, iż prawna lub biologiczna niepełnosprawność dotyczy 291,3 tys. dzieci i młodzie-

ży w wieku 5–19 lat, co stanowi 3,8% tej populacji wiekowej. Jednakże znacznie więcej osób w tym wieku zmagają się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi – ma kłopoty ze słuchem, wzrokiem, trudności w mówieniu, poruszaniu się lub inne trudności – stwierdza się je u 1250,2 tys. dzieci i młodzieży, co stanowi 16,5% populacji. Wiadomo także, iż 1569,7 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat (aż 20,7% populacji) cierpi na choroby przewlekłe i są to najczęściej: alergie – 577,8 tys. dzieci, astma – 279,3 tys., choroby kręgosłupa – 149,1 tys., przewlekłe stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania – 114,2 tys., choroby serca i układu krążenia 109,5 tys., choroby nerek i układu moczowego – 85,2 tys., padaczka – 40,9 tys., cukrzyca – 8,1 tys.

Na tej podstawie można oszacować, iż co szósty uczeń w wieku obojętnego nauczania ma długotrwałe kłopoty ze zdrowiem, a co piąty uczeń potrzebuje odpowiedniej opieki medycznej z powodu choroby przewlekłej. Przedstawione dane wskazują na istnienie poważnego problemu społecznego.

Zgodnie z opublikowanymi informacjami GUS tylko 2,2% uczniów w Polsce (w tym 2,5% chłopców i 1,6% dziewcząt) posiada opinie bądź orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych wydawane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) dziecka. Najlicniejsza grupa (1,6%) tych dzieci posiada orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie występował w indywidualnych przypadkach utrudniania uczniom niepełnosprawnym lub przewlekłe chorym dostępu do edukacji. Przedstawione powyżej dane świadczą jednak o potrzebie podjęcia znacznie szerszych działań w odpowiedzi na problem równego dostępu do edukacji wszystkich dzieci w wieku szkolnym.

3. Sytuacja prawna dzieci przewlekłe chorych

Rzecznik Praw Obywatelskich w lipcu 2007 r. za sprawą środków masowego przekazu powziął informacje na temat ucznia chorego na hemofilię, któremu z tego powodu odmówiono przyjęcia do gimnazjum w Szczecinie. W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika w powyższej sprawie, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej – Pan Mirosław Orzechowski zapewnił, że warunki organizowania kształcenia dzieci przewlekłe chorych, w tym chorych na hemofilię, zapisane w prawie oświatowym umożliwiają dostosowanie procesu kształcenia tych dzieci do ich potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych.

Dodatkowo, Sekretarz Stanu poinformował, że: – na podstawie zaświadczenia lekarskiego informującego o wymaganiach zdrowotnych

dziecka wynikających z jego choroby, istnieje możliwość wydania przez poradnię psychologiczno-pedagogiczne opinii wskazującej na inne niż dydaktyczne potrzeby chorych dzieci;

– przywołane wyżej opinie mają na celu poinformowanie rodziców i dyrektora szkoły o zakresie potrzebnej dziecku pomocy medycznej, możliwej do udzielenia na terenie szkoły oraz wskazanie warunków, których spełnienie poprawi komfort psychiczny ucznia;

– powyższe opinie nie mogą zobowiązywać nauczycieli do wykonywania nawet najprostszych zabiegów medycznych, bowiem nie mają oni uprawnień i kwalifikacji do wykonywania zadań przypisanych ustawowo pracownikom resortu zdrowia. Opinie mogą natomiast zawierać wskazanie do uczęszczania dziecka do klasy integracyjnej, w grupie uczniów pełnosprawnych, lub do klasy terapeutycznej;

– dzieciom przewlekle chorym, których stan zdrowia utrudnia lub uniemożliwia uczęszczanie do szkoły, stwarza się warunki realizowania obowiązku szkolnego w zakładach opieki zdrowotnej, natomiast na podstawie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dyrektor szkoły organizuje indywidualne nauczanie w szczególności w miejscu pobytu tego dziecka (w domu rodzinnym).

Ponadto, zdaniem Sekretarza Stanu: *w przeciwieństwie do uczniów niepełnosprawnych, zakwalifikowanych do kształcenia specjalnego orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanym przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, uczniowie przewlekle chorzy, uczęszczający do szkół ogólnodostępnych, nie wymagają stosowania specjalnej organizacji nauki i wprowadzania innych niż dla ich zdrowych rówieśników metod pracy dydaktycznej. Posiadanie przez nich orzeczenia o niepełnosprawności, wydanego przez Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, uprawnia ich wyłącznie do uzyskiwania pomocy socjalnej i rehabilitacyjnej w jednostkach podlegających resortowi pracy i polityki społecznej oraz resortowi zdrowia.*

Należy podkreślić, że stanowisko wyrażone przez Sekretarza Stanu nie odnosi się wyłącznie do jednostkowego przypadku, ale ma wymiar znacznie szerszy – dotyczy jednej piątej populacji uczniów, u których rozpoznano choroby przewlekle.

Pomimo zapewnień Sekretarza Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej o szerokich możliwościach dostosowania procesu kształcenia do potrzeb dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych, sprawa chłopca chorego na hemofilię zakończyła się niepowodzeniem. Wbrew stosownej opinii lekarskiej, dziecko zostało zmuszone do zmiany wybranej przez siebie szkoły gimnazjalnej. Przedstawione powyżej wyniki badań, zdają się sugerować, że podobnych przypadków w skali kraju może być znacznie

więcej. Co za tym idzie, obecnie obowiązujące przepisy, mające na celu zapewnienie dzieciom niepełnosprawnym i przewlekle chorym równego dostępu do edukacji, w praktyce nie spełniają swojej funkcji należycie.

Nie budzi wątpliwości, że zdecydowana większość dzieci przewlekle chorych (w tym dzieci chore na hemofilię) powinna uczęszczać do szkół powszechnych, gdzie dzięki stałemu kontaktowi z rówieśnikami, będzie miała szansę na prawidłowy rozwój.

W przypadku hemofilii dostępne są poradniki przeznaczone dla nauczycieli i wychowawców dzieci chorych na skazy krwotoczne, a także dla pracowników kuratorium oświaty. Znane są zalecenia lekarzy specjalistów odnośnie warunków zapewnienia tym dzieciom opieki w szkole, a mianowicie:

1. *nauczyciel i rówieśnicy powinni być poinformowani o chorobie dziecka i niebezpieczeństwie urazów;*

2. *każde krwawienie wymaga podania koncentratu czynnika krzepnięcia krwi, z wyjątkiem krwawień z nosa i skaleczonej skóry, jeśli zostaną zatrzymane leczeniem stosowanym miejscowo;*

3. *w gabinecie medycznym powinien być spongostan i trombina w celu wykonania tamponady przedniej nosa w razie krwawienia z nosa przez przeszkoloną pielęgniarką;*

4. *wskazane byłoby posiadanie w lodówce szkolnego gabinetu medycznego koncentratu czynnika, którym chłopiec chory na hemofilię jest leczony i podanie w razie urazu lub krwawienia;*

5. *w razie większego urazu nawet po podaniu czynnika krzepnięcia krwi konieczne jest przewiezienie dziecka do szpitala w celu kontynuacji leczenia;*

6. *należy ustalić wcześniej, gdzie chory na hemofilię może otrzymać przetoczenie koncentratu czynnika krzepnięcia krwi w razie krwawienia, które wystąpi w szkole.*

Według pozyskanych przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich danych, w wielu szkołach w Polsce dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi związanymi z hemofilią były dotychczas otoczone zarówno właściwą opieką pedagogiczną, jak i medyczną.

W dniu 26 września 2007 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej wydało komunikat w sprawie wykazywania w Systemie Informacji Oświatowej uczniów i wychowanków z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym z niepełnosprawnością sprzężoną, w którym czytamy: *przepisy prawa oświatowego nie przewidują organizowania dzieciom przewlekle chorym kształcenia specjalnego*. Oznacza to, że sytuacja dzieci przewlekle chorych może ulec dalszemu pogorszeniu.

W związku z powyższym, koniecznym wydaje się podjęcie pilnych prac mających na celu rzetelną analizę sytuacji prawnej dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych, a także znowelizowanie przepisów ustawy o systemie oświaty tak, aby zapewnić realizację równego dostępu do edukacji wszystkich uczniów, w tym dzieci chorych i niepełnosprawnych. Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich pomocne w opracowaniu skutecznych działań zaradczych może się okazać, m.in.:

1. Uzyskanie wiarygodnych informacji na temat efektów realizacji dotychczasowych ustaleń dotyczących poprawy opieki zdrowotnej nad uczniami przewlekle chorymi. W szczególności chodzi tu o efekty pracy międzyresortowego zespołu do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół, powołanego w maju 2006 r.

2. Wypracowanie wspólnego stanowiska Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Ministerstwa Zdrowia odnośnie do kryteriów orzekania o niepełnosprawności uczniów oraz o specjalnych potrzebach edukacyjnych dzieci przewlekle chorych. Istotne jest także przygotowanie wspólnego stanowiska obu Ministerstw w sprawie sposobu realizacji tych potrzeb w warunkach szkolnictwa powszechnego.

3. Wskazanie w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 konkretnych zadań przeznaczonych do wykonania przez Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Zdrowia, dotyczących poprawy sytuacji dzieci przewlekle chorych.

4. Uzyskanie wiarygodnych informacji dotyczących funkcjonowania szkół przy zakładach opieki zdrowotnej, zwłaszcza w świetle danych o systematycznym zmniejszaniu się liczby tych placówek oświatowych.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o RPO (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionych kwestii oraz poinformowanie mnie o zajętych w sprawie stanowisku. Pragnę także wyrazić przekonanie, że skoordynowany wysiłek instytucji państwowych działających w sektorach edukacji i ochrony zdrowia, przy współpracy samorządów oraz innych organizacji zajmujących się problematyką dzieci chorych i niepełnosprawnych, może przyczynić się do wypracowania efektywnego programu na rzecz ochrony zdrowia oraz prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, w tym uczniów niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

Niniejsze pismo przesyłam również Minister Edukacji Narodowej – Pani Katarzynie Hall.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 19 marca 2008 r.

MZ-ZP-D-073-9893-4/WS/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 25 stycznia 2008 r., znak: RPO-572275-I/07/JS/AB zawierające prośbę o ustosunkowanie się do zagadnień dotyczących sytuacji dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych, uprzejmie przedstawiam stanowisko w odniesieniu do podnoszonych w wystąpieniu problemów będących we właściwości resortu zdrowia.

1. Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce

Obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej w pełni respektuje postanowienie artykułu 24 pkt. 1 Konwencji o prawach dziecka w brzmieniu „Państwa – Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa – Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione swojego prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej”. Realizację tego zapisu zapewniają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do wymienionej ustawy. Zgodnie z przepisami, dzieci i młodzież, bez względu na status materialny i bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ich rodziców/opiekunów, mają zapewnioną bezpłatną opiekę zdrowotną, obejmującą zapobieganie chorobom, wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności.

W aktach wykonawczych do tej ustawy określone zostały zasady opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą. Rodzaj i zakres badań profilaktycznych wykonywanych u dzieci w wieku 0–6 lat określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których badania te są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276, poz. 2740). Szczegółowe regulacje prawne dotyczące profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną w wieku 7–19 lat, zawarte są w rozporządzeniu

Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814 z późn. zm.).

Dzieci przewlekle chore i niepełnosprawne mają pełne prawo do korzystania ze świadczeń na równi z innymi osobami ubezpieczonymi, adekwatnie do istniejącego problemu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że osoby niepełnosprawne nie stanowią jednolitej grupy pacjentów – inne są bowiem potrzeby zdrowotne osób niewidzących, inne osób upośledzonych umysłowo, jeszcze inne osób z dysfunkcją narządu ruchu czy też z chorobą przewlekłą np. cukrzycą. Niezbędne świadczenia zdrowotne są udzielane przez fachowy personel medyczny w ramach funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mając na względzie przyjęte przez Radę Ministrów w dniu 14 stycznia 2003 r. *Zalecenie nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej* oraz uznając konieczność zapewnienia dzieciom i młodzieży ich prawidłowego, harmonijnego rozwoju, a także dbałość o bezpieczne warunki nauki w szkole – opracowano *Rządowy Program „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”*. Program ten został przyjęty i wdrożony Uchwałą Rady Ministrów w dniu 2 listopada 2004 r. Zastosowano w nim rozwiązania na miarę możliwości finansowych państwa. Rozwiązania te dotyczą zakresu, organizacji i form profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Zostały wypracowane i uzgodnione przez zespół ekspertów zajmujących się tą dziedziną ochrony zdrowia, reprezentujących środowiska lekarzy, pielęgniarek, z udziałem przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Ministra Zdrowia oraz Krajowych Konsultantów w dziedzinach medycyny dotyczących ochrony zdrowia dzieci i młodzieży. Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie systematycznie monitoruje dostępność i jakość profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Trzyletni monitoring funkcjonowania Programu Rządowego wskazuje na systematyczną poprawę jakości i dostępności tej opieki.

2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015

Zgodnie z założeniami. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 „uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede

wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli. Rolą rządu jest natomiast tworzenie warunków sprzyjających realizacji działań podejmowanych przez wszystkie ww. podmioty. Tylko przy wspólnym wysiłku i ścisłym współdziałaniu obywateli możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia". Jak wynika z powyższego, nie jest możliwe wskazanie w przedmiotowym dokumencie szczegółowych zadań przeznaczonych do wykonania przez Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Zdrowia, w zakresie realizacji działań na rzecz dzieci przewlekle chorych.

3. Skala problemu

Jak wyjaśniono w wystąpieniu, prezentowane dane statystyczne pochodzą z badań przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich (na podstawie danych GUS) i wskazują, że *prawna lub biologiczna niepełnosprawność dotyczy 291 300 dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat, co stanowi 3,8% tej populacji, wiekowej*. Nie jest znany rok, którego dotyczą przedmiotowe dane. Z opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny danych z 2002 roku (pochodzących z Narodowego spisu powszechnego) wynika, że liczba dzieci niepełnosprawnych wynosiła 286 452; w tym w wieku: 0–14 lat – 184 206 oraz 15–19 lat – 102 246. W roku 2004 – według GUS – liczba dzieci niepełnosprawnych w wieku 0–14 lat wynosiła 209 000. Ze względu na fakt, iż publikowane dane dotyczące dzieci i młodzieży niepełnosprawnych nie są jednolite (dotyczą różnych przedziałów wiekowych), nie jest możliwa rzetelna analiza w tym względzie.

W wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich przedstawiono informację, że *znacznie więcej osób w tym wieku zmaga się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi – ma kłopoty ze słuchem, wzrokiem, trudności w mówieniu, poruszaniu się lub inne trudności – stwierdza się je u 1 250 200 dzieci i młodzieży, co stanowi 16,5% populacji*. Liczby te pozostają w sprzeczności z prezentowanymi wcześniej danymi Głównego Urzędu Statystycznego.

Ponadto w piśmie stwierdzono, że *wiadomo także, iż 1 569 100 dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat (20,7% populacji) cierpi na choroby przewlekłe i są (o najczęściej: alergii – 577 800 dzieci.; astma – 279 300; choroby kręgosłupa – 149 100, przewlekle stany lękowe lub zaburzenia zachowania – 114 200; choroby serca i układu krążenia – 109 500; choroby nerek i układu moczowego – 85 200; padaczka – 40 900; cukrzyca – 8 100*. Nie można zgodzić się z przedstawionym w wystąpieniu sposobem szacowania, polegającym na sumowaniu wybranych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży.

Ten sposób prezentacji danych nie uwzględnia sytuacji, gdy u jednego dziecka występuje więcej niż jeden problem zdrowotny (np. dziecko niedosłyszające z cukrzycą i bocznym skrzywieniem kręgosłupa).

Przedstawiona w wystąpieniu Rzecznika analiza danych statystycznych na temat niepełnosprawności oraz występowania chorób przewlekłych u dzieci budzi wątpliwości. Wybiórcze analizowanie danych, brak jednolitych kryteriów (porównywanie danych z różnych przedziałów wiekowych), a następnie wywodzenie daleko idących wniosków budzi zastrzeżenia w odniesieniu do prezentowanych wniosków końcowych.

Według danych Ministerstwa Zdrowia, liczba dzieci przewlekle chorych w Polsce w roku 2005 przedstawiała się następująco:

Rozpoznanie	Liczba dzieci, u których stwierdzono schorzenie
Nowotwory	5 802
Niedokrwistości	55 142
Choroby tarczycy	34 546
Cukrzyca	10 569
Niedożywienie	40 858
Otyłość	110 607
Zaburzenia odżywiania	29 964
Upośledzenie umysłowe	38 569
Padaczka	35 375
Dziecięce porażenie mózgowie	20 719
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka	324 426
Choroba nadciśnieniowa	16 376
Dychawica oskrzelowa	173 792
Alergie pokarmowe	96 515
Alergie skórne	117 363
Zniekształcenia kręgosłupa	421 042

Źródło: Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży. Roczne sprawozdanie z działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej (druk MZ-11) – Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia.

Przedstawiona – w ślad za publikacjami GUS – informacja, iż tylko 2,2% uczniów w Polsce posiada opinie bądź orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych, wymaga uzupełnienia, bowiem sugeruje występowanie za-

niedbań w tym zakresie. Należy zaznaczyć, że nie w każdym przypadku choroby przewlekłej konieczne jest posiadanie przez dziecko orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W większości, dzieci przewlekle chore mogą bez przeszkód realizować program kształcenia w szkole masowej, bez konieczności stosowania innych, niż dla zdrowych rówieśników, metod pracy dydaktycznej i organizacji nauki.

4. Sytuacja prawna dzieci przewlekle chorych

Przedstawiona w wystąpieniu Pana Rzecznika sprawa *odmowy przyjęciu do gimnazjum chłopca z hemofilią* może budzić kontrowersje. Należy podkreślić, że w aktualnym stanie prawnym pracownicy resortu oświaty, nie posiadają stosownych uprawnień do realizacji zadań z zakresu wykonywania świadczeń zdrowotnych u dzieci i młodzieży (zwłaszcza do wykonywania na terenie szkoły takich specjalistycznych zabiegów, jak *podanie we wlewie dożylnym koncentratu czynnika krzepnięcia krwi* czy *tamponada przednia nosa*, które zostały wymienione w piśmie Pana Rzecznika). Przepisy prawne nie wykluczają możliwości uczęszczania do szkoły dziecka przewlekle chorego i niepełnosprawnego. Decyzja o przyjęciu dziecka nie może być jednak uwarunkowana wyborem szkoły (w tym przypadku – gimnazjum) przez dziecko. Na decyzję o przyjęciu dziecka przewlekle chorego do szkoły, winna przede wszystkim wpłynąć możliwość zagwarantowania dziecku, stosownie do rodzaju schorzenia czy niepełnosprawności, właściwych – czyli bezpiecznych dla tego dziecka – warunków pobytu.

Zgodnie z przedstawioną w wystąpieniu Pana Rzecznika opinią, w wielu szkołach w Polsce dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi związanymi z hemofilią były dotychczas otoczone zarówno właściwą opieką pedagogiczną, jak i medyczną. Należy zatem przypuszczać, że ostatecznie chłopiec z hemofilią (o którym była mowa w piśmie), bez przeszkód kontynuuje edukację w takim gimnazjum, które zapewniło mu bezpieczne warunki pobytu i nauki.

5. Międzyresortowy zespół do spraw powrotu opieki zdrowotnej do szkół

W dniu 15 maja 2006 r. Pan Roman Giertych, ówczesny Minister Edukacji Narodowej, na spotkaniu u Pana Kazimierza Marcinkiewicza – Premiera Rządu RP, zaproponował powołanie *międzyresortowego zespołu do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół*. W związku z tym, w Ministerstwie Edukacji Narodowej odbyły się 3 robocze spotkania przedstawicieli Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia

(w dniach 17 maja, 31 maja oraz 21 czerwca 2006 r.). Na trzecim spotkaniu wnioskowano o:

- formalne powołanie zespołu *do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół*, określenie jego statusu, zadań i uprawnień;
- ustalenie, czy skład zespołu zostanie powołany przez Ministra Zdrowia, czy Ministra Edukacji Narodowej;
- rozszerzenie składu Zespołu o przedstawicieli Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Rolnictwa, Narodowego Funduszu Zdrowia i Instytutu Matki i Dziecka, Ustalono, że dalsze spotkania przedstawicieli będą kontynuowane po powołaniu zespołu. Na uwagę zasługuje fakt, iż do końca kadencji Rządu przedmiotowy zespół nie został powołany.

6. Wypracowanie wspólnego stanowiska Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Ministerstwa Zdrowia odnośnie kryteriów w sprawie orzekania o niepełnosprawności uczniów oraz o specjalnych potrzebach edukacyjnych dzieci przewlekle chorych.

Orzekanie o niepełnosprawności uczniów jest integralną częścią całości systemu orzeczniczego, obejmującego zarówno osoby dorosłe, jak również dzieci i młodzież do ukończenia 16 roku życia. Zgodnie z artykułem 6 c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych* (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.), przedmiotowa sprawa jest uregulowana rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. *w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności*. (Dz. U. Nr 139, poz. 1328) uregulowano, między innymi, zagadnienie standardów w zakresie kwalifikowania oraz postępowania dotyczącego orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

Orzekanie o specjalnych potrzebach edukacyjnych dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych regulują akty wykonawcze do ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. Nr 67, poz. 329 z późn. zm.):

1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 lutego 2001 r. *w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania* (Dz. U. Nr 13, poz. 114 z późn. zm.);

2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 29 stycznia 2003 r. *w sprawie trybu i organizowania indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. Nr 23, poz. 193).

Nie ma zatem podstaw prawnych do podejmowania przez Ministra Zdrowia zadań, pozostających w kompetencji: ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw oświaty. Jednocześnie, w razie zaistnienia takiej potrzeby, Minister Zdrowia deklaruje wolę pełnej otwartości współpracy z innymi resortami, w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych dotyczących osób niepełnosprawnych oraz jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych tym osobom.

7. Funkcjonowanie szkół przy zakładach opieki zdrowotnej

Zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 67 poz. 329 z późn. zm.), przedszkola, szkoły i placówki oświatowe – również te, które funkcjonują przy zakładach opieki zdrowotnej – pozostają we właściwości Ministra Edukacji Narodowej. Pozwalam sobie zatem zasugerować zwrócenie się z zapytaniem o *funkcjonowanie tych placówek* do resortu edukacji.

Na zakończenie pragnę zapewnić Pana Rzecznika, że Minister Zdrowia dostrzega problemy środowiska osób niepełnosprawnych, w tym dzieci przewlekle chorych i rozumie konieczność pomocy i wsparcia ze strony całego społeczeństwa. Z tych powodów, stale podejmuje – w ramach swoich uprawnień – działania, które zmierzają do zapewnienia jak najwyższego poziomu świadczeń zdrowotnych, udzielanych tym osobom. Celem wzmoczonych działań Ministra Zdrowia jest poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli naszego kraju, która to poprawa przyczyni się jednocześnie do polepszenia sytuacji dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych jako integralnej części społeczeństwa. Obok poprawy dostępności do świadczeń istotne jest także zapewnienie odpowiedniej jakości tychże świadczeń. Realizacji wymienionych celów służy całość działań podejmowanych aktualnie przez resort zdrowia, zgodnie z kierunkami wskazanymi w expose Pana Premiera Donalda Tuska.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

2.3.4. Domowa opieka paliatywno-hospicyjna, Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 7 grudnia 2006 r.

RPO-546048-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Otrzymałem wniosek Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, zawierający prośbę o zbadanie sprawy wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących domowej opieki paliatywnej nad dziećmi (kopia wniosku w załączeniu). Zdaniem Fundacji, niektóre postanowienia treści załącznika do zarządzenia Nr 89/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa” (z późniejszymi zmianami), nie uwzględniają dotychczasowych uwag zgłaszanych przez Fundację i są wadliwe.

W opinii Fundacji, przepis § 9 ust. 5 pkt 8 „Szczegółowych materiałów informacyjnych” (Zakresy świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej), w świetle którego „zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 40% w przypadku dzieci chorujących na inne schorzenia bez nadziei na wyleczenie jest możliwe po uzyskaniu zgody oddziału wojewódzkiego Funduszu”, utrudnia dostęp do opieki paliatywnej dzieci ze schorzeniami innymi niż nowotwory i jest zbędny. Ograniczenie w zakresie liczby objętych opieką hospicjum dzieci ze schorzeniami nienowotworowymi nie znajduje również uznania Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii (opinia w tej sprawie z dnia 22 listopada 2006 r. w załączeniu), a także m.in. Koordynatora Hospicjum dla Dzieci Regionalnego Zespołu Opie-

ki Paliatywnej – Dom Sue Ryder w Bydgoszczy (kopia stanowiska z dnia 25 września 2006 r. w załączeniu). Natomiast przepis załącznika Nr 3b do „Szczegółowych materiałów informacyjnych” (Wymagania wobec świadczeniodawców – świadczenia w opiece paliatywno-hospicyjnej, w brzmieniu ustalonym zarządzeniem Nr 94/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2006 r.), dotyczący średniej liczby wizyt pielęgniarskich („opieka pielęgniarska w zależności od potrzeb, średnio 3 wizyty w tygodniu”), jest niewykonalny. Decyzje dotyczące ilości wizyt domowych u dzieci powinien podejmować kierownik hospicjum, będący lekarzem.

Zdaniem Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, powyższe, niewykonalne wymagania skierowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do świadczeniodawców opieki paliatywnej nad dziećmi, zakwestionowane przez Fundację w procesie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2007 r., przyczyniły się do odrzucenia oferty Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci.

Trzeba jednocześnie zauważyć, że cytowane zarządzenie Nr 89/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydane zostało m.in. w oparciu o art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.). Przepis ten upoważnia Prezesa Funduszu do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców. Treść załącznika do zarządzenia, tj. „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa”, zawiera postanowienia dotyczące postępowania medycznego i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pozwolę sobie zauważyć, że w myśl art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z póź. zm.), możliwość wydania standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, zastrzeżona jest do kompetencji Ministra Zdrowia, działającego w tej materii w drodze rozporządzenia. Natomiast tryb przygotowania i uzgadniania projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierającego w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania, określa art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych. Obecnie, kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), wydane z upoważnienia ust. 10 tego artykułu.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w powyższej sprawie, w tym odnośnie motywów wprowadzenia omawianych regulacji oraz odnośnie szczegółowych kwestii podnoszonych we wniosku Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci.

Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie działań Pana Ministra w sprawie możliwości określenia standardów postępowania i procedur medycznych stosowanych w opiece paliatywno-hospicyjnej w drodze rozporządzenia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 17 stycznia 2007 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na Pana pismo, znak: RPO-546048-X/06/AA, w sprawie *wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących domowej opieki paliatywnej nad dziećmi*, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środ-*

ków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy. Szczegółowe zasady kontraktowania i rozliczania tych świadczeń zostały określone w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Odnosząc się do uwag dotyczących zarządzenia Nr 89/2006 z dnia 19 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów a udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju; opieka długoterminowa”, z późn. zm., uprzejmie informuje, że W przedmiotowej sprawie Ministerstwo Zdrowia wystąpiło o wyjaśnienia do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia w ramach oceny zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwraca się o opinię do właściwych konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny, odnoszącą się, do właściwego zabezpieczenia realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach.

W kwestii uwagi dotyczącej przepisu zawartego w zarządzeniu Nr 94/2006, zmieniającym ww. zarządzenie Nr 89/2006, określającego warunki udzielania świadczeń przez personel pielęgniarski „Opieka pielęgniarska w zależności od potrzeb średnio 3 wizyty w tygodniu” (załącznik nr 3b „Wymagania wobec świadczeniodawców – świadczenia w opiece paliatywno – hospicyjnej”, Rozdział 2. „Hospicjum domowe”, Dział 2.2. „Warunki udzielania świadczeń”), uprzejmie informuję, że zgodnie z wyjaśnieniami Funduszu powyższy przepis został wprowadzony na wniosek Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywno-Hospicyjnej.

Ponadto Fundusz zwrócił uwagę że w omawianym załączniku istnieje przepis „częstość i ogólna liczba wizyt w domu ustalana indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego”, który daje możliwość regulowania częstości wizyt przez lekarza hospicjum stosownie do stanu zdrowia dziecka będącego pod opieką, hospicjum.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że za utrzymaniem omawianego przepisu jest również Pani Prof. Krystyna de Walden-Gałuszko, Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Paliatywnej.

Mając na uwadze poruszoną kwestię uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Narodowego Funduszu Zdrowia o dokonanie szczegółowej analizy dotyczącej opieki pielęgniarskiej prowadzonej nad pacjentami domowego hospicjum dla dzieci.

Odnosząc się do uwagi dotyczącej przepisu zawartego w § 9 ust. 5, pkt 8 Szczegółowych materiałów informacyjnych. „Zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 40% w przypadku dzieci chorujących na inne schorzenia bez nadziei na wyleczenie jest możliwe po uzyskaniu zgody oddziału wojewódzkiego Funduszu”, uprzejmie informuję, że zgodnie z wyjaśnieniami przedłożonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasadne jest utrzymanie ww. przepisu, z uwagi na fakt, że do objęcia świadczeniami w ramach hospicjum domowego dla dzieci kierowana była coraz większa liczba dzieci z chorobami nienowotworowymi, a których stan zdrowia wskazywał, że nie były to dzieci w stanie terminalnym i wymagały leczenia.

Ponadto Fundusz zaznaczył, iż omawiany przepis funkcjonował zarówno w materiałach obowiązujących w omawianym obszarze w roku 2005 i 2006.

Jednocześnie Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zwróciła uwagę, że w 2006 r. nie stwierdzono sytuacji, w której jakkolwiek świadczeniodawca zgłaszałby problem przy współpracy z oddziałami wojewódzkimi NFZ, w kwestii wydawania przedmiotowej zgody na objęcie opieką.

Niemniej jednak Ministerstwo Zdrowia, mając na uwadze wagę poruszanego zagadnienia, wystąpiło do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o dokonanie szczegółowej analizy, dotyczącej między innymi udziału procentowego świadczeń udzielanych poszczególnym grupom świadczeniobiorców przez hospicja domowe dla dzieci na terenie całego kraju w latach 2005 i 2006.

Jednocześnie niezależnie od powyższego uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad projektem rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, które określa podstawowe wytyczne regulujące funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Przedmiotowy projekt w swoim obecnym kształcie nie przewiduje określenia kryteriów, w formie proporcji wskazującej na grupy świadczeniobiorców, które mogą być objęte domową opieką hospicyjną dla dzieci, co tym samym przemawiałoby również za docelowym wyeliminowaniem z zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 89/2006, przepisu zawartego w § 9 ust. 5, pkt 8 Szczegółowych materiałów informacyjnych. Natomiast projekt rozporządzenia odnosi się między innymi do liczby świadczeniobiorców objętych opieką lekarza i pielęgniarki.

Uprzejmie informuję, że powyższy projekt rozporządzenia w najbliższych dniach zostanie skierowany do szerokich konsultacji międzyresortowych i społecznych, w tym do przedstawicieli nadzoru merytorycznego,

odpowiedzialnego za właściwe zapewnienie opieki zdrowotnej w poszczególnych dziedzinach medycyny. Ostateczny kształt projektu będzie miał zasadnicze znaczenie dla kwestii poruszonych w Pana piśmie.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 27 marca 2009 r.

*RPO-546048-X/06/AA**

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał list Pana Docenta Tomasza Dangela z Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, z którego wynika, że w dniu 10 marca 2009 r., Pan Adam Fronczak – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, podjął decyzję o rozpoczęciu prac nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci. W związku z powyższym, Warszawskie Hospicjum dla Dzieci przesłało do Ministerstwa Zdrowia, przygotowaną przez zespół ekspertów, zaktualizowaną wersję projektu tego rozporządzenia, przekazanego Pani Minister w dniu 5 marca 2008 r. Zdaniem Fundacji, bardzo ważnym elementem projektu jest również wprowadzenie umiejętności dla lekarzy pod nazwą „pediatryczna medycyna paliatywna”

* Wystąpienie powinno znaleźć się na końcu podrozdziału 2.3.4.

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich z zadowoleniem przyjął informację o zamiarze podjęcia przez Ministerstwo Zdrowia prac nad przygotowaniem rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci. Inicjatywa ta wychodzi naprzeciw oczekiwaniom Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci oraz osób i podmiotów popierających starania Hospicjum o uregulowanie wymienionych standardów i procedur w formie rozporządzenia i w oddzielnym akcie prawnym od standardów i procedur dotyczących osób dorosłych. Rzecznik ma nadzieję, że inicjatywa Ministerstwa pozwoli na zakończenie kilkuletnich interwencji Rzecznika u Ministra Zdrowia w tej sprawie oraz na wdrożenie zapisów Karty Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu, przekazanej przez Rzecznika Pani Minister przy piśmie z dnia 7 grudnia 2007 r.

Rzecznik podtrzymuje pogląd, że uregulowanie omawianej materii w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, przerwałoby coroczny spór o zasady, toczony między Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczeniodawcami w okresie negocjowania i podpisywania umów o świadczenia w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o informację odnośnie możliwości wdrożenia propozycji Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci oraz wprowadzenia umiejętności dla lekarzy pod nazwą „pediatryczna medycyna paliatywna”.

Zobowiązany będę również za poinformowanie Rzecznika o stanie prac nad przygotowaniem oraz odnośnie przewidywanego terminu wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570368-X/07/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 9 października 2007 r.

Pan
Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

W związku z ukazaniem się zarządzenia Nr 61/2007/DZSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, w korespondencji do Rzecznika Praw Obywatelskich pojawił się problem aktualnej i przewidywanej sytuacji w opiece paliatywno-hospicyjnej nad dziećmi.

Pragnę Panu Ministrowi przypomnieć, że w grudniu ubiegłego roku, motywowany wnioskami z wizyty, jaką złożyłem w Warszawskim Hospicjum dla Dzieci, zwróciłem się do Pana Ministra w sprawie obowiązujących na 2007 r. standardów w tej dziedzinie, określonych w stosownym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia⁸. W odpowiedzi Pana Ministra, niezależnie od szczegółowych wyjaśnień dotyczących problemów przedstawionych w moim wystąpieniu, zawarta została informacja o prowadzonych pracach nad projektem rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, które miało określić podstawowe wytyczne regulujące funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Zapowiedziano także odejście od limitowania liczby dzieci dotkniętych nieuleczalnymi schorzeniami innymi niż nowotworowe (40%), objętych tą opieką w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, w stosunku do liczby dzieci chorych na choroby nowotworowe (60%) oraz zobowiązania świadczeniodawców do każdorazowego uzyskiwania zgody dyrektora Od-

⁸ Wystąpienie z dnia 7 grudnia 2006 r., odpowiedź z dnia 17 stycznia 2007 r. (sygn. akt RPO-546048-X/06/AA).

działu Wojewódzkiego NFZ na udzielenie świadczenia dziecku choremu na chorobę inną niż nowotworowa, ponad określony limit.

Jak ustalono, projekt zapowiadanego rozporządzenia Ministra Zdrowia przekazany został w dniu 22 lutego br. zainteresowanym instytucjom i organizacjom do uzgodnień zewnętrznych, ich uwagi i propozycje zebrane zostały do końca maja. Jednakże aktu tego dotychczas nie wydano. Wprawdzie zawarte w powołanym na wstępie zarządzeniu Prezesa NFZ rozwiązania wychodzą naprzeciw oczekiwaniom. Wydaje się jednakże, iż uregulowanie tej materii w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, przerwałoby coroczny spór o zasady, toczony na łamach mediów przed zbliżającym się okresem negocjowania i podpisywania umów z NFZ ze świadczeniodawcami zajmującymi się opieką paliatywno-hospicyjną nad dziećmi.

W dalszym ciągu natomiast, mimo zapowiedzi Pana Ministra, nie zrezygnowano z określenia limitu liczby dzieci chorych na choroby nienowotworowe w stosunku do liczby dzieci chorych na choroby nowotworowe, jakkolwiek podniesiono ten limit do 50%, powyżej którego wymagana jest każdorazowa zgoda organu NFZ na przyjęcie nowego pacjenta. Powyższa zasada stanowić może określone utrudnienie, dyskryminujące dzieci nieuleczalnie chore na choroby nienowotworowe w dostępie do opieki paliatywno-hospicyjnej.

Śmierć dziecka jest w dramatyczny sposób sprzeczna z istotą życia człowieka, z naturą. Dlatego sprawa opieki paliatywnej dla umierających dzieci musi być dostrzegana i traktowana w sposób szczególny. Każde dziecko, którego dotknęła tragedia rychłej śmierci, musi otrzymać niezbędną pomoc. Średniej wielkości kraj w sercu Europy musi być stać na niesienie kilkuset umierającym dzieciom ulgi w cierpieniu – niezależnie od rodzaju i charakteru śmiertelnej choroby.

Z tych względów, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147), zwracam się do Pana Ministra o stosowną interwencję na rzecz wyeliminowania z praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia limitów, dyskryminujących część nieuleczalnie chorych dzieci w dostępie do niezbędnej opieki medycznej, a także o sfinalizowanie prac nad wydaniem rozporządzenia *w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej*.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-9925-3/AK/07

Warszawa, 9 listopada 2007 r.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z pismem z dnia 19 października 2007 r., znak: MZ-UZ-ZR-71-9925-2/AK/07, w sprawie uzasadnienia przepisu sytuującego zasadę, iż zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 50% wszystkich objętych opieką hospicjum domowego dla dzieci jest możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ, i odpowiedzią Zastępcy Prezesa NFZ ds. Medycznych z dnia 31 października 2007 r.3 znak: CF/DSOZ/GKR/2007/073/0022/W/01513, z której wynika, że stanowisko Funduszu zostanie przedstawione po uzyskaniu zebraniu dodatkowych danych, uprzejmie proszę o pilne udzielenie odpowiedzi.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w ocenie Ministra Zdrowia, dotychczasowe wyjaśnienia składane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tej sprawie, a zmierzające do wykazania, iż omawiany przepis w praktyce nie ogranicza dostępności świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej, nie są wystarczające do utrzymania go w mocy. Zgodnie bowiem z opiniami specjalistów – Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii, od strony medycznej przepis ten nie znajduje żadnego uzasadnienia. Zwłaszcza, że większość dzieci leczonych przez hospicja domowe to pacjenci ze schorzeniami poza nowotworowymi, czego dowodzą badania przeprowadzone przez Pana dr. hab. n. med. Tomasza Dangla, niekwestionowanego eksperta w zakresie opieki paliatywnej nad dziećmi.

W związku z powyższym oraz mając na uwadze prawo pacjentów do umierania w spokoju i godności, należy stwierdzić, iż wszelkie utrudnienia związane z realizacją tego prawa – a za takie należy uznać wymóg stosowania przez świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej w hospicjach domowych dla dzieci, cytowanego na wstępie przepisu § 18 ust 2 pkt 6 zarządzenia 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa – powinny zostać usunięte.

Z upoważnienia

MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570368-X/07/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 7 grudnia 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że w dniu 29 listopada 2007 r. zorganizowałem, wspólnie z Redaktorem Naczelnym miesięcznika „Więź” Zbigniewem Nosowskim, konferencję prasową z udziałem ekspertów, na temat problemów związanych z opieką paliatywno-hospicyjną nad dziećmi. Podczas konferencji podpisana została Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu. Akt ten pozwalam sobie przedstawić Pani Minister w załączeniu, z nadzieją na przychylne przyjęcie.

Wielokrotnie podkreślałem, że śmierć dziecka jest w dramatyczny sposób sprzeczna z istotą życia człowieka, z naturą. Dlatego sprawa opieki paliatywnej dla umierających dzieci musi być dostrzegana i traktowana w sposób szczególny. Każde dziecko, którego dotknęła tragedia rychłej śmierci, musi otrzymać niezbędną pomoc niezależnie od rodzaju i charakteru śmiertelnej choroby. Z tego względu dwukrotnie – w grudniu 2006 r. i w październiku 2007 r. – zwracałem się do ówczesnego Ministra Zdrowia o odejście od limitowania liczby dzieci dotkniętych nieuleczalnymi schorzeniami innymi niż nowotworowe, objętych tą opieką w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, w stosunku do liczby dzieci chorych na choroby nowotworowe (50%) oraz zobowiązania świadczeniodawców do każdorazowego uzyskiwania zgody dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ na udzielenie świadczenia dziecku choremu na chorobę inną niż nowotworowa, ponad określony limit.

Otrzymałem wprawdzie do wiadomości pismo Ministra Zdrowia kierowane do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 listopada 2007 r. (MZ-UZ-ZR-71-9925-3/AK/07) wskazujące na potrzebę uchylecia przepisu § 18 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Nr 61/2007/DZSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, wprowadzającego ten limit. Jednakże – jak dotąd – przepis ten nie został

uchylony i obowiązuje przy kontraktowaniu świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej dla dzieci na 2008 r.

Zwracałem się również w sprawie sfinalizowania prac nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, które miało określić podstawowe wytyczne regulujące funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Projekt tego aktu przekazany został w lutym 2007 r. zainteresowanym instytucjom i organizacjom do uzgodnień zewnętrznych, ich uwagi i propozycje zebrane zostały do końca maja. Jednakże aktu tego dotychczas nie wydano. Podtrzymuję swój pogląd, iż uregulowanie tej materii w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, przerwałoby coroczny spór o zasady, toczony okresem negocjowania i podpisywania umów z NFZ ze świadczeniodawcami zajmującymi się opieką paliatywno-hospicyjną nad dziećmi.

Z tych względów, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147), zwracam się do Pani Minister o skuteczną interwencję na rzecz wyeliminowania z praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia limitów obowiązujących na 2008 r., dyskryminujących część nieuleczalnie chorych dzieci w dostępie do niezbędnej opieki medycznej, a także o wydanie rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

Załącznik 1.

Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu

1. Każde śmiertelnie chore dziecko, bez względu na schorzenie podstawowe i stan psychofizyczny, ma prawo do godności, szacunku oraz intymności, w warunkach domowych.

2. Chore dziecko zachowuje prawo do nauki w domu w wymiarze dostosowanym do jego stanu.

3. Dzieciom śmiertelnie chorym przysługuje aktywna i całościowa opieka hospicjum domowego, zapewniająca adekwatne do potrzeb leczenie paliatywne nakierowane na poprawę jakości życia.

4. Dzieci te powinny być chronione przed bólem, cierpieniem oraz zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami.

5. Opieka nad śmiertelnie chorym dzieckiem spoczywa głównie na barkach rodziców, którzy winni być traktowani przez personel medyczny po partnersku. Rodzice mają prawo do otrzymywania pełnych informacji i do podejmowania wszelkich decyzji zgodnych z najlepszym interesem ich dziecka.

6. Każde chore dziecko ma prawo do informacji i do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących sprawowanej nad nim opieki, zgodnie ze swoim wiekiem i pojmowaniem.

7. Personel hospicjum domowego powinien posiadać określone kwalifikacje zawodowe, aby zapewnić w pełnym wymiarze zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, socjalnych i duchowych dziecka i jego rodziny.

8. Rodzice powinni mieć możliwość uzyskania konsultacji z pediatrą, będącym specjalistą w zakresie schorzenia dotyczącego ich dziecka.

9. Rodzice mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o umieszczeniu dziecka na oddziale szpitalnym dostosowanym do potrzeb śmiertelnie chorych dzieci.

10. Cała rodzina dziecka ma prawo do wsparcia w okresie żałoby tak długo jak okaże się to potrzebne.

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-9925-4/AK/07

Warszawa, 18 grudnia 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika z dnia 9 października 2007 r., znak: RPO570368-X/07/TG, dotyczące podjęcia interwencji w związku z § 18 ust 2 pkt 6 zarządzenia 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa oraz sfinalizowania prac nad wydaniem rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję.

Na podstawie art. 163 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji w całości lub w części, w przypadku gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Uprzejmie informuję, że w odniesieniu do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 61/2007/DSOZ, stanowiącego przedmiot wystąpienia Pana Rzecznika, zostało wszczęte postępowanie z urzędu. Zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach Kodeksu postępowania administracyjnego, Prezes NFZ został zobowiązany do złożenia wyjaśnień wobec zastrzeżeń do legalności badanego zarządzenia, m. in. w części dotyczącej limitów procentowych pacjentów z chorobami nienowotworowymi.

Natomiast odnosząc się do postulatu zakończenia prac nad wydaniem rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, że projekt przedmiotowego rozporządzenia przeszedł konsultacje międzyresortowe i społeczne, a obecnie jest przygotowywany do dalszych prac legislacyjnych.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 21 grudnia 2007 r.

MZ-ZP-Z-073-9380-3/BW/07

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

Odpowiadając na pismo Pana Rzecznika z dnia 7 grudnia 2007 r., znak: RPO-570368-X/07/TG, w sprawie świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej dla dzieci, w szczególności wyeliminowania z praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia limitów dyskryminujących część nieuleczalnie chorych

dzieci w dostępie do niezbędnej opieki medycznej obowiązujących na 2008 r. oraz wydanie rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Opieka paliatywno-hospicyjna jest istotną i integralną częścią opieki zdrowotnej, zabezpieczenie jej rozwoju winno być zgodne z „Rekomendacjami Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie organizacji opieki paliatywnej”, przyjętymi przez Komitet Ministrów w dniu 12 listopada 2003 roku.

W dokumencie tym zapisano, że opieka paliatywna nie sprowadza się do jedynie do opieki instytucjonalnej: jest raczej filozofią opieki, która może być zastosowana we wszystkich miejscach pobytu chorego. Zwykle obserwuje się tworzenie zespołów środowiskowych, które oferują opiekę nad chorym w jego własnym domu lub w domu opieki społecznej. Równie często obserwuje się inne modele opieki paliatywnej, prowadzonej w szpitalach. Jeżeli to możliwe, chorzy powinni mieć możliwość skorzystania z różnych form opieki, zależnie od ich potrzeb klinicznych i osobistych preferencji.

Zaleca się, aby rządy państw członkowskich:

1) Podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej;

1) Dążyły do zrealizowania, na ile jest to możliwe, ujętych w dokumencie działań;

2) Promowały rozwój współpracy międzynarodowej pomiędzy organizacjami, instytucjami badawczymi i innymi aktywnymi na polu opieki paliatywnej strukturami.

W odniesieniu do powyższych zaleceń, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania związane z wypracowaniem ram prawnych dla rozwoju opieki paliatywnej, a w szczególności dla podniesienia jakości udzielanych świadczeń w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej. Należy z całą stanowczością podkreślić, że działalność ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce zasługuje na wyjątkowo dobrą ocenę. Zwraca uwagę wysokie zaangażowanie i umiejętności personelu łączone z empatią i poszanowaniem godności ciężko chorych, umierających i ich bliskich oraz dążeniem do zapewnienia najwyższego standardu świadczonych usług.

Mimo licznych osiągnięć należy zauważyć także, że pacjenci kwalifikujący się do opieki paliatywnej nie zawsze mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach zakontraktowanej opieki paliatywnej. Wynika to, między innymi, z faktu, iż rozwój opieki paliatywnej w kraju jest nierównomierny. Różnice w rozmieszczeniu placówek opieki paliatywnej

powodują więc nierównomierny dostęp pacjentów do tego rodzaju opieki. Odnotowuje się mniej ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej w rejonach wiejskich, więcej blisko dużych miast.

Zapoczątkowane w 2006 roku prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, przyczynią się z pewnością do poprawy opieki nad pacjentami wymagającymi świadczeń w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. Przedmiotowy projekt jest po konsultacjach międzyresortowych i społecznych, a obecnie jest przygotowywany do dalszych prac legislacyjnych.

Kwestionowany przez Pana Rzecznika przepis sytuujący zasadę, iż zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 50% wszystkich objętych opieką hospicjum domowego dla dzieci jest możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ, został określony w zarządzeniu 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa.

W ocenie Ministra Zdrowia, wyrażonej w piśmie z dnia 9 listopada br., skierowanym do Prezesa NFZ i przekazanym do wiadomości Pana Rzecznika, powyższy przepis nie znajduje uzasadnienia i powinien zostać usunięty, zgodnie z opiniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii.

W związku z brakiem odpowiedzi Prezesa NFZ na ww. pismo oraz stwierdzonymi w toku badania przedmiotowego zarządzenia zastrzeżeniami do legalności zawartych w nim przepisów, uprzejmie informuję, że działając na podstawie art. 61 § 4 Kodeksu postępowania administracyjnego w związku z art. 163 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 oraz art. 181 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), zostało wszczęte z urzędu postępowanie w sprawie oceny zgodności ww. zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ Prezesa NFZ, ze zm.

Przedstawiając powyższe, wyrażam serdeczne podziękowanie Panu Rzecznikowi za wyrażoną troskę o odpowiednie zabezpieczenie świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej nad nieuleczalnie chorymi dziećmi.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-570368-X/07/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 10 kwietnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W grudniu ubiegłego roku skierowałem do Pani Minister wystąpienie w sprawie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej dla dzieci. Poinformowałem Panią Minister w tym wystąpieniu o swych dotychczasowych działaniach, dotyczących potrzeby wydania rozporządzenia, określającego podstawowe wytyczne regulujące funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej, a także odejścia od limitowania liczby dzieci dotkniętych nieuleczalnymi schorzeniami innymi niż nowotworowe, objętych tą opieką w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, w stosunku do liczby dzieci chorych na choroby nowotworowe (50%) oraz zobowiązania świadczeniodawców do każdorazowego uzyskiwania zgody dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ na udzielenie świadczenia. Ponadto, zwróciłem się do Pani Minister o przychylne przyjęcie Karty Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu, podpisanej w dniu 29 listopada 2007 r.

W swej odpowiedzi z dnia 19 grudnia 2007 r., Pani Minister poinformowała mnie o wszczęciu z urzędu postępowania w trybie nadzoru, dotyczącego legalności przepisu §18 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Nr 61/2007/DZSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa. Pani Minister zasygnalizowała także zakończenie konsultacji społecznych i międzyresortowych nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, co wskazywało na poważne zaawansowanie prac legislacyjnych.

Informacje te uzyskałem ponownie w piśmie z dnia 21 grudnia 2007 r., sygnowanym z upoważnienia Pani Minister przez Sekretarza Stanu w Mi-

nisterstwie Zdrowia – Pana Ministra Krzysztofa Grzegorka. Jednakże – jak dotąd – przedmiotowe rozporządzenie nie pojawiło się w obiegu prawnym, zaś limit dyskryminujący część chorych śmiertelnie dzieci w dostępie do opieki paliatywno-hospicyjnej, nadal stanowi obowiązującą zasadę w udzielaniu świadczeń z zakresu tej opieki.

Zwracam się więc do Pani Minister z uprzejmą prośbą o informacje o stanie prac w opisanych sprawach oraz przewidywanym terminie ich zakończenia.

Łączę wyrazy szacunku

/- /Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 5 maja 2008 r.

MZ-ZP-Z-073-10614-2/BW/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo Pana Rzecznika z dnia 10 kwietnia 2008 r., znak: RPO-570368-X/07/TG w sprawie przekazania informacji na temat zaawansowania prac nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, w tym przekazania informacji na temat podjętych działań w zakresie odejścia od limitowania liczby dzieci dotkniętych nieuleczalnymi schorzeniami innymi niż nowotworowe, objętych tą opieką w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, w stosunku do liczby dzieci chorych na choroby nowotworowe, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Pismem z dnia 11 grudnia 2007 r. Minister Zdrowia wszczął postępowanie administracyjne w celu oceny zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa, w kontekście jego zgodności z obowiązującymi przepisami prawa oraz zbadania, czy prowadzi ono do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej lub niezrównoważenia przychodów i kosztów.

tów Funduszu, zgodnie z uprawnieniami nadzorczymi ministra właściwego do spraw zdrowia, określonymi w art. 163 ust 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.). W ramach tego postępowania, Minister Zdrowia zakwestionował wprowadzenie procentowego ograniczenia liczby pacjentów nienowotworowych mogących korzystać ze świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej, zawartego w:

– § 17 ust 1 pkt 2 załącznika do ww. zarządzenia, w brzmieniu następującym: „w hospicjum stacjonarnym/oddziale medycyny paliatywnej pacjenci z chorobą nowotworową stanowią nie mniej niż 80% chorych. Pacjenci z innymi schorzeniami, bez nadziei na wyleczenie mogą stanowić 20% ogółu pacjentów objętych opieką. Zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 20% jest możliwe po uzyskaniu zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu”,

– § 18 ust. 1 pkt 5 i 6 załącznika do zarządzenia, w brzmieniu następującym; „spośród pacjentów hospicjum domowego, co najmniej 80% stanowią osoby w schyłkowym okresie życia choroby nowotworowej; zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 20% wszystkich objętych opieką jest możliwe po uzyskaniu zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu”,

– § 18 ust. 2 pkt 6 załącznika do zarządzenia, w brzmieniu następującym: „zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 50% wszystkich objętych opieką jest możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu”.

Minister Zdrowia zarzucił wyżej wymienionym przepisom zarządzenia, że utrudniają dostęp osób cierpiących na nieuleczalne schorzenia do opieki paliatywno-hospicyjnej, posługując się przy kwalifikacji do poszczególnych zakresów tych świadczeń kryteriami niemerycznymi i zobowiązał Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do złożenia stosownych wyjaśnień.

W odniesieniu do wyżej wymienionych zarzutów, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia argumentował za utrzymaniem w mocy zakwestionowanych przepisów, podnosząc, iż wprowadzenie procentowego ograniczenia liczby pacjentów nienowotworowych miało na celu zapewnienie lepszej dostępności pacjentom nowotworowym do świadczeń udzielanych w hospicjach stacjonarnych i domowych oraz wskazując na ryzyko nieograniczonego przepływu znacznej grupy pacjentów obłożnie i przewlekle chorych do opieki hospicyjnej po usunięciu obowiązujących limitów procentowych pacjentów nienowotworowych.

Minister Zdrowia, uznając przedłożone wyjaśnienia za niewystarczające, decyzją z dnia 21 marca 2008 r., stwierdził nieważność wyżej wymie-

nionego zarządzenia, w części § 17 ust. 1 pkt 2, § 18 ust. 1 pkt 5 i 6, § 18 ust. 2 pkt 6 załącznika do zarządzenia. Na etapie postępowania administracyjnego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie wniósł wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w trybie art. 127 § 3 k.p.a.

Zgodnie ze stanowiskiem, wyrażonym w wyżej wymienionej decyzji, pacjent nieuleczalnie chory, bez względu na rozpoznaną jednostkę chorobową, ma prawo oczekiwać, że jego uprawnienie do otrzymania określonych świadczeń opieki zdrowotnej będzie mogło być zrealizowane u świadczeniodawcy związanego umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, niezależnie od liczby i proporcji pacjentów nienowotworowych w stosunku do ogólnej liczby pacjentów objętych terapią u tego świadczeniodawcy. Różnicowanie sytuacji pacjentów nienowotworowych i nowotworowych poprzez wskaźniki procentowe udziału poszczególnych grup pacjentów nieuleczalnie chorych w ogólnej liczbie pacjentów przebywających u danego świadczeniodawcy, jako że nie ma odzwierciedlenia we wskazaniach medycznych, co potwierdzają opinie wydane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, stanowi naruszenie zasady równego dostępu świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, że przedmiotowy projekt jest już po konsultacjach międzyresortowych i społecznych, a obecnie jest przygotowywany do dalszych prac legislacyjnych. W dniu 5 maja 2008 r. odbędzie się konferencja uzgodnieniowa dotycząca projektu rozporządzenia w sprawie standardów z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Po wypracowaniu ostatecznej wersji projektu rozporządzenia, projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej zostanie, po akceptacji Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, przekazany do Rządowego Centrum Legislacji.

Przedstawiając powyższe, wyrażam serdeczne podziękowanie Panu Rzecznikowi za wyrażoną troskę o odpowiednie zabezpieczenie świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej dla pacjentów wymagających tego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

2.4. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi i ludźmi starszymi

2.4.1. Dostęp do świadczeń i leków

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-537687-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 3 sierpnia 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Zwrócił się do mnie Senator Mieczysław Augustyn, z prośbą o podjęcie sprawy świadczenia usług medycznych w domach pomocy społecznej. W notatce przekazanej w tej sprawie (kopia w załączeniu), Pan Senator wskazał na obowiązujący w omawianej materii stan prawny oraz faktyczne warunki zabezpieczenia opieki zdrowotnej mieszkańcom domów pomocy społecznej.

W opinii Pana Senatora, obowiązujące w tej kwestii rozwiązania prawne oraz praktyka Narodowego Funduszu Zdrowia mają dyskryminacyjny charakter. Nie gwarantują bowiem mieszkańcom domów pomocy społecznej możliwości realizacji przysługujących im uprawnień do opieki zdrowotnej, wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.) oraz przepisów wydanych na jej podstawie. Dotyczy to przede wszystkim świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym w szczególności usług pielęgnacyjnych, oraz świadczeń rehabilitacyjnych i opieki długoterminowej. Mieszkańcy domów pomocy społecznej – z uwagi na brak samodzielności w funkcjonowaniu w codziennym życiu z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności – nie mogą skutecznie korzystać z powyższych usług w lokalu świadczeniodaw-

cy, a Narodowy Fundusz Zdrowia i podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie zapewniają mieszkańcom, efektywnie i w pełnym zakresie, świadczeń w miejscu ich obecnego pobytu.

W efekcie, wątpliwa jest możliwość realizacji ustawowych zadań pomocy społecznej oraz domów pomocy społecznej (art. 3 ust 3 i art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – Dz. U. Nr 64, poz. 593 z póź. zm.), w świetle których, rodzaj, forma i rozmiar świadczenia powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy, a usługi domu pomocy społecznej powinny być świadczone na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Natomiast organizacja domu, zakres i poziom świadczonych usług powinny uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.

Zdaniem Pana Senatora, sytuacja ta skłania dyrektorów domów pomocy społecznej do podejmowania działań w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów, które trudno uznać za zgodne z prawem. Status prawny personelu medycznego w domach pomocy społecznej nie jest do końca uregulowany, jak również nie jest określony zakres świadczonych usług. Sytuacja ta jest również powodem niezadowolenia pracowników medycznych, głównie pielęgniarek, którym zatrudnienie w domu pomocy społecznej grozi utratą uprawnień zawodowych. W tym stanie rzeczy, konieczna jest zmiana obowiązującego prawa w zakresie opieki medycznej sprawowanej w domach pomocy społecznej.

Ustosunkowując się do treści notatki Pana Senatora należy stwierdzić, iż sformułowanym w niej zarzutom oraz postulatom trudno odmówić racji.

Trzeba jednocześnie zauważyć, że obecna sytuacja w zakresie zapewnienia pomocy osobom, które – z powodu choroby lub niepełnosprawności – mają trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w codziennym życiu i korzystaniu z opieki zdrowotnej, zdaje się wskazywać na brak właściwej koordynacji działań w tym zakresie. Domy pomocy społecznej, przeznaczone w szczególności dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dzieci, młodzieży i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz niepełnosprawnych fizycznie, spełniają podobną rolę jak zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, będące zakładami opieki zdrowotnej w myśl przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z póź. zm.). Niejasne kryteria kwalifikowania

do powyższych placówek oraz występujące nieprawidłowości w tym zakresie, a także zróżnicowane zasady działania i ponoszenia odpłatności za pobyt, są powodem swoistej konkurencji między domami pomocy społecznej a wymienionymi zakładami. Obecnie, pacjentów może przybywać zakładom opiekuńczo-leczniczym oraz zakładom pielęgnacyjno-opiekuńczym, gdyż rodziny kierowanych tam osób oraz gminy, nie muszą dopłacać do ich pobytu.

W moim przekonaniu, podnoszonych kwestii nie rozwiąże zmiana dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nowela z dnia 14 maja 2004 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 75, poz. 518), która dopuszcza możliwość wydzielenia w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, jednostki organizacyjnej, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo-wychowawczych, zlokalizowanej na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (art. 2 ust. 2a ustawy).

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonych sprawach oraz odnośnie zarzutów i postulatów Pana Senatora M. Augustyna. Zobowiązany będę za przekazanie informacji w tej sprawie oraz odnośnie działań Pana Ministra w tej materii.

Pozwolę sobie jednocześnie zauważyć, że poprzednio działający Rzecznicy Praw Obywatelskich kilkakrotnie sygnalizowali ówczesnym Ministrom Zdrowia potrzebę dodatkowego uregulowania sprawy zabezpieczenia opieki zdrowotnej mieszkańcom domów pomocy społecznej (np. pismo: z dnia 15 lipca 1999 r. – RPO-317521-1/99, z dnia 15 września 1999 r. – RPO-320123-1/99, z dnia 18 lipca 2002 r. – RPO-414233-I/02).

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-071-5391-6/EK/06

Warszawa, 2 października 2006 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W odpowiedzi na Pana pismo, znak: RPO-537687-X/06/AA, w sprawie świadczenia usług medycznych w domach pomocy społecznej, przy którym została przekazana opinia Pana Senatora Mieczysława Augustyna, dotycząca stanu faktycznego i prawnego wskazanego zagadnienia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy. Szczegółowe zasady kontraktowania i rozliczania tych świadczeń zostały określone w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa dla przewlekle chorych wymagających opieki medycznej, które udzielane są przez podmioty spełniające wymogi wynikające z przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o *zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Po spełnieniu przez świadczeniodawców wymagań ustawowych oraz wymagań określonych w „*Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa*” – zarządzenie Nr 82/2005 z dnia 13 października 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa realizowane są w:

1. oddziałach dla przewlekle chorych;
2. zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładach opiekuńczo-leczniczych, także dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym i/ lub wentylowanych mechanicznie;

3. warunkach domowych (pielęgniarska opieka długoterminowa, domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie).

Opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do opieki długoterminowej nie mogą trafiać osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna.

Zadaniem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego jest okresowe, a w przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego okresowe lub stałe, objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej.

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy zawartej z zakładem opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym pokrywa koszty udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Głównym kryterium, przyjętym przy kwalifikacji osób do zakładów udzielających świadczeń opieki długoterminowej, jest stan zdrowia pacjenta.

Odnosząc się natomiast do zakresu zadań domów pomocy społecznej, uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.), są one jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, które mają na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Art. 36 ww. ustawy stanowi, że pobyt i usługi w domu pomocy społecznej zalicza się do niepieniężnych świadczeń z 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. Natomiast, jeżeli osoba wymaga wzmożonej opieki medycznej kierowana jest przez starostę do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej (art. 54 ww. ustawy). Mając na uwadze powyższe, nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że pacjen-

ci ww. zakładów opieki zdrowotnej znajdują się w podobnym stanie jak osoby przebywające w domach pomocy społecznej. Wydaje się również, iż zróżnicowany status ww. zakładów i domów pomocy społecznej został wprowadzony przez ustawodawcę celowo.

Jednocześnie należy zauważyć, iż mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych. Kompleksowa opieka medyczna nad tą kategorią chorych oraz jej koordynacja sprawowana powinna być przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Mieszkańcom domów pomocy społecznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż zgodnie z zarządzeniem Nr 75/2005 z dnia 13 października 2005 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia „*Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*”, dla wskazanej grupy świadczeniobiorców – podopiecznych domów pomocy społecznej, kapitacyjna stawka roczna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej korygowana jest najwyższym współczynnikiem, który wynosi aż 2,5.

Ponadto, dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje jego mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie odrębnych przepisów. Dom pomocy społecznej pokrywa również opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny określonej między innymi dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, przewidziane w przepisach ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Może on także pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (art. 58 ust.4 ustawy o *pomocy społecznej*).

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Wymagany w domach pomocy społecznej standard usług określa rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie *domów pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 217, poz. 1837). Standardem objęte są usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie – również potrzeby edukacyjne. Standard zróżnicowany jest w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej ilości pracowników socjalnych, zapewnienie kontaktu z psychologiem, a w domach dla osób przewlekle psychicznie

chorych również z psychiatrą, oraz odpowiedni wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995 r. w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 132, poz. 653), warunki lokalowe i wyposażenie domu powinny umożliwiać prowadzenie rehabilitacji leczniczej. W jednostce powinno znajdować się w szczególności pomieszczenie dla indywidualnych i grupowych zajęć terapeutycznych i ruchowych. Jeżeli warunki lokalowe lub wyposażenie domu nie zapewniają prowadzenia rehabilitacji leczniczej, kierownik domu zapewnia tę rehabilitację przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie i osób niepełnosprawnych fizycznie. W zależności od potrzeb osób w nim zamieszkujących dyrektor domu ma prawo zatrudnić do pracy w zespole terapeutyczno-opiekuńczym pielęgniarki, które posiadają wymagane kwalifikacje i są zobowiązane do udzielania świadczeń, o których jest mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr. 57 poz. 602).

Jednocześnie odnosząc się do kwestii dyskryminujących działań Narodowego Funduszu Zdrowia wobec mieszkańców domów pomocy społecznej, uprzejmie informuję, iż zgodnie z wyjaśnieniami przedłożonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązujące aktualnie rozwiązania systemowe realizowane przez Fundusz umożliwiają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców domów pomocy społecznej, a nawet tworzone są mechanizmy motywujące lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do objęcia opieką tej grupy świadczeniobiorców. Przykładem takiego mechanizmu jest przyjęty dla tej grupy najwyższy współczynnik korygujący (2,5) kapitałowej stawki rocznej w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Fundusz kontraktuje realizację świadczeń dla pacjentów przewlekle chorych, niezależnie od miejsca pobytu świadczeniobiorcy. Dostęp do świadczeń dla tej kategorii chorych możliwy jest w ramach różnych rodzajów świadczeń kontraktowanych przez Fundusz, na zasadach dotyczących wszystkich ubezpieczonych.

Odrębnym problemem jest natomiast poziom zainteresowania świadczeniodawców tym rodzajem usług, który nie zawsze spełnia oczekiwania zarządzających domami pomocy społecznej, czy też sygnalizowane

w Pana piśmie nie wywiązywanie się świadczeniodawców z kontraktów zawartych z oddziałami NFZ.

Wobec powyższego, zgodnie ze stanowiskiem prezentowanym przez Fundusz, wyrażona w materiale Pana Senatora Mieczysława Augustyna opinia, iż „*domy pomocy społecznej kupując (...) świadczenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów*”, nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących rozwiązaniach systemowych. Nie znajduje także uzasadnienia podnoszone w ww. materiale stwierdzenie, iż „*usługa ta (rehabilitacja lecznicza) nie jest finansowa w ramach ubezpieczenia przez NFZ*”. Świadczenia dla pacjentów wymagających rehabilitacji leczniczej, także w miejscu pobytu chorego finansowane są przez NFZ w ramach obowiązujących umów. Podkreślić trzeba jednak, iż zasadniczym kryterium dostępu do tych świadczeń jest stan kliniczny pacjenta. Nie można się również w pełni zgodzić z argumentem, iż „*usługi rehabilitacyjne powinny być świadczone na terenie domów pomocy społecznej, ze względu na konieczność wykonywania ich w sposób ciągły, w bardzo dużej ilości, dla dużej grupy mieszkańców, w tym stale leżących (...)*”. Dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, w miejscu pobytu pacjenta (także na terenie domów pomocy społecznej), może być realizowany w stosunku do chorych spełniających wskazania medyczne. Podkreślić należy także, zgodnie z wnioskiem zawartym w jednym z komentarzy Pana Senatora Mieczysława Augustyna, iż „*za zorganizowanie opieki medycznej dla mieszkańców odpowiedzialni są kierownicy domów pomocy społecznej (...) na podstawie zasad ogólnych, czyli tak jak dla wszystkich obywateli korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia*”.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia, mając na uwadze sytuację zdrowotną polskiego społeczeństwa, w którym powiększa się grupa osób wymagających ciągłej opieki, które z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych, powołał zespół do spraw opracowania założeń do ustawy pielęgnacyjnej. Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2006 r. w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania założeń projektu ustawy pielęgnacyjnej, zakres projektowanych działań obejmuje m.in.: opracowanie definicji, stopnia i zasad orzecznictwa o niezdolności do samodzielnej egzystencji; opracowanie katalogu świadczeń wynikających z potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, opracowanie zasad organizacji i finansowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych oraz zasad współpracy ze świadczeniodawcami; opracowanie projektów działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych oraz przedsięwzięć badawczych, mających na celu zapobieganie niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie chorób i urazów.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia wystąpiło w przedmiotowej sprawie do Biura Prawa Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, w celu uzyskania danych dotyczących skarg wpływających do Biura, które dotyczyłyby zgłaszanych przez świadczeniobiorców problemów związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w domach pomocy społecznej. Zgodnie z uzyskanymi informacjami do Biura Praw Pacjenta nie wpływają skargi dotyczące omawianego zagadnienia.

Mając na uwadze powyższe uprzejmie nadmieniam, iż w przypadku pojawienia się tego typu problemów, Ministerstwo Zdrowia niezwłocznie podejmie współpracę z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, właściwym do realizacji zadań z zakresu funkcjonowania domów pomocy społecznej.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-542996-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 24 października 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Z ogromnym niepokojem odbieram powtarzające się doniesienia środków masowego przekazu w sprawie utrudnionego dostępu do leczenia osób chorych na nowotwory, a zatem obywateli, którzy powinni być przez system opieki zdrowotnej otoczeni szczególną troską. Chorzy onkologicznie, w zakładach opieki zdrowotnej walczą bowiem nie tylko o zdrowie, ale i częstokroć o życie.

Szczególnie niepokojące są ostatnie doniesienia w tej sprawie z dnia 16 października br. zawarte w „Rzeczpospolitej” – artykuł pt. „Chorzy na nowotwory umierają, bo brakuje sprzętu do radioterapii” (oparte na danych z raportu Centrum Onkologii – Instytut im M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie) oraz w „Gazecie Wyborczej” – artykuł pt. „Walka z rakiem po polsku” (kopie w załączeniu). Doniesienia te potwierdzają listy obywateli oraz organizacji pacjentów kierowane bezpośrednio do Rzecznika Praw Obywatelskich.

Z posiadanych informacji wynika, że dotychczasowy system organizacji i finansowania lecznictwa onkologicznego, nie tylko nie zapewnia oczekiwanych możliwości wczesnego wykrywania nowotworów, ale i odpowiedniego leczenia oraz rehabilitacji chorych onkologicznie. Środki finansowe przeznaczane na realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” nie wydają się wystarczające, gdyż nie pozwalają na realizację niezbędnych zadań, m.in. koniecznego uzupełniania i wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów. Natomiast obowiązujący katalog świadczeń, schematy leczenia i wycena poszczególnych procedur onkologicznych oraz działania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zawierania i monitoringu wykonania umów o świadczenia zdrowotne, nie gwarantują możliwości podejmowania racjonalnych decyzji terapeutycznych i skutecznego leczenia, a także dostępu ubezpieczonych do niezbędnej terapii.

W efekcie tych niedomagań, chorzy onkologicznie mają trudności z uzyskaniem zalecanych im przez lekarzy świadczeń zdrowotnych oraz nowoczesnych leków, umożliwiających całkowite wyleczenie choroby bądź uzyskanie długotrwałej poprawy stanu zdrowia. Niedostateczna dostępność świadczeń onkologicznych powoduje ponadto, iż do istniejących ośrodków onkologicznych trafiają tłumy zdesperowanych pacjentów, którym nie sposób zapewnić godne warunki oczekiwania i udzielenia świadczenia zdrowotnego. Ponadto, niejednokrotnie, chorzy i ich rodziny nie otrzymują jasnej i jednoznacznej informacji odnośnie zabezpieczenia dostępu do świadczeń onkologicznych. Informowani są o braku środków finansowych na ich leczenie onkologiczne, jak też „angażowani” w starania świadczeniodawców w Narodowym Funduszu Zdrowia o refundację określonych procedur medycznych lub leków bądź zapłaty za tzw. nadwykonania (świadczenia ponadlimitowe).

Najbardziej dramatyczna wydaje się sytuacja w radioterapii – za małą ilość ośrodków terapeutycznych, słabo rozwinięte nowoczesne metody radioterapii, niedobór nowoczesnego sprzętu, w wielu ośrodkach wykorzystywany jest sprzęt wyeksploatowany i przestarzały, brak wystarczającej liczby lekarzy radiologów oraz specjalistów do obsługi aparatury. Chorzy

czekają w kilkumiesięcznych kolejkach do leczenia, a gdy już się na nie dostaną, nie mają gwarancji, że naświetlanie będzie dla nich bezpieczne, a także skuteczne. Długie oczekiwanie na podjęcie leczenia napromienianiem często krytycznie obniża jego skuteczność i chorzy zakwalifikowani do intensywnej terapii ratujących życie, mogą Uczyć tylko na radioterapię ograniczającą skutki choroby (paliatywną).

Powyższa sytuacja jest nie do przyjęcia z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz praw osoby korzystającej z ubezpieczenia zdrowotnego. Pozbawienie nadziei przeprowadzenia w stosownym czasie zalecanej terapii, często jedyną skuteczną metodą lub preparatem, oznacza dla większości chorych, nie tylko niewyobrażalny stres, ale wręcz wyrok. Nie wszyscy chorzy mogą bowiem kontynuować lub podjąć walkę z rakiem poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach własnych środków finansowych. Istniejące bariery dostępu są frustrujące, zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy. Odstąpienie od właściwej i skutecznej terapii powoduje również nieodwracalne skutki zdrowotne i społeczne, niewspółmierne do kosztów zalecanego leczenia.

Sytuacja ta jest tym bardziej niepokojąca, że Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje nadwyżką środków finansowych na finansowanie świadczeń zdrowotnych w 2006 r. i wskazywać może na brak należytego monitoringu i analiz w zakresie zawierania oraz wykonania umów o świadczenia zdrowotne, a następnie odpowiedniego reagowania na występujące trudności w zabezpieczeniu ubezpieczonych niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat działań resortu zdrowia i nadzorowanych jednostek w sprawie rozwiązania problemów podnoszonych w raporcie Centrum Onkologii w Krakowie.

Zobowiązany będę również za przekazanie informacji odnośnie działań Pana Ministra i Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zapobieżenia sygnalizowanym nieprawidłowościom oraz zapewnienia chorym onkologicznie konstytucyjnego prawa do leczenia i bezpieczeństwa zdrowotnego, obecnie i w najbliższych miesiącach.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PZ-O-404-2391-30/AO/06

Warszawa, 28 listopada 2006 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 24 października 2006 r. (znak: RPO-542996-X/06/AA), w sprawie działań resortu w zakresie polepszenia sytuacji w radioterapii, uprzejmie informuję:

Od roku 2006 realizacja Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, odbywa się na mocy *ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”* (Dz. U. Nr 143, poz. 1200). Zgodnie z art. 3 ww. ustawy, w ramach programu podjęte zostały działania mające na celu m.in. uzupełnienie oraz wymianę wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów.

Zgodnie z przyjętym przez Radę do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych harmonogramem realizacji programu, w roku bieżącym priorytetowym zadaniem jest doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii. Rozwój zakładów radioterapii przyczyni się do znacznego skrócenia czasu oczekiwania na leczenie napromienianiem oraz poprawy jakości tego leczenia. W ramach zadania pn. „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, stanowiącym element Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, przewiduje się wymianę zużytych aparatów megawoltowych, zakup nowych aparatów dla wyrównania różnic regionalnych w dostępie do radioterapii oraz zakup dodatkowego oprzyrządowania do już istniejącego sprzętu. Uwzględniając, że radioterapia jest zalecaną metodą leczenia u około 70% wszystkich chorych na nowotwory w różnych stadiach zaawansowania, realizacja tego programu ma priorytetowe znaczenie dla poprawy skuteczności leczenia nowotworów w Polsce. Celem długofalowym jest stopniowe zbliżenie się do wskaźnika zalecanego przez WHO – 3 aparaty megawoltowe przypadające na 1 mln mieszkańców. W Polsce na 1 mln mieszkańców przypada mniej niż 2 aparaty megawoltowe. Zakupy aparatury do radioterapii są z wyżej wymienionych powodów priorytetem w dofinansowaniu inwestycji w onkologii.

W 2000 roku do bezpiecznej i wydajnej pracy nadawało się w Polsce 46 aparatów megawoltowych (wskaźnik – 1 aparat na 830.000 mieszkańców).

W latach 2002–2004 dzięki działaniom Ministerstwa Zdrowia, mającym odzwierciedlenie w realizowanym programie polityki zdrowotnej, nastąpiła dalsza poprawa wyposażenia ośrodków onkologicznych w nowoczesną aparaturę medyczną do radioterapii. Poprawa ta miała głównie charakter jakościowy, w mniejszym stopniu ilościowy, gdyż równocześnie z zakupami wycofywano zużyty, przestarzały i niebezpieczny sprzęt. Zakupiono m.in.: 3 Unie terapeutyczne, 25 przyspieszaczy, 6 aparatów do brachyterapii, 4 tomografy komputerowe oraz dokonano niezbędnych uzupełnień osprzętu dla wszystkich regionalnych ośrodków onkologicznych w Polsce. Ponadto, w roku 2005, ze środków przeznaczonych na realizację „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych 2005 – Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, zakupiono m.in.: 10 akceleratorów wysokoenergetycznych, 2 akceleratory niskoenergetyczne, 3 symulatory radioterapeutyczne, 5 tomografów komputerowych, 10 systemów planowania leczenia, 2 aparaty do brachyterapii oraz zestawy do dozymetrii (kalibracyjnej i in vivo), systemy wizualizacji, systemy weryfikacji i zarządzania danymi, mikrokolimatory, sprzęt do kontroli jakości w radioterapii i systemy obrazowania.

W roku 2006 na realizację zadania pn. „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” przeznaczono środki finansowe w wysokości 162 139 000 zł. W ramach tej kwoty zakupiono m.in.: 7 akceleratorów wysokoenergetycznych, 3 akceleratory niskoenergetyczne, 2 symulatory radioterapeutyczne, 2 tomografy komputerowe, 7 systemów planowania radioterapii, 22 stacje planowania radioterapii, 7 aparatów HDR do brachyterapii, 1 aparat PDR do brachyterapii, 3 systemy planowania leczenia w czasie rzeczywistym w brachyterapii oraz zestawy do dozymetrii (kalibracyjnej i in vivo), systemy wizualizacji, systemy zarządzania i weryfikacji, mikrokolimatory, zintegrowane systemy obrazowania rentgenowskiego IGRT, systemy dla technik IMRT, sprzęt do kontroli jakości.

Ponadto zakupiono również część sprzętu (fotel, zestaw RTG, system monitorowania i akwizycji mocy dawki) dla uruchamianego ośrodka radioterapii protonowej w Klinice Okulistycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Po uruchomieniu urządzeń zakupionych w roku bieżącym, w 24 ośrodkach radioterapii zainstalowanych będzie: 80 przyspieszaczy liniowych, 12

bomb kobaltowych, 38 symulatorów, 72 systemy planowania radioterapii, 148 stacji planowania radioterapii, 27 systemów zarządzania, 18 aparatów LDR, 2 aparaty MDR, 21 aparatów HDR, 6 aparatów PDR, 12 systemów planowania leczenia w czasie rzeczywistym w brachyterapii, 20 tomografów komputerowych (TK) do planowania radioterapii oraz 5 aparatów rezonansu jądrowego (NMR).

Na koniec roku 2006 do bezpiecznej i wydajnej pracy nadawać się będzie 74 aparaty megawoltowe (65 przyspieszaczy i 9 bomb kobaltowych) – wskaźnik – 1 aparat na 520.000 mieszkańców.

Mimo wyżej wymienionych działań sytuacja w dostępie chorych do nowoczesnej radioterapii jest nadal w Polsce trudna. Wpływają na to:

1) ogromne zaniedbania lat 70-tych, 80-tych i początkowych 90-tych, w wyniku których Polska radioterapia pod względem wyposażenia aparaturowego znalazła się na jednym z ostatnich miejsc w Europie;

2) wzrastająca systematycznie liczba chorych na nowotwory złośliwe, a więc i chorych wymagających radioterapii;

3) poprawa skuteczności leczenia onkologicznego, np. chemioterapii, co zwiększa liczbę długo żyjących chorych, wymagających często paliatywnej radioterapii;

4) poszerzenie wskazań do radioterapii paliatywnej, radioterapii przed – i pooperacyjnej oraz skojarzonej z chemioterapią;

5) ogromny postęp w zakresie samej radioterapii, stwarzający chorym lepszą szansę wyleczenia lub lepszy komfort i bezpieczeństwo leczenia (radioterapia 3-D, konformalna, IMRT, śródoperacyjna, skojarzona z hipertermią itp.). Wiąże się z tym jednak znaczące wydatki na nowoczesne urządzenia do planowania i realizacji procesu napromieniania.

6) konieczność ciągłej wymiany zużytej aparatury, spowalniająca jej ilościowy wzrost do oczekiwanego poziomu.

W celu zwiększenia liczby specjalistów w zakresie radioterapii, Ministerstwo Zdrowia zwiększyło liczbę etatów rezydentkich na radioterapię onkologiczną.

Realizacja tego zadania będzie kontynuowana przez najbliższe lata (ustawa przewiduje realizację Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w latach 2006–2015). W roku 2007 na doposażenie i modernizację zakładów radioterapii planowane są środki finansowe w wysokości około 160 000 000 zł. Kontynuacja finansowania programu przez Ministerstwo Zdrowia ma więc istotne znaczenie strategiczne i ekonomiczne, ponieważ poprzez właściwą i kontrolowaną alokację środków, stwarza szansę znacznej poprawy skuteczności radioterapii samodzielnej lub stosowanej w skojarzeniu oraz szansę uzyskania istotnych oszczędno-

ści, dzięki uniknięciu kosztownego leczenia paliatywnego. Te działania, wraz z odpowiednią aktywnością programów profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów, mogą już w najbliższych latach przynieść wyraźną i odczuwalną poprawę zdrowotności społeczeństwa oraz poprawę dostępności do leczenia napromienianiem, ze skróceniem, a nawet wyeliminowaniem list chorych oczekujących na to leczenie.

W kwestii dotyczącej podejmowanych działań, mających na celu zapewnienia chorym onkologicznie konstytucyjnego prawa do leczenia i bezpieczeństwa zdrowotnego, proszę o przyjęcie następujących informacji:

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 93/2005 z dnia 17 października 2005 r. w sprawie przyjęcia *„Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”* (z późn. zm.), osoby chore onkologicznie mają zapewniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach szpitalnych w ramach oddziałów: hematologii, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej oraz chirurgii onkologicznej.

Szczegółowy wykaz świadczeń zawarty jest w załącznikach do ww. zarządzenia:

- Katalogu świadczeń szpitalnych;
- Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia (zawierającym ponad 456 typów terapii);
- Katalogu świadczeń onkologicznych – radioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
- Katalogu programów terapeutycznych (lekowych), w którym zawartych jest 12 programów terapeutycznych stosowanych w leczeniu osób chorych onkologicznie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż środki finansowe przeznaczone w 2005 r. na zapewnienie bezpłatnego dostępu pacjentów do leków w ramach określonych schematów chemioterapii, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne

– chemioterapia, kształtowały się na poziomie ponad 225 450 000 zł i tym samym były wyższe o prawie 11% w porównaniu ze środkami przeznaczonymi na ten cel w 2004 r.

Ponadto informuję, iż w 2005 r. programami terapeutycznymi onkologicznymi objętych było około 11 170 osób, co stanowi wzrost o 75,24% w porównaniu do roku 2004, gdy w ramach programów onkologicznych leki otrzymało około 6374 osoby.

W przypadku, gdy określone rzeczowe świadczenie opieki zdrowotnej, jakim jest prowadzenie terapii wybranym lekiem nie występuje w schematach terapii określonych w ww. katalogach, świadczeniodawca, który ma zawartą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, może wystąpić z wnioskiem w ramach „Farmakoterapii niestandardowej” lub „Chemioterapii niestandardowej” do oddziału wojewódzkiego Funduszu o zgodę na sfinansowanie świadczenia.

Uzyskanie akceptacji Funduszu jest równoznaczne z możliwością finansowania takiego świadczenia w ramach zawartej ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. W omawianych przypadkach zastosowane leczenie czasami nie jest jednoznaczne ze wskazaniami zawartymi w schematach chemioterapii, a wynika z decyzji podjętej przez lekarza prowadzącego terapię świadczeniobiorcy.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z § 5 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 października 2005 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Świadczenia opieki zdrowotnej dla wskazanej grupy świadczeniobiorców udzielane są również w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych realizowanych w: poradni onkologicznej, poradni onkologicznej dla dzieci, poradni hematologicznej, poradni hematologicznej dla dzieci oraz poradni leczenia bólu.

Szczegółowe wytyczne, co do rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określone są w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 92/2005 z dnia 17 października 2005 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne” (z późn. zm).

Ponadto Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansuje Program profilaktyki raka szyjki macicy oraz Program profilaktyki raka piersi, których celem jest wczesne wykrycie zmian nowotworowych.

Jednocześnie osoby po mastektomii, która najczęściej jest konsekwencją raka piersi, mają możliwość uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach rehabilitacji niesklasyfikowanej odrębnie realizowanej w oparciu o zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 90/2005 z dnia 17 października 2005 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza.” (z późn. zm).

Oprócz w/w programów, w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych Ministerstwo Zdrowia finansuje także inne programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów, tj. Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania rak jelita grubego, Prewencja pierwotna nowotworów, Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł 1: Wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika; Moduł 2 – Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej długiego oczekiwania do lekarzy specjalistów, uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 20 ust. 1, 2, 5 i 7 ww. ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielania świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli to wynika z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielania świadczenia i informuje niezwłocznie świadcze-

niobiorcę o nowym terminie. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Należy jednak podkreślić, że świadczeniobiorca, zgodnie z art. 29 ww. ustawy, ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co umożliwi dokonanie wyboru świadczeniodawcy, u którego czas oczekiwania na określone świadczenie opieki zdrowotnej jest najkrótszy. Informacje o prowadzonych przez świadczeniodawców listach oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej są publikowane na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego ze względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz aktualizowane, co najmniej raz w miesiącu. Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do udzielania świadczeniobiorcom, na ich żądanie, informacji na temat list oczekujących i średnim czasie oczekiwania.

Natomiast w stanach nagłych świadczeniobiorca zgodnie z art. 19 ust. 1 ww. ustawy, uzyskuje świadczenia opieki zdrowotnej niezwłocznie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z danymi przekazanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia na potrzeby przygotowania dokumentu „*Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku*” (czerwiec 2006) – w ramach zgłaszanych poradni, w których średni czas oczekiwania na realizację świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest najdłuższy znalazła się Poradnia hematologiczna.

Natomiast w odniesieniu do leczenia szpitalnego tylko w dwóch województwach wskazano, iż istnieją trudności w uzyskaniu świadczeń w oddziałach onkologicznych.

Mając na uwadze powyższe uprzejmie informuję, iż zgodnie z informacjami przekazanymi przez NFZ, wojewódzkie oddziały Funduszu prowadzą ciągle monitoring realizacji planu zabezpieczenia świadczeń, realizacji umów, w tym realizacji świadczeń ponad poziom określony umową (tzw. nadwykonania) oraz informacji o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania nadsyłanych przez świadczeniodawców.

Informacje z prowadzonego monitoringu stanowią podstawę do podejmowania działań w różnych formach, w zależności od potrzeb istniejących na terenie województwa.

Obejmują one m.in.:

– zwiększenie wartości umowy w określonych rodzajach i zakresach;

- pozyskiwanie nowych świadczeniodawców przez uzupełniające konkursy ofert i rokowania;
- przesuwanie środków finansowych pomiędzy rodzajami i zakresami świadczeń.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 14 kwietnia 2008 r.

RPO-586253-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W środkach masowego przekazu pojawiły się po raz kolejny niepokojące informacje w sprawie ograniczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dostępu do leczenia onkologicznego. Z doniesień tych wynika, że od 1 kwietnia br. Fundusz wstrzymał wydawanie indywidualnych zgód na leczenie raka bardzo drogimi preparatami. Wszystkie leki, które dotychczas były w ten sposób finansowane, mają być oceniane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, a następnie finansowane przez Fundusz tylko w przypadku uznania przez Agencję leku za skuteczny (np. „Rzeczpospolita” z dnia 4 kwietnia br. – artykuł pt. „Mniej terapii na raka”).

W istocie, w świetle treści komunikatu z dnia 17 stycznia 2008 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie finansowania niektórych leków stosowanych w ramach farmakoterapii i chemioterapii niestandardowych, centrala NFZ wystąpiła do Ministra Zdrowia z prośbą o zlecenie wykonania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych rekomendacji dla niektórych produktów leczniczych, stosowanych głównie w leczeniu chorób nowotwo-

rowych, w zaawansowanym stanie, z przerzutami. Wskazane przez NFZ preparaty są wysoce kosztownymi lekami innowacyjnymi, których skuteczność i efektywność kosztowa są przedmiotem oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i dlatego są one finansowane przez NFZ jako terapie niestandardowe, a leczenie pacjenta wymaga indywidualnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. W przypadku przedstawienia przez Agencję pozytywnych rekomendacji co do finansowania ze środków publicznych przedmiotowych terapii, Narodowy Fundusz Zdrowia podejmie działania, mające na celu wprowadzenie leczenia z użyciem omawianych produktów leczniczych jako standardowych świadczeń w ramach programów terapeutycznych.

Z powołanego komunikatu wynika również, że „farmakoterapie i chemioterapie niestandardowe przeznaczone są tylko dla tych pacjentów, którzy ze ściśle określonych względów medycznych nie mogą być leczeni za pomocą terapii standardowych finansowanych przez NFZ. Terapie niestandardowe powinny być zatem stosowane ze szczególną ostrożnością (pod nadzorem specjalistycznym), tylko w indywidualnych przypadkach i na razie nie mogą stać się powszechnie stosowaną alternatywą leczenia standardowego. Ze względu na lawinowy wzrost liczby wniosków o rozpoczęcie i finansowanie nowych chemioterapii i farmakoterapii niestandardowych z zastosowaniem omawianych produktów leczniczych, Centrala NFZ zaleciła dyrektorom oddziałów wojewódzkich szczególne monitorowanie wydawania nowych wniosków – ich realizacji oraz poniesionych kosztów”.

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie finansowania wysoce kosztownych, innowacyjnych leków stosowanych w ramach farmakoterapii i chemioterapii niestandardowych ma z pewnością uzasadnienie, jeśli zważy się na podniesione wątpliwości co do skuteczności niektórych terapii oraz ograniczone środki finansowe Funduszu na ten cel.

Należy jednakże w tym przypadku mieć na uwadze nie tylko wynik uzyskanej oceny opłacalności technologii medycznej (analizy koszt – efekt), ale przede wszystkim dobro i prawa pacjenta, w tym obowiązek respektowania konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 Konstytucji RP).

Nie sposób nie zauważyć, że wielu pacjentów objętych leczeniem w ramach farmakoterapii i chemioterapii niestandardowych pozbawionych jest możliwości innej terapii. Zdaniem lekarzy, tradycyjne leczenie jest skuteczne tylko u części pacjentów. Dla chorych, u których zostanie nagle przerwane leczenie, oznacza to nawrót choroby, a w perspektywie śmierć. W jeszcze gorszej sytuacji są chorzy oczekujący na ekspertyzę Agencji Oceny Technologii Medycznych, a następnie ewentualne objęcie

terapią. Wielu z nich nie doczeka decyzji w tej sprawie, a stan zdrowia innych ulegnie znacznemu pogorszeniu. Zaprzestanie dotychczasowego leczenia ciężkiej i/lub śmiertelnej choroby, jak również pozbawienie nadziei przeprowadzenia w stosownym czasie terapii jedynym skutecznym preparatem, oznacza dla większości chorych, nie tylko niewyobrażalny stres, ale wręcz wyrok. Nieliczni chorzy mogą bowiem kontynuować lub podjąć walkę z rakiem w ramach własnych środków finansowych.

Niepokojąca w tej sprawie jest również forma racjonalizacji dotychczasowych zasad finansowania kosztownych farmakoterapii i chemioterapii niestandardowych. Kolejny raz, decyzjami Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie (wspominając chociażby decyzje w sprawie niefinansowania niektórych terapii u osób powyżej 65 roku życia), zaskakiwani są zarówno pacjenci, jak i lekarze, a także Minister Zdrowia, jak należy wnioskować z doniesień prasowych (np. „Rzeczpospolitej” z dnia 5–6 kwietnia br. – artykuł pt. „Minister Zdrowia broni chorych na raka”).

Powstaje w związku z tym pytanie, czy tej – być może uzasadnionej – zmiany dotychczasowych zasad finansowania terapii niestandardowych nie da się dokonać ze stosownym wyprzedzeniem, w normalnych warunkach, bez presji z zewnątrz, ale z wykorzystaniem wiedzy właściwych ekspertów i konsultantów w odpowiednich dziedzinach medycyny.

Problem wymaga precyzyjnych rozwiązań, określających kryteria i zasady uzyskiwania dostępu ubezpieczonych do terapii niestandardowych oraz stworzenia systemu monitorowania terapii, w tym określenia kryteriów i zasad ewentualnego przerywania i zakończenia kuracji. Rozwiązania te – wypracowane ze środowiskiem medycznym – powinny równoważyć prawa i dobro pacjentów oraz interes i możliwości płatnika. Uprzejmie przypominam, że rozwiązania w tym zakresie powinny również spełniać standardy wynikające z art. 87 Konstytucji RP.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy oraz zajęcie stanowiska. Będę jednocześnie wdzięczny za przekazanie informacji odnośnie sposobu rozwiązania omawianego problemu.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20 maja 2008 r.

MZ-UZ-OPK -073-11914-I/MS/08

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

Odnosząc się do Pana pisma z 14 kwietnia 2008 r. (znak: RPO-586253-X/08/AA), w którym poruszono niezwykle istotny problem dostępu do leczenia onkologicznego, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia w dniu 16 kwietnia 2008 r., po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego, wszczętego z urzędu, wydał decyzję administracyjną, w której stwierdził nieważność zarządzenia Nr 20/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie przyjęcia *„Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji, i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”*, w części wprowadzającej zmiany do *Wytucznych w sprawie stosowania świadczenia „Chemioterapia niestandardowa”*.

Decyzji został nadany rygor natychmiastowej wykonalności, na mocy art. 108 § 1 Kodeksu Postępowania Administracyjnego. W konsekwencji podjętych działań przez Ministra Zdrowia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie Nr 23/2008/DGL z dnia 16 kwietnia 2008 r., na mocy którego zostały usunięte przepisy zakwestionowane przez Ministra Zdrowia.

Wprowadzenie nowych zasad finansowania terapii w oparciu o nowoczesne i równocześnie niezwykle kosztowne leki powinno odbyć się po przeprowadzeniu szerokiej debaty, w której przedstawione byłyby wszechstronne argumenty uwzględniające zarówno obowiązek organów władz publicznych zapewnienia możliwie najwyższego standardu leczenia, jak również możliwości finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia. Pożądane jest aby zarówno środowiska medyczne oraz organizacje zrzeszające pacjentów, a także niezależni eksperci ochrony zdrowia, aktywnie włączyli się w wypracowanie rozwiązań prawno-organizacyjnych mogących być kompromisem pomiędzy wartościami takimi jak słuszny interes pacjentów i możliwości finansowe płatnika.

Ze swej strony chciałabym zadeklarować, że problemy dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii lekowych traktowane będą w Ministerstwie Zdrowia jako priorytetowe i zapewniam, że podejmowane są działania mające na celu wprowadzenie rozwiązań systemowych ułatwiających dostęp wszystkim pacjentom do farmakologicznej opieki zdrowotnej na możliwie najwyższym poziomie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-614235-X/09/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 15 kwietnia 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce szanowna Pani Minister

Polska Agencja Prasowa w dniu 23 marca 2009 r. upowszechniła komunikat z konferencji prasowej lekarzy onkologów. Do opinii publicznej dotarły niepokojące informacje na temat poważnych problemów w leczeniu chorych cierpiących na raka nerki, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje tylko jedną w dodatku nieskuteczną i obciążoną poważnymi objawami ubocznymi, terapię interferonem-alfa.

Według statystyk, wśród osób z nowo rozpoznanym rakiem nerki odnotowuje się aż 50 proc. zgonów. Zdaniem specjalistów, podstawowym warunkiem poprawy rokowania co do życia chorych jest leczenie operacyjne we wczesnym stadium choroby a w zaawansowanym stadium stosowanie leków nowej generacji, które działają bezpośrednio na procesy pro-

wadzące do wzrostu raka nerki, są dostępne na rynku a ich koszt mieści się w ramach kwot wydawanych obecnie na nieskuteczną terapię.

Podczas wspomnianej konferencji prasowej wysunięte zostały pod adresem Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia zarzuty ograniczania kompetencji lekarzy onkologów, zmuszania ich do złej praktyki klinicznej i do popełniania błędów w terapii.

Z punktu widzenia Rzecznika Praw Obywatelskich najważniejszy jest jednak zarzut działania na niekorzyść ludzi chorych.

Niestety wydaje się, że te niepokojące dane znajdują potwierdzenie w dokumentacji naukowej przekazanej mi przez Prof. Cezarego Szczylika z Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego. Od kilku miesięcy Profesor usiłuje zainteresować tą bulwersującą sprawą zarówno resort, jak i płatnika świadczeń medycznych.

Jestem szczególnie poruszony informacją że dla chorych cierpiących na raka nerki refundowany jest lek o nieudokumentowanej efektywności klinicznej, bez zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, podczas gdy dostępne są oparte na dowodach wyniki badań klinicznych, a także farmakoeconomicznych, wskazujące zarówno na efektywność nowych terapii, jak i sensowność ich refundacji.

W związku z powyższym, pragnę poinformować Panią Minister, że na podstawie Art. 12. pkt 2) i 3) Ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich. (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147; z 2007 r. Dz. U. Nr 3, poz. 15) rozważam możliwość zwrócenia się o zbadanie sprawy do właściwych organów.

Jednocześnie zwracam się z prośbą do Pani Minister (na podstawie Art. 17. ust. 1 w zw. z Art. 13. powołanej ustawy) o udostępnienie dokumentów stanowiących podstawę wprowadzenia leku o nazwie interferon-alfa do terapii chorych na raka nerki, a także stanowiska krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej odnośnie do leczenia tych chorych.

Pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że wyjaśnienie powyższych spraw i nasza dobra współpraca w tym względzie przyczyni się do poprawy sytuacji ludzi ciężko dotkniętych przez los stwarzając chorym z rozsianym rakiem nerki szansę na skuteczne leczenie nie tylko wydłużające życie, ale znacząco poprawiające jego jakość.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 10 maja 2007 r.

RPO-558358-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że Rzecznik Praw Obywatelskich, po zapoznaniu się z treścią artykułów zamieszczonych w „Dzienniku” z dnia 4 maja 2007 r. dotyczących sparaliżowanego Janusza Ś. pt. „Urzednicy głusi na krzyk Świtaja” (kopie artykułów w załączeniu), zainteresowany jest zakresem i faktycznymi możliwościami zapewnienia opieki medycznej oraz pomocy osobom z porażeniem cztero kończynowym (tetraplegikom), szczególnie w warunkach domowych. Rzecznikowi chodzi również o informację na temat działań i zamierzeń resortu zdrowia w kierunku zapewnienia podstawowych praw wymienionych osób oraz pomocy w ich uruchomieniu i aktywizacji, zgodnie z europejskimi standardami.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania kwestii podnoszonych w cytowanych artykułach prasowych oraz zajęcie stanowiska w tych sprawach.

Zobowiązany będę również za przekazanie informacji na temat podniesionych wyżej problemów zabezpieczenia praw osób niepełnosprawnych z porażeniem czterokończynowym.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 18 maja 2007 r.

MZ-UZ-ZR-71-8745-1 /TK/07

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 maja 2007 roku (znak: RPO-558358-X/07/AA), w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz Pana Janusza Ś., uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z art. 15 ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają zapewnione prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcom zapewnia się i finansuje ze środków publicznych dostęp do świadczeń w rodzaju pielęgnacji niepełnosprawnych i opieki nad nimi. Odnosząc się do zagadnień zawartych w treści pisma oraz załączonych do niego artykułów prasowych, uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji na temat możliwości poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla ww. pacjenta. Zgodnie ze stanowiskiem Funduszu, w celu zwiększenia dostępu do świadczeń, płatnik w porozumieniu ze świadczeniodawcą zwiększył wymiar realizowanej na rzecz pacjenta opieki pielęgniarskiej z 1,5 godziny do 3 godzin dziennie od poniedziałku do piątku oraz w razie takiej potrzeby, także w soboty i niedziele. Ponadto, na rzecz ww. pacjenta i jego rodziny rozpoczęto realizację świadczeń w zakresie opieki terapeutycznej a także podjęto działania mające na celu umożliwienie cyklicznej rehabilitacji w oddziale rehabilitacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Repty” w Tarnowskich Górach. Odnosząc się do kwestii moż-

liwości zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej dla Pana Janusza Ś., informuję, iż zgodnie ze stanowiskiem Funduszu, przy obecnych zasadach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie ma możliwości zapewniania pacjentom 24-godzinnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych. Jednocześnie uprzejmie informuję Pana Rzecznika, iż przygotowywana w Ministerstwie Zdrowia regulacja prawna w zakresie ubezpieczenia pielęgnacyjnego zagwarantuje osobom niepełnosprawnym poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewni adekwatną do ich stanu zdrowia pomoc pielęgniarską.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 27 lipca 2007 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-564471-X/07/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Telewizja holenderska wyemitowała program „Wielki dawca”, którego istotą była rywalizacja osób oczekujących na przeszczep organu (role te powierzono aktorom) o względy potencjalnego dawcy organu. Bez wątpienia, program ten jest bardzo kontrowersyjny z etycznego punktu widzenia, wywołał też ożywione dyskusje. Jednakże po jego emisji nastąpił radykalny wzrost liczby zgłoszeń -deklaracji potencjalnych dawców, oferujących oddanie swych organów do przeszczepów.

Mając na względzie te bardzo pozytywne następstwa programu zastanawiam się, czy emisja tego programu lub jego mutacji w polskiej telewizji nie wywołałaby reakcji podobnych, z pożytkiem dla chorych, którzy oczekują na przeszczep organu dla ratowania życia. Bardzo proszę więc Pana Ministra o wyrażenie stanowiska w tej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 28 grudnia 2007 r.

MZ-PZ-T-440-2451-31/SP/07

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Profesorze

W odpowiedzi na wystąpienie Pana w sprawie programu telewizyjnego którego tematem byłyby sprawy związane z oddawaniem narządów po śmierci w celu przeszczepienia dla potrzebujących chorych, przekazanej przy piśmie z dnia 27 lipca 2007 r., znak: RPO-564471-X/07/TG uprzejmie informuję, że inicjatywa ta jest bardzo interesująca i stanowiłaby kolejny etap rozpoczętej przez Ministerstwo Zdrowia edukacji społecznej w tym zakresie.

Pragnę jednocześnie nadmienić, że pomimo szeregu propozycji ze strony organizacji pozarządowych współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, zainteresowanie mediów publicznych tym tematem jest w chwili obecnej niewielkie i dlatego Pana pomoc w tej sprawie mogłaby zmienić to nastawienie mediów. Na uwagę zasługuje również fakt, że po emisji programu w telewizji holenderskiej Pt: „Wielki dawca” nastąpił wzrost liczby zgłoszeń czyli deklaracji potencjalnych dawców, oferujących oddanie swoich narządów po śmierci do przeszczepienia, ale nie przełożył się on na wzrost liczby pobrań narządów. Wprowadzeniu tej tematyki do telewizji publicznej mogłoby wywołać bardzo pozytywne następstwa z pożytkiem dla chorych, którzy oczekują na przeszczepienie narządów dla ratowania życia. Uprzejmie informuję Pana, że przeprowadzone badania społeczne

na zlecenie Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej wskazują na to, że wiedza na temat przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w środowisku medycznym i społeczeństwie jest niewielka i w większości przypadków opiera się o doniesienia medialne. W związku z tym podjęliśmy szereg działań mających na celu dotarcie z informacją na temat przeszczepiania komórek, tkanek i narządów wielu środowisk i w tym kontekście propozycja Pana Rzecznika jest wielce interesująca. Każdy program informacyjny, promujący transplantologię oraz zwiększający ogólną wiedzę na temat znaczenia tej metody leczenia a przede wszystkim wyjaśniający opinie i obawy niektórych społeczności jest cenny.

Przeszczepianie narządów stało się bezpieczną, skuteczną i bardzo potrzebną metodą leczenia. Na świecie żyje ponad milion ludzi z przeszczepionym narządem. Co roku wykonuje się ponad 50 000 takich zabiegów. Co czternaście minut kwalifikowany jest nowy chory do zabiegu, a codziennie kilkanaście osób umiera nie mogąc doczekać operacji przeszczepienia serca, wątroby lub nerki. Podstawowym problem obecnie jest niedobór narządów do przeszczepienia w stosunku do potrzeb.

W Polsce programy przeszczepiania; nerek prowadzone są aktualnie w 14 ośrodkach, wątroby 5 ośrodków, trzustki 3 ośrodki, serca 5 ośrodków i płuc w 1 ośrodku. Wyniki przeszczepiania narządów i szpiku są w Polsce zbliżone do osiągnięć najlepszych ośrodków europejskich jak i światowych.

Do końca 2006 roku w 24 ośrodkach transplantacyjnych w Polsce wykonano ponad 10000 przeszczepień nerki, ponad 1200 przeszczepień serca, 130 zabiegów przeszczepienia nerki i trzustki, oraz ponad 900 operacji przeszczepienia wątroby.

Dane epidemiologiczne dotyczące wskazań do przeszczepienia narządu u chorych w ich przewlekłej schyłkowej niewydolności wskazują, że zapotrzebowanie na tę metodę leczenia w Polsce na takim poziomie jak w innych krajach europejskich. Z danych tych wynika, że w przeliczeniu na milion mieszkańców należałoby wykonywać corocznie: 80 przeszczepień nerek, 15 przeszczepień wątroby, 6 przeszczepień serca, oraz 2 przeszczepienia trzustki i płuc.

Medycyna transplantacyjna, a zwłaszcza przeszczepianie narządów pobranych od zmarłych może odbywać się jedynie przy pełnej akceptacji społecznej.

Przepisy prawne od 10 lat uregulowały problemy związane ze stosowaniem tej metody leczenia. Pobieranie narządów od zmarłych jest dopuszczalne w sytuacji, gdy człowiek za życia nie wyraził sprzeciwu. Opracowano kryteria rozpoznawania zgonu człowieka w oparciu o rozpoznanie

śmierci mózgu. Wprowadzenie uregulowań prawnych nie mogło mieć bezpośredniego wpływu na zmianę świadomości w społeczeństwie, ale dzięki kilkuletnim wysiłkom całego środowiska transplantacyjnego w ostatnich dwu latach obserwowano się znaczną poprawę akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych. Jednakże w roku 2007 nastąpiło załamanie się tej tendencji i od wielu miesięcy obserwujemy spadek liczby pobieranych narządów a tym samym i wykonywanych przeszczepień o około 30%. Przyczyny tych tendencji spadkowych są wielowątkowe, jednakże za zasadniczą przyjmuje się niekorzystną dla transplantologii akcją medialną prowadzoną szczególnie w pierwszych trzech miesiącach br. Obecnie nastąpiła stabilizacja liczby pobrań narządów ale w dalszym ciągu jest ona znacznie mniejsza niż w latach poprzednich.

Niezrozumiałe dla społeczeństwa aspekty medycyny transplantacyjnej obejmują:

- *Rozpoznawanie zgonu człowieka* w oparciu o kryteria śmierci mózgu.
- *Kwestię zgody na pobranie narządów.*
- *Obawę przed komercjalizacją* związaną z pobieraniem i przeszczepianiem narządów.

Założenia działalności Ministerstwa zdrowia w tym zakresie powinny obejmować:

1. Opracowanie optymalnego programu edukacyjnego do wykorzystania w środowisku medycznym:

– Akademia Medyczna w Warszawie w ramach programu polityki zdrowotnej.: „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2006–2009 – „POLGRAFT” 2006–2009” prowadzi szkolenie trwające 2 semestry z możliwością uzyskania umiejętności koordynatora transplantacji narządów.

Ministerstwo Zdrowia perspektywicznie przewiduje wyszkolenie Koordynatorów dla każdego szpitala – ich zadaniem byłoby przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia i Ośrodków Transplantacyjnych prowadzenie akcji edukacyjnej oraz koordynacja pobierania i przeszczepiania narządów w szpitalach. Przewidujemy, że w ciągu trzech lat przeszkolimy około 250 Koordynatorów.

2. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek korzystając z funduszy unijnych i Polgraftu prowadzi systematyczne szkolenia personelu związanego z pobieraniem komórek, tkanek i narządów – w roku 2006 i 2007, przeszkolonych zostało około 250 osób.

Do końca 2007 roku planuje się przeszkolenie dalszych 300 osób. W szkoleniach tych biorą udział również wykładowcy zagraniczni m. innymi z Hiszpanii.

3. Opracowanie i wdrożenie programu edukacji społecznej (wykłady w szkołach, seminariach duchownych, broszury informacyjne, filmy oświatowe) poruszającego wszystkie wrażliwe społecznie aspekty tej metody leczenia (zgoda na pobranie narządów, kryteria rozpoznawania zgonu);

4. 27 marca 2007 r. odbyło się w Kielcach spotkanie z posłami, senatorami dyrektorami ZOZ, przedstawicielami Urzędu Marszałkowskiego oraz samorządów powiatowych województwa świętokrzyskiego w sprawie – opracowania i wdrożenia programu edukacji społecznej (wykłady w szkołach, seminariach duchownych, broszury informacyjne, filmy oświatowe) poruszającego wszystkie wrażliwe społecznie aspekty tej metody leczenia.

Inicjatywa ta spotkała się z akceptacją władz lokalnych i województwa, w związku z tym ustalono harmonogram działań na rok 2007.

Programem tym zostaną objęte wszystkie szkoły licealne województwa świętokrzyskiego.

5. Przygotowanie programu do wykorzystania przez media (radio i telewizja). Przeprowadzanie 1 raz w roku w miastach, w których znajdują się ośrodki transplantacyjne spotkań z dziennikarzami;

6. W dniach 9–10 marca 2007 r. w ramach programu polityki zdrowotnej: „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2006–2009 – „POLGRAFT” 2006–2009” odbyły się warsztaty szkoleniowe dla dziennikarzy prasy, radia i telewizji na temat – Transplantologia dziś jej zasady działania i perspektywy rozwoju w których wzięło udział około 50 dziennikarzy.

7. Uzyskano akceptację i poparcie ze strony Kościoła Katolickiego (i kościołów innych wyznań). W oparciu o inicjatywę Arcybiskupa Żywieckiego, po uzyskaniu zgody Hierarchów poszczególnych Diecezji, nawiązanie kontaktu z kapelanami szpitalnymi. We wszystkich parafiach na terenie Polski został odczytany list opracowany przez Polską Unię Transplantacyjną na temat oddawania narządów po śmierci z podkreśleniem, że jest to zgodne z nauką jaką głosi Kościół.

8. 12 czerwca br. w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej odbyła się konferencja pt: Przeszczepianie narządów i szpiku, potrzeby i możliwości.

9. Ministerstwo Zdrowia nawiązało kontakt z kilkudziesięcioma organizacjami pozarządowymi które chcą propagować ideę transplantacji, w tym również z Lublina, Warszawy i Krakowa (organizacje studenckie). Na odbytym pierwszym spotkaniu w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim obserwowano duże zainteresowanie sprawami transplantacji oraz przedstawiono szereg propozycji rozwiązań zaistniałego kryzysu w transplantologii. Organizacje te wspólnie z Polską Unią Medycyny Transplantacyjnej podjęły się opracowania i wdrożenia programu edukacji społecznej (wy-

kłady w szkołach, seminariach duchownych, broszury informacyjne, filmy oświatowe) poruszającego wszystkie wrażliwe społecznie aspekty tej metody leczenia.

10. W porozumieniu z kierownictwem telewizji TVN został przygotowany cykl programów edukacyjnych o tematyce związanej z przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, opracowany przez Polską Unię Medycyny Transplantacyjnej przy współudziale Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek oraz Ministerstwa Zdrowia.

11. We współpracy z gazetą „Życie Warszawy” został wydany dodatek o tematyce związanej z przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów pt.: Nowe Życie który został rozpropagowany na terenie całego kraju.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Andrzej Włodarczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 22 sierpnia 2007 r.

RPO-565686-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał wniosek adwokata Krzysztofa Maślińskiego – działającego z upoważnienia Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego jako Rzecznik Praw Osób z SM – o podjęcie działań zmierzających do przeciwdziałania naruszaniu praw obywatelskich osób cierpiących na stwardnienie rozsiane. Zdaniem wnioskodawcy, obecną sytuację tej grupy społecznej należy uznać za sprzeczną z – gwa-

rantowanym konstytucyjnie i ustawowo-prawem obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Utrudnienia w powyższym zakresie trzeba także traktować jako naruszenie praw osób niepełnosprawnych do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 2 i ust. 3 Konstytucji RP). Stwierdzenie to wnioskodawca opiera o następujące podstawy faktyczne:

Po pierwsze – władze publiczne wywiązują się jedynie w sposób dostateczny z nałożonego na nie ustawowo (art. 6 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.), obowiązku tworzenia warunków funkcjonowania systemu zdrowia w odniesieniu do chorych na stwardnienie rozsiane.

„Brak obecnie kompleksowego planu leczenia tego schorzenia, co powoduje rażąco nierównomierny na terenie Polski dostęp do odpowiednich do dzisiejszego poziomu wiedzy medycznej metod terapii”. W lipcu 2005 r. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego złożyło w Ministerstwie Zdrowia – opracowany przez zespół ekspertów – Narodowy Program Leczenia Chorych ze Stwardnieniem Rozsianym. Program ten, mimo wysokich ocen merytorycznych i zapewnień o szybkim wprowadzeniu go w życie, nie uzyskał dotychczas formalnej akceptacji kompetentnych organów władzy publicznej.

Po drugie – „choć oczywiście jest, że fundusze przeznaczane ze środków publicznych na realizację opieki zdrowotnej są ograniczone, to nie sposób nie zauważyć, że dostęp do nowoczesnych metod leczenia stwardnienia rozsianego podlega całkowicie arbitralnym ograniczeniom, których stosowanie prowadzi do nieuzasadnionej dyskryminacji osób chorych”. W opinii wnioskodawcy, „nie może zyskać akceptacji fakt ograniczenia refundacji nowoczesnych form leczenia stwardnienia rozsianego (leczenie immunomodulacyjne) barierą długości trwania tego leczenia” (w obecnie realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia programach lekowych długość terapii zapewnianej choremu zakwalifikowanemu do udziału w takim programie, została ograniczona do 2 lat, niezależnie od wyników leczenia, perspektyw jego dalszego stosowania dla stanu zdrowia chorego, czy efektów ekonomicznych). „Oznacza to, że sytuacja chorych na stwardnienie rozsiane jest upośledzona w stosunku do innych grup chorych znajdujących się w analogicznej sytuacji, a różnicowanie to nie ma uzasadnionych podstaw”.

Po trzecie – istotną rolę w kwalifikowaniu osób chorych do udziału w programach lekowych dotyczących stwardnienia rozsianego ma kryterium wieku, co skazuje na niepełnosprawność (a zarazem konieczność

korzystania ze świadczeń o charakterze rentowym) niejednokrotnie osoby w wieku produkcyjnym, aktywne zawodowo.

Po czwarte – „istniejący obecnie system leczenia stwardnienia rozsianego jest rażąco nieadekwatny do potrzeb osób chorych, a co najistotniejsze – zróżnicowany, jeżeli chodzi o poszczególne części kraju. Dzieje się tak z uwagi na to, że oddziały terenowe Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczają na realizację programów terapeutycznych różne środki, przy niedostatecznej koordynacji ich wysiłków w skali kraju. Ograniczona liczba ośrodków stosujących nowoczesne terapie immunomodulacyjne wydatnie pogłębia ten problem. Niedostępność terapii jest tym samym szczególnie dotkliwa w mniejszym miejscowościach, oddalonych od ośrodków terapeutycznych”.

Zdaniem wnioskodawcy – biorąc pod uwagę standardy opieki medycznej przyjęte w Polsce – sytuacja osób cierpiących na stwardnienie rozsiane jest upośledzona, a podstawową tego przyczyną są niedostatki w działaniach władz publicznych. Dostępność do nowoczesnej terapii stwardnienia rozsianego jest zdecydowanie gorsza, niż w innych krajach Unii Europejskiej, które stanowią dla Polski powinny adekwatną skalę porównawczą.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianej sprawy oraz zajęcie stanowiska odnośnie szczegółowych kwestii podnoszonych w załączonym wniosku Kancelarii Adwokackiej adw. Krzysztofa Maślińskiego.

Będę jednocześnie zobowiązany za przekazanie stanowiska Pana Ministra w sprawie przedstawionego przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego projektu Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Stwardnieniem Rozsianym, w tym odnośnie potrzeby i możliwości wdrożenia tego Programu oraz ewentualnego terminu jego wprowadzenia.

Łączę wyrazy szacunku

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PZ-P-051-3645-95/DŁ/07

Warszawa, 24 października 2007 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo z dnia 22 sierpnia 2007 r. znak: RPO-565686-X/07/AA dotyczące wniosku adwokata Pana Krzysztofa Maślińskiego – działającego z upoważnienia Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego jako Rzecznika Praw Osób z SM – w sprawie podjęcia działań zmierzających do przeciwdziałania naruszaniu praw obywatelskich osób cierpiących na stwardnienie rozsiane przekazuję następujące informacje.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210. poz. 2135, z późn. zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ. dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne” z późn. zm. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 r. finansuje na rzecz chorych ze stwardnieniem rozsianym dwa programy terapeutyczne (lekowe): „Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta” i „Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem”.

Zgodnie z informacjami udzielonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w 2006 r. terapią w ramach ww. programów objęto około 11 343 osoby.

Kwalifikacji chorego do leczenia stwardnienia rozsianego w ramach ww. programów terapeutycznych dokonuje lekarz, w oparciu o określone w opisach tych programów kryteria, w tym: czas trwania i postać choroby, liczba rzutów choroby oraz stan neurologiczny chorego. W sytuacji, gdy

pacjent spełnia kryteria, o których mowa powyżej, decyzję o włączeniu pacjenta do programu terapeutycznego podejmuje lekarz ze specjalizacją z neurologii, realizujący ten program. Zgłoszenia ubezpieczonego do świadczeniodawcy realizującego program powinien dokonać lekarz prowadzący, dołączając dotychczasową dokumentację procesu leczenia. Informacje na temat świadczeniodawców, realizujących w bieżącym roku programy leczenia stwardnienia rozsianego interferonem beta i glatiramerem, w ramach umowy z NFZ, można uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ. właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz, zgodnie z art. 132 ust. 1 ww. ustawy, jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wysokość łącznych zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów, zgodnie z art. 132 ust. 5 ww. ustawy, nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Odnosząc się do kwestii ograniczeń wiekowych zawartych w kryteriach włączenia do ww. programów, uprzejmie informuję, że zawartość merytoryczna programów została opracowana przy współudziale konsultantów krajowych, właściwych ze względu na reprezentowane dziedziny medyczne oraz opiera się na wskaźnikach rejestracyjnych stosowanych leków (ksero w załączeniu).

W przypadku osób, które nie spełniają kryterium wiekowego umożliwiającego terapię lekami wskazanymi w ww. programach, uprzejmie informuję, że możliwość podjęcia takiej terapii istnieje w ramach świadczenia „Farmakoterapia niestandardowa”, określonego w załączniku nr 15b do Zarządzenia Nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Warunkiem niezbędnym do rozliczenia świadczenia „Farmakoterapia niestandardowa” jest uzyskanie pisemnej akceptacji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dla wniosku świadczeniodawcy, pozytywnie zaopiniowanego przez konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny. Finansowanie świadczenia „Farmakoterapia niestandardowa” odbywa się w ramach zawartej ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne i nie zwiększa kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

Ponadto, mając na uwadze kwestię poprawy opieki nad omawianą grupą świadczeniobiorców, uprzejmie informuję, że w materiałach informacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 r., dotyczących

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, dokonano rozszerzenia, polegającego na włączeniu do grupy schorzeń będących przedmiotem rehabilitacji wtórnej ciężkich uszkodzeń centralnego układu nerwowego stwardnienia rozsianego, jako wymagającego powyższego zakresu rehabilitacji (dla pacjentów z 5 stopniem według skali Ranking). Równocześnie uprzejmie informuję, że zgodnie z wyjaśnieniami Narodowego Funduszu Zdrowia podejmowane są działania prowadzące do wyrównania dostępności do leczenia nowoczesnymi metodami terapeutycznymi na terenie kraju, czego przejawem jest ujednoczenie zakresów kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej i określenie warunków ich udzielania. W wyniku tych działań, od 2005 r. na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu zawierane są umowy na realizację programów terapeutycznych, przeznaczonych dla osób ze stwardnieniem rozsianym. Ponadto Fundusz poinformował, że w ciągu 2007 r., w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na realizację ww. programów terapeutycznych, dokonał zwiększenia ich pierwotnej wartości o blisko 6 mln zł.

W sprawie Narodowego Programu Leczenia Chorych na SM uprzejmie informuje, iż projekt programu został poddany konsultacjom wewnętrznym w Ministerstwie Zdrowia oraz przesłany do Pana Prof. dr hab. Huberta Kwiecińskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii i Narodowego Funduszu Zdrowia celem dokonania jego oceny. Wystosowano również prośby o weryfikację danych informacji zawartych w projekcie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jak i do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Następnie projekt został przesłany do Agencji Oceny Technologii Medycznych celem przeprowadzenia oceny technologii medycznych zaproponowanych w projekcie – analizy ekonomicznej terapii immunomodulujących stosowanych w stwardnieniu rozsianym. Z informacji uzyskanej w AOTM wynika, iż Agencja wykonała we współpracy z School of Health and Related Research, Sheffield, Wielka Brytania, „Analizę kosztów-żyteczności terapii immunomodulujących w stwardnieniu rozsianym w Polsce”, która została pozytywnie zrecenzowana przez recenzentów zewnętrznych. Równocześnie na zlecenie AOTM wykonawca zewnętrzny – Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Mediami Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie – wykonał „Analizę wpływu na budżet płatnika publicznego w Polsce terapii immunomodulujących w stwardnieniu rozsianym”. Obie analizy wraz z kompletem zebranych materiałów zostały przedłożone Radzie Konsultacyjnej Agencji. Posiedzenie Rady Konsultacyjnej zakończyło się przyjęciem projektu rekomendacji w przedmiotowym zakresie, przy czym

Przewodniczący Rady Konsultacyjnej przygotowuje uzasadnienie rekomendacji, które zostało omówione i ma zostać przyjęte na posiedzeniu Rady. Niezwłocznie po nim Agencja planuje przekazać Ministrowi Zdrowia rekomendację dotyczącą finansowania ze środków publicznych terapii immunomodulujących w stwardnieniu rozsianym. Dopiero po uzyskaniu ww. oceny możliwe będzie podjęcie decyzji o wdrożeniu programu i finansowaniu go ze środków budżetowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Niemniej należy mieć na uwadze, iż wielu pacjentów chorych na różne choroby zgłasza problemy z uzyskaniem pomocy ze strony opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia chcąc temu zaradzić finansuje programy zdrowotne. Zgodnie z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy zdrowotne, które dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Obecnie statystyki medyczne pokazują, iż głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce, ze względu na wysoką umieralność, są choroby układu krążenia, nowotwory oraz wypadki i urazy. Dlatego też na 2007 r. zaplanowanych jest do realizacji i finansowania w ramach budżetu, jakim dysponuje Minister Zdrowia, 14 programów zdrowotnych na łączną kwotę 597 867 562 zł, w tym Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006–2008 i Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Odnosząc się do konkretnych zarzutów stawianych w piśmie Pana Krzysztofa Maślińskiego uprzejmie informuje, iż w sprawie dyskryminacji osób chorych na stwardnienie rozsiane w dostępie do opieki zdrowotnej nie wydaje się zgodny z prawdą. Ani Minister Zdrowia, ani Fundusz, czy inna „władza publiczna” nie mają w założeniu dyskryminację osób chorych na SM w dostępie do opieki zdrowotnej, ze względu na płeć, narodowość czy przekonania, jak również „ze względu na inne, które nie mogą być akceptowalne jako podstawa różnicowania zakresu zapewnianej opieki zdrowotnej”. Nie tylko osoby chore na stwardnienie rozsiane zauważają problem z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej. Jednak trudności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz długi czas oczekiwa-

nia na ich uzyskanie nie wynikają ze złej woli decydentów; ale wynikają przede wszystkim z ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na pokrycie kosztów ich realizacji. Narodowy Fundusz Zdrowia nie może przeznaczyć więcej środków finansowych na opiekę zdrowotną ponad to, co zgromadzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Natomiast wydaje się, iż art. 6 ust. 1 ww. ustawy jest wypełniony, gdyż zostały stworzone warunki funkcjonowania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zawierają ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednak wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu, zgodnie z art. 132 ust. 5 ww. ustawy. Niemniej jednak, uprzejmie informuję, że zgodnie z § 42 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków zawartej umowy. W sprawach spornych między stronami umowy, których nie udało się rozstrzygnąć polubownie właściwymi dla rozpoznawania tych spraw są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielania świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który jeżeli to wynika z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielania świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta oraz konieczność zwiększenia przejrzystości procedur związanych z prowadzeniem list oczekują-

cych na świadczenia opieki zdrowotnej, zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661). Na podstawie przepisów ww. rozporządzenia, świadczeniodawca kwalifikuje i umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na realizację świadczenia opieki zdrowotnej, kierując się kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej, jako:

- „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenie świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znacznego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;

- „przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny. Należy również podkreślić, że świadczeniobiorca, zgodnie z art. 29 ww. ustawy, ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co umożliwia dokonanie wyboru świadczeniodawcy, u którego czas oczekiwania na określone świadczenie opieki zdrowotnej jest najkrótszy. Informacje o prowadzonych przez świadczeniodawców listach oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej są publikowane na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego ze względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz aktualizowane, co najmniej raz w miesiącu. Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do udzielania świadczeniobiorcom na ich żądanie, informacji na temat list oczekujących i średnim czasie oczekiwania.

Natomiast w stanach nagłych świadczeniobiorca zgodnie z art. 19 ust. 1 ww. ustawy, uzyskuje świadczenia opieki zdrowotnej niezwłocznie.

Warto w tym miejscu poinformować, że w celu poprawy kompletności i rzetelności informacji o czasie oczekiwania na świadczenia finansowane ze środków publicznych zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780, z późn. zm.), W rozporządzeniu określono jednolitą dla wszystkich świadczeniodawców formułę określania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania. Czas ten jest obliczany na podstawie zbiorczej informacji o tym jak długo czekali poszczególni pacjenci od chwili wpisania ich

na listę oczekujących do momentu wykonania świadczenia. Dzięki temu można będzie uzyskać porównywalne dane od różnych świadczeniodawców o tym, jakie są rzeczywiste czasy oczekiwania. Ponadto wprowadzono rozwiązanie umożliwiające weryfikację danych przekazywanych przez świadczeniodawców w tym zakresie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż kwestia poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest przede wszystkim ściśle powiązana z poziomem środków, jakimi dysponuje zarówno Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i Ministerstwo Zdrowia.

W sprawie ograniczenia do 2 lat udziału w programie zdrowotnym finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia uprzejmie informuję, iż programy te były konsultowane ze specjalistami przy współudziale konsultantów krajowych, właściwych ze względu na reprezentowane dziedziny medyczne. Niemniej Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do konsultanta krajowego w dziedzinie farmakologii klinicznej i konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii z prośbą ocenę naukową skuteczności leczenia interferonami stwardnienia rozsianego. Uzyskano następujące opinie.

W Polsce zarejestrowane są obecnie 3 preparaty zawierające interferon beta. Stosowane w sposób długotrwały u chorych z rzutami i remisjami choroby zmniejszają liczbę rzutów o 30%, jak również zwalniają o 30–40% narastanie niesprawności (nie jest to w pełni udowodnione). Wskazania do leczenia są obecnie szerokie. Wydaje się, że najbardziej uzasadnione jest podawanie leku chorym młodym z częstymi i ciężkimi rzutami, poruszającym się jeszcze samodzielnie i z dużymi zmianami w obrazie rezonansu magnetycznego. Są badania wskazujące na większą skuteczność leku podanego we wczesnej fazie choroby – może opóźnić wystąpienie kolejnego rzutu. Słabsze efekty kliniczne uzyskiwano stosując lek w późniejszych fazach choroby.

Nie rozstrzygnięto jednoznacznie kwestii, kiedy rozpoczynać leczenie i jak długo je kontynuować. Interferon beta nic hamuje całkowicie rozwoju choroby, a jedynie łagodzi jej przebieg. Odległe skutki leczenia nie są jeszcze znane. Działania niepożądane są znane i publikowane w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Zgodnie z międzynarodowymi i polskimi zaleceniami leczenie SM interferonem beta powinno trwać „co najmniej” 2 lata, u tych pacjentów, u których jest ono skuteczne. Skuteczność tego leczenia na podstawie kontrolowanych badań klinicznych ocenia się na 30–40%. Po 3 latach stosowania interferonu beta u więcej niż 30% leczonych chorych można wykryć przeciwciała neutralizujące, które znacznie ograniczają skuteczność leczenia. Oznacza to, że u niektórych chorych na stwardnienie rozsiane

leczenie interferonem beta powinno być przedłużone o kolejny rok (i być może następny) po spełnieniu dwóch warunków:

1. leczenie to przynosi wyraźnie korzyści kliniczne,
2. w surowicy nie stwierdza się przeciwciał neutralizujących skierowanych przeciwko interferonowi beta (w Polsce metoda oznaczania tych przeciwciał nie jest jeszcze dostępna).

Nie ma pewnych dowodów z literatury naukowej sugerujących, jaki odsetek chorych z SM wymaga leczenia interferonem beta przez okres dłuższy niż 2 lata. Decyzja o przedłużeniu leczenia ponad 2 lata powinna być zatem podejmowana indywidualnie w każdym przypadku. Na podstawie danych z literatury oraz doświadczenia Pana prof. nadzw. dr hab. Huberta Kwiecińskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii można przypuszczać, że u około 30% chorych z SM leczonych przez 2 lata interferonem beta może spodziewać się pozytywnego efektu tego leku także w następnych 1–2 latach.

Kwestia ograniczenia uczestnictwa chorych na stwardnienie rozsiane w ww. programach terapeutycznych finansowanych przez NFZ do 2 lat była negowana przez pacjentów zgłaszających ten problem do Ministerstwa Zdrowia. Wobec powyższego skierowano zapytanie do Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie i uzyskano następującą opinię od Prezesa NFZ. Zgodnie z opisem ww. programów leczenia SM, kwalifikacji do leczenia w ramach programu dokonuje świadczeniodawca realizujący program, zatem do niego należy decyzja o włączeniu pacjenta do programu i kontynuacji leczenia. Opis programu przewiduje 24 miesięczny okres trwania terapii. Nie oznacza to jednakże, że pacjent, którego stan kliniczny uzasadnia dalsze leczenie w ramach programu, nie może zostać do niego ponownie włączony. Jeżeli lekarz prowadzący potwierdza skuteczność kliniczną leczenia oraz brak istotnych działań niepożądanych to istnieje możliwość dalszego leczenia pacjenta. Wymagane jest jednakże by kwalifikacji do programu dokonał lekarz prowadzący. Od decyzji lekarza zależy także czy w ramach programu będzie leczony pacjent kwalifikowany do leczenia po raz pierwszy, czy też zachodzą okoliczności uzasadniające ponowne zakwalifikowanie pacjenta wcześniej leczonego w ramach programu.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 28 kwietnia 2008 r.

RPO-582015-X/08/WW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymuje skargi osób, którym Narodowy Fundusz Zdrowia odmówił potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe. Ze skarg tych wynika, że lekarze specjaliści – zatrudnieni w Narodowym Funduszu Zdrowia do oceny skierowań pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego – nie informują osób ubiegających się o to leczenie o przyczynie niepotwierdzenia skierowania, ograniczając się wyłącznie do poinformowania lekarza kierującego na leczenie o wystąpieniu przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, określonych w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007r. w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 44, poz. 285). Analiza powołanych przepisów oraz § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724 ze zm.) wskazuje, że wystąpienie przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego nie ogranicza w sposób automatyczny prawa pacjenta do tego leczenia a jedynie stanowi postawę do szczegółowej analizy czy leczenie uzdrowiskowe może mieć negatywny wpływ na stan zdrowia pacjenta. W pismach do Rzecznika, zainteresowani wskazują również, że lakoniczna forma odmowy skierowania na leczenie uzdrowiskowe uniemożliwia im zrozumienie zasadności odmowy. Niejednokrotnie przyczyn tej odmowy nie jest im również w stanie wyjaśnić lekarz kierujący na to leczenie.

Wątpliwości Rzecznika budzi nadto treść pouczenia znajdującego się w pismach Narodowego Funduszu Zdrowia informujących o odmowie potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe. Odnosi się ono wyłącznie do § 5 ust. 3 cytowanego rozporządzenia w sprawie leczenia uzdrowiskowego, zgodnie z którym na niepotwierdzenie skierowania na

leczenie uzdrowiskowe przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie przysługuje odwołanie. Pouczenie to nie zawiera natomiast informacji o prawie osób ubiegających się o leczenie uzdrowiskowe do złożenia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego.

Należy podkreślić, że czynność potwierdzenia skierowania (odmowy potwierdzenia skierowania) na leczenie uzdrowiskowe podejmowana na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) jest czynnością z zakresu administracji publicznej podlegającą kontroli sądu administracyjnego na podstawie art. 3 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. Nr 153, poz. 1270 ze zm.).

Nie udzielanie pełnej informacji osobom ubiegającym się o leczenie uzdrowiskowe o przyczynach niepotwierdzenia skierowania na to leczenie oraz nie informowanie o możliwości sądowej kontroli odmowy potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe skutkuje faktycznym ograniczeniem możliwości skorzystania z dostępnego w tej materii środka prawnego w postaci skargi do sądu administracyjnego.

W związku z powyższym na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r., Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o rozważenie możliwości podjęcia działań w kierunku zmiany obecnej procedury potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe w celu zapewnienia osobom ubiegającym się o to leczenie dostępu do pełnej informacji o przyczynach odmowy potwierdzenia skierowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz o przysługujących im w tej materii środkach prawnych. Zobowiązany będę za przekazanie stanowiska i informacji w tej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-530-12139-1/FD/08

Warszawa, 13 czerwca 2008 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem Pana Rzecznika z dnia 28 kwietnia 2008 r., znak: RPO-582015-X/08/WW, dotyczącym czynności potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), uprzejmie dziękuję Panu Rzecznikowi za zwrócenie uwagi na wskazany powyżej problem.

Uprzejmie informuję, że w pełni podzielam stanowisko Pana Rzecznika co do obowiązku udzielania świadczeniobiorcy wyczerpującej informacji o przyczynach ewentualnej odmowy potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

Jednocześnie pragnę poinformować, że w związku z przygotowywaną obecnie przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostanie wzięta pod uwagę kwestia nowelizacji art. 33 ust. 2 celem wskazania świadczeniobiorcom uprawnienia do złożenia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego.

Ponadto uprzejmie informuję, że w ramach nadzoru sprawowanego nad Narodowym Funduszem Zdrowia wystąpiłam do Prezesa Funduszu w sprawie podjęcia niezbędnych działań mających na celu rozwiązanie problemu wskazanego przez Pana Rzecznika, a dotyczącego rzetelnego informowania świadczeniobiorców o przyczynach niepotwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-593913-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 17 lipca 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Publikacje prasowe, m.in. w dzienniku „Polska”, a także *Informacja o wynikach kontroli prywatyzacji i restrukturyzacji sektora farmaceutycznego* (Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, maj 2008), odsłaniają realny problem możliwego utrudnienia dostępu pacjentów do tanich leków. Ma to związek z zastosowaniem art. 29 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271) do produktów leczniczych, które nie uzyskały przedłużenia okresu ważności pozwolenia do sprzedaży po 31 grudnia 2008 r. Dotyczy to sytuacji, gdy:

- podmiot odpowiedzialny nie złożył w terminie wniosku o przedłużenie ważności pozwolenia;
- wydano decyzję odmowną w przedmiocie udzielenia przedłużenia pozwolenia;
- wniosek nie zostanie rozpatrzony w terminie do 31 grudnia 2008r.

Zgodnie z treścią Komunikatu Ministra Zdrowia opublikowanego na stronie internetowej Ministerstwa, po 31 grudnia 2008r. nie będą mogły być wprowadzane do obrotu produkty lecznicze, których dokumentacja nie została zharmonizowana z wymaganiami Prawa farmaceutycznego obowiązującego na obszarze Unii Europejskiej. Zgodnie z decyzją Ministerstwa, możliwe będzie pozostawanie w obrocie po tej dacie takich produktów leczniczych jedynie do czasu upływu ich terminu ważności. Jednakże w Komunikacie Ministra Zdrowia nie zostało poruszone ważne zagadnienia skutków społecznych podjętych decyzji, zarówno dla pacjentów, jak i producentów leków, zwłaszcza objętych refundacją.

Według uzyskanych informacji przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, około 1500 leków, w tym ok. 1000 znajdujących się na Ustach leków refundowanych, nie zostało zgłoszonych do przedłużenia ważności

pozwolenia do sprzedaży. Wprawdzie część tych leków może już nie mieć znaczenia terapeutycznego, ale zniknięcie pozostałych leków spowoduje, że pacjenci przewlekle chorzy, będą drożej płacić za inne leki. Należy zauważyć, iż dla ubogich pacjentów istotne znaczenie może mieć nawet niewielki wzrost cen.

Zatem jako zasadny należy uznać postulat rejestracji wszystkich wskazań dla produktów generycznych zgodnie z zatwierdzonymi wskazaniem dla produktu referencyjnego, w ramach jednorazowego zuniifikowanego (a nie indywidualnego, odrębnego) postępowania przy dostosowaniu dokumentacji do wymagań obowiązującego prawa, a także postulat wyjaśnienia sytuacji rynkowej oraz pozostawienia w wykazach leków refundowanych tych produktów leczniczych, które na mocy Traktatu Akcesyjnego w dniu 31 grudnia br. utracą pozwolenie na dopuszczenie do obrotu.

W kwestii rozwiązania problemu utrzymania refundacji leków nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, jako pilne należy potraktować wskazanie Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej, zawarte w załączniku do Komunikatu Ministra Zdrowia, co do możliwości wprowadzenia do polskiego prawa przepisu, umożliwiającego wprowadzenie do obrotu i objęcie refundacją – produktu leczniczego nie posiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu. Takie rozwiązanie, dopuszczalne w Unii Europejskiej, byłoby niezwykle pożyteczne i powinno być wprowadzone jak najszybciej. Pozwoliłoby to uniknąć spodziewanych, niekorzystnych dla obywateli, zakłóceń na polskim rynku leków, związanych z upływem terminu zakończenia harmonizacji dokumentacji rejestracyjnej produktów leczniczych.

Za istotne należy też uznać skutki zaistniałej sytuacji dla producentów leków refundowanych, takich jak Polfa Warszawa SA i Polfa Pabianice SA. Jak wynika z powołanej na wstępie informacji NIK (str. 29) spółki te, w wyniku podejmowanych przez Ministra Zdrowia decyzji w sprawie wykazów leków refundowanych oraz ustalania cen urzędowych leków znajdujących się na tych listach, znalazły się w gorszej kondycji ekonomiczno-finansowej.

Mając powyższe na względzie, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się z prośbą o ustosunkowanie się do poruszonych kwestii i o podjęcie skutecznych działań regulujących sytuację na polskim rynku leków.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-593913-X/08/JS/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 13 października 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pragnę uprzejmie przypomnieć Pani Minister, że dotychczas nie wpłynęła odpowiedź na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 12 lipca 2008 r., dotyczące możliwych utrudnień dostępu pacjentów do tanich leków, które nie uzyskały przedłużenia okresu ważności pozwolenia do sprzedaży po 31 grudnia 2008 r. Zwracam się więc do Pani Minister o spowodowanie przyspieszenia prac, związanych z udzieleniem odpowiedzi na wskazane wystąpienie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Polityki
Lekowej i Farmacji
MZ-PLE-073-7516-4/KK/09

Warszawa, 11 lutego 2009 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Prezesie

Odpowiadając na pismo Pana Rzecznika znak: RPO-593913-X/08/JS/TG dotyczące ewentualnych utrudnień dostępu pacjentów do tanich le-

ków, które nie uzyskały przedłużenia okresu ważności na dopuszczenie do obrotu, uprzejmie informuję, co następuje.

Stosownie do art. 66 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawa farmaceutycznego (Dz.U.08.45.271) produkty lecznicze mogą znajdować się w obrocie w ustalonym dla nich terminie ważności. Mając na uwadze powyższą dyspozycję ustawową produkty lecznicze, które zostały legalnie dopuszczone i wprowadzone do obrotu mogą pozostawać w obrocie do upływu terminu ważności. Wszystkie takie produkty lecznicze znajdujące się na wykazach refundacyjnych będą refundowane ze środków publicznych.

Jednocześnie należy wyjaśnić, iż Ministerstwo Zdrowia na bieżąco monitoruje obrót refundowanymi produktami leczniczymi. W przypadkach, gdy ilość refundowanych produktów, które nie będą mogły od 1 stycznia 2009 r. być wprowadzane do obrotu, a będą mogły pozostawać w obrocie do upływu terminu ważności, będzie zbyt mała, aby zapewnić dostępność do produktu Minister podejmie odpowiednie kroki zmierzające do usunięcia takiego produktu z wykazów refundacyjnych. Ponadto wraz z upływem terminu ważności ostatnich partii takich produktów wprowadzonych do obrotu będą one usuwane z wykazów refundacyjnych.

Z poważaniem

DYREKTOR
Departamentu Polityki
Lekowej i Farmacji
/-/ Artur Falek

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-597215-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 9 września 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich na podstawie zgłoszenia telefonicznego Pana Stanisława R. przebywające-

go w Klinice Zaburzeń Homeostazy i Chorób Wewnętrznych Instytutu Hematologii i Transfuzjologii a następnie po zapoznaniu się z treścią artykułu pt. „Brakuje odwagi za 2,5 mln” zamieszczonego w „Gazecie Wyborczej” z dnia 29 sierpnia br. podjął postępowanie wyjaśniające w kwestii postępowania organów publicznych w sprawie sfinansowania zainteresowanemu koncentratu rekombinowanego aktywnego czynnika VII, niezbędego do osłony homeostatycznej ortopedycznego zabiegu operacyjnego koniecznego ze wskazań życiowych.

Z prośbą o poinformowanie Rzecznika o sposobie rozwiązania podnoszonej sprawy, w dniu 29 sierpnia br. Rzecznik zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia, ale pomimo prośby o potraktowanie sprawy jako pilnej, dotychczas nie otrzymał informacji w tej kwestii.

Natomiast na wystąpienie w omawianej sprawie do Dyrektora Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał informację o działaniach kierownictwa Instytutu w tej materii oraz wymianie korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Centrum Krwi. Z nadesłanej w tej sprawie kopii pisma z dnia 14 sierpnia 2008 r. Pana Marka Habera – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia skierowanego do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynikało, że w omawianej materii poczynione zostały ustalenia, skutkujące skierowaniem do Prezesa funduszu prośby o pilną realizację ustaleń poczynionych w obecności Ministra Zdrowia i sfinansowanie zakupu koncentratu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z wcześniejszą deklaracją Prezesa Funduszu. W tej sytuacji, pismem z dnia 8 września br., Rzecznik wystąpił do Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o poinformowanie o sposobie i terminie rozwiązania podnoszonej sprawy.

Tymczasem, z treści artykułu pt. „Znalazły się pieniądze na operację chorego” zamieszczonego w „Gazecie Wyborczej” z dnia 9 września br., w którym autorka artykułu powołuje się na wypowiedź rzecznika Ministerstwa Zdrowia, wynika, że decyzja w sprawie finansowania zainteresowanemu bardzo drogiego koncentratu „zapadła w czwartek w ubiegłym tygodniu” i „lek zostanie sfinansowany z Narodowego Programu Leczenia Hemofilii”, a zatem ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Rzecznik Praw Obywatelskich jest głęboko zaniepokojony postępowaniem organów publicznych w tej materii. Oto bowiem przez ponad miesiąc cierpiący ból pacjent oczekuje przeprowadzenia ortopedycznego zabiegu operacyjnego, koniecznego ze wskazań życiowych, gdy tymczasem trwa wymiana korespondencji między zainteresowanymi instytucjami i organami publicznymi, a zapadające w tej sprawie decyzje są kolejno zmieniane.

Sytuacja powyższa jest nie do przyjęcia z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz z uwagi na ochronę praw pacjenta. Wskazuje nadto na ewidentną niesprawność działania instytucji publicznych właściwych w tej sprawie.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 w związku z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o niezwłoczne poinformowanie Rzecznika o stanowisku Pani Minister w omawianej sprawie oraz o sposobie i terminie rozwiązania podnoszonego problemu.

Proszę również o poinformowanie Rzecznika o działaniach Pani Minister mających na celu uproszczenie procedur w podobnych przypadkach oraz usunięcie w tym zakresie nieprawidłowości.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-PZ-PZ-400-4550-268/MP/08

Warszawa, 3 października 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 września 2008 r. znak: RPO-597215-X/08/AA w sprawie zabezpieczenia środków – finansowych na pokrycie kosztu rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIIa (NovoSeven), niezbędnego do terapii osłonowej zabiegu realloplastyki stawu kolanowego pacjenta Stanisława R., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień. Pismem datowanym dnia 1 sierpnia 2008 r. Instytut Hematologii i Trans-

fuzjologii w Warszawie zgłosił potrzebę zabezpieczenia w rekombinowany czynnik VIIa, w ilości 768 mg, pacjenta Stanisława R. do zabiegu realio-plastyki stawu kolanowego z użyciem protezy resekcyjnej typu OSS (której przyczyną jest złamanie protezowe trzonu kości udowej lewej w przebiegu obluźowania protezy GSP kolana lewego) w ramach „Narodowego Programu Leczenia hemofilii na lata 2005–2011”. Zgodnie z otrzymaną informacją od Konsultanta Krajowego w dziedzinie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – w lipcu 2008 roku doszło do złamania okołoprotezowego kości udowej lewej, co unieruchomiło pacjenta w łóżku, wskazując jednocześnie, iż w tej sytuacji niezbędne jest przeprowadzenia operacji rewizyjnej, która powinna być przeprowadzona w trybie pilnym. Decydującym elementem umożliwiającym przygotowanie pacjenta do złożonej i rozległej operacji jest podanie czynnika krzepnięcia, w tym przypadku rekombinowanego czynnika VIIa.

Z uwagi, iż zabieg u p. Stanisława R. był wskazywany jako zabieg pilny, co kilkakrotnie potwierdzał Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, poczyniono ustalenia z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, iż ilość czynnika niezbędna do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego zostanie zrefundowana przez Mazowiecki Oddział NFZ, w ramach tzw. świadczenia wykonanego za zgodą płatnika. Pismem z dnia 7 sierpnia 2008 r. Dyrektor THiT w Warszawie został powiadomiony o powyższych ustaleniach.

Natomiast, pismem z dnia 11.08.2008 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował Dyrektora Mazowieckiego Oddziału NFZ, iż zadaniem NFZ jest finansowanie hospitalizacji chorego z wyłączeniem kosztów terapii niedoboru czynnika krzepnięcia objętej „Narodowym Programem Leczenia hemofilii na lata 2005–2011” oraz przekazał stanowisko dotyczące trybu realizacji leczenia p. Stanisława R., uznając, iż w, zabieg nie jest zabiegiem ze wskazań życiowych, a zabiegiem planowym, ponieważ pacjent do tego zabiegu był przygotowywany od marca 2008 roku (o czym resort zdrowia nie był wcześniej informowany) i powinien zostać zabezpieczony w rekombinowany czynnik VIIa, w ilości wnioskowanej przez IHiT w Warszawie w ramach *Narodowego Programu Leczenia hemofilii na lata 2005–2011*”.

Wobec takiego stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia oraz biorąc pod uwagę stan pacjenta zostały podjęte niezwłoczne działania zmierzające do dokonania odpowiednich przesunięć budżetowych, tak aby możliwe stało się sfinansowanie 768 mg rekombinowanego czynnika VIIa dla p. Stanisława R.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przeprowadzono postępowanie przetargowe na zakup rekombinowanego czynnika VIIa. W dniu 15 września 2008r czynnik został dostarczony do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, celem zabezpieczenia ww. zabiegu, a 16 września 2008 roku została przeprowadzona operacja u p. Stanisława R.

Przedstawiając powyższe w pełni zrozumiałą jest niepokój Pana Rzecznika o chorego pacjenta, jednak należy wziąć pod uwagę fakt, iż zabieg ten nie był zabiegiem ratującym życie, a zabiegiem planowanym, wymagającym przy tym szczególnych procedur (koniecznym było min. przeprowadzenie postępowania w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych) oraz wyasygnowanie dodatkowych środków finansowych, wcześniej nie planowanych w kwocie około 2.700.000 zł.

Odnosząc się do kwestii przedstawienia działań Ministra Zdrowia, które mają na celu uproszczenie procedur w podobnych przypadkach, uprzejmie informuję, iż Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2008 r. został powołany Zespół do spraw opracowania standardu kompleksowej opieki nad chorymi na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne oraz sposobu i zasad finansowania zaopatrzenia w czynniki krzepnięcia. Jednym z zadań powyższego Zespołu jest modyfikacji „Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005–2011” tak, by jego aktualizacja umożliwiła uniknięcie w przyszłości podobnych sytuacji.

Przedstawiając powyższe, pragnę zapewnić Pana Rzecznika, iż dobro pacjentów jest przedmiotem szczególnej troski Ministra Zdrowia, a chorzy na hemofilię stanowią grupę, która otrzymuje opiekę na najwyższym możliwym poziomie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ ZDROWIA
/-/ Marek Haber

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Zastępca

Rzecznik Praw Obywatelskich

Stanisław TROCIUK

RPO-597215-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 13 października 2008 r.

Pan
Marek Haber
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Uprzejmie dziękuję Panu Ministrowi za wyjaśnienia z dnia 18 września i 3 października br. w sprawie zabezpieczenia środków finansowych na pokrycie kosztu rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIIa (NovoSeven) niezbędnego do terapii osłonowej zabiegu realloplastyki stawu kolanowego u Pana Stanisława R.

Nawiązując do treści ostatniego wyjaśnienia Pana Ministra, z którego wynika, że „w pełni zrozumiałą jest niepokój Rzecznika o chorego pacjenta, jednak należy wziąć pod uwagę fakt, iż zabieg ten nie był zabiegiem ratującym życie, a zabiegiem planowanym”, pozwolę sobie zauważyć, że Rzecznik Praw Obywatelskich w żadnym wypadku nie czuje się powołany i upoważniony do oceny stanu zdrowia pacjentów, w tym orzekania o pilności zabiegu operacyjnego. Takiej oceny Rzecznik nie próbował dokonywać w omawianym przypadku dotyczącym Pana Stanisława R. Przyczyną w wystąpieniu Rzecznika z dnia 9 września br. konieczność wykonania wspomnianego zabiegu ze wskazań życiowych znajdowała swoje uzasadnienie w piśmie Pana Ministra z dnia 14 sierpnia 2008 r. skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Z pisma tego wynikało, że „chory, ze wskazań życiowych, wymaga leczenia operacyjnego”. Okoliczność ta uzasadniała skierowanie przez Rzecznika powołanego wystąpienia do Ministra Zdrowia.

/-/ Stanisław Trociuk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 12 lutego 2009 r.

RPO-608428-X/09/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich po zapoznaniu się z doniesieniami środków masowego przekazu w sprawie przyjętego przez Rząd planu oszczędności na 2009 r., postanowił podjąć postępowanie wyjaśniające w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwa leczenia w związku z planowanymi oszczędnościami w resorcie zdrowia.

Z powszechnie znanych zapewnień w tej materii Pani Minister oraz Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia wynikało, że z powodu oszczędności w resorcie zdrowia nie ucierpią pacjenci, a planowane ograniczenia wydatków nie będą dotyczyć finansowania świadczeń zdrowotnych.

Z doniesień prasowych wynika jednakże, że tak się nie stanie. I tak, oszczędności dotkną realizację założeń Wieloletniego Programu Wzmocnienia Bezpieczeństwa Zdrowotnego Obywateli. Natomiast procedury wysokospecjalistyczne, finansowane dotychczas ze środków Ministra Zdrowia, przekazane zostaną od 1 lipca 2009 r. do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oznacza to, że zakłady opieki zdrowotnej otrzymają mniejsze wsparcie finansowe, a Narodowy Fundusz Zdrowia zmuszony będzie do wygospodarowania środków na finansowanie procedur wysokospecjalistycznych z dotychczasowego zasobu przeznaczonego na inne świadczenia zdrowotne.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o informację o planowanych oszczędnościach w resorcie zdrowia oraz ich wpływie na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych obywateli i bezpieczeństwo leczenia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 17 marca 2009 r.

MZ-BFC-3 20-6923-6/MG/09

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z zapytaniem zawartym w piśmie znak RPO-608428-X/09/AA z dnia 12 lutego br. w sprawie oszczędności w budżecie Ministra Zdrowia na 2009 r. uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W związku z zaistniałym kryzysem finansowym Rada Ministrów w dniu 27 stycznia 2009 r. zdecydowała o konieczności okresowego ograniczenia niektórych wydatków budżetu państwa na rok 2009 o nie mniej niż 10%, zobowiązując Ministra Finansów do przygotowania w porozumieniu z właściwymi ministrami, w trybie pilnym, harmonogramu realizacji wydatków uwzględniającego czasowe ich ograniczenie.

Po bardzo wnikliwej analizie planowanych na rok 2009 wydatków oraz uwzględniając możliwość przejęcia części zadań związanych ze świadczeniami zdrowotnymi do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w II półroczu 2009 r. ustalono, że zmniejszenia wydatków wyniosą ogółem **336.991 tys. zł**, w tym: w części 46 – Zdrowie – 302.491 tys. zł i w części 83 – Rezerwy celowe – 34.500 tys. zł.

Zmniejszenia wydatków w części 46 – Zdrowie na kwotę 302.491 tys. zł dotyczą:

– w zakresie wydatków bieżących – 160.305 tys. zł:

1) dotacji dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa – 8.140 tys. zł, z uwagi na możliwość uzyskania przez centra dodatkowych dochodów ze sprzedaży osocza rekompensujących zmniejszenie dotacji,

2) świadczeń wyspecjalistycznych – 52.165 tys. zł w związku z planowanym przekazaniem w II półroczu 2009 r. części zadań do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

3) programu wieloletniego „Wzmocnienie Bezpieczeństwa Zdrowotnego Obywateli” – 100.000 tys. zł, z jednoczesnym zapewnieniem kontynuacji programu w 2010 r.

– w zakresie wydatków majątkowych – 142.186 tys. zł:

1) inwestycji wieloletnich w szpitalach klinicznych – 126.102 tys. zł,

2) wydatków na realizację pozostałych zadań budowlanych i zakupów inwestycyjnych – 16.084 tys. zł, w tym w Ministerstwie Zdrowia oraz jednostkach podległych i nadzorowanych przez MZ.

Ostatecznie, potencjalne ograniczenia planowanych wydatków w części 46 – Zdrowie stanowią 6,4% wydatków ogółem, z czego wydatki bieżące zostały ograniczone o 4,3% natomiast wydatki majątkowe o 14,3%.

Jednocześnie, odnosząc się do pytania Pana Rzecznika w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, uprzejmie informuję, że część tych świadczeń zostanie przekazana do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z 18 finansowanych obecnie świadczeń, od 1 lipca następujące świadczenia planowane są do przejęcia przez NFZ:

- przeszczepienie autologicznego szpiku,
- przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA,
- przeszczepienie allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego,
- przeszczepienie nerki,
- przeszczepienie nerki i trzustki,
- przeszczepienie trzustki.

Analiza wykazała, że te świadczenia mogą być z powodów merytorycznych przekazane do finansowania przez NFZ, gdyż stanowią dwa jednolite bloki, z których każdy wykorzystuje tą samą bazę materialną szpitala, wymaga zastosowania podobnych urządzeń oraz podobnych umiejętności personelu medycznego.

Informuję również, że zmiana rodzaju procedur finansowanych w formie świadczeń wysokospecjalistycznych jest procesem naturalnym i pożądanym z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa. Postęp w naukach medycznych i rozwój nowoczesnych technologii medycznych powodują powstawanie nowych metod leczenia, które naturalnym biegiem wchodzi na listę świadczeń wysokospecjalistycznych. Od 1 kwietnia 2009 r. w ramach tych procedur będą finansowane:

- przeszczepienie komórek wysp trzustkowych,
- przeszczepienie komórek przytarczyc,
- wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków,
- przeszczepienie lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca.

Należy również podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdził możliwość zabezpieczenia dotychczas finansowanych przez Ministra Zdrowia świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanego na 2009 r. planu.

Jednocześnie, odnośnie Programu wieloletniego „Wzmocnienie Bezpieczeństwa Zdrowotnego Obywateli”, uprzejmie informuję, że w związku

z nierozdysponowaniem w roku bieżącym 100 mln zł dla szpitali samorządowych, realizacja programu zostanie wydłużona do 2010 r.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Mariola Dwornikowska

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 9 kwietnia 2009 r.

RPO-610187-X/09/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W okresie ostatnich miesięcy, w środkach masowego przekazu pojawiło się szereg doniesień, wskazujących na występowanie ograniczeń w dostępności niektórych produktów leczniczych. Doniesienia te potwierdzają komunikaty Ministerstwa Zdrowia w sprawie odpowiedników niektórych brakujących produktów leczniczych oraz listy obywateli kierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich (kopia ostatnio otrzymanego listu w załączeniu).

Informacje te są niepokojące, zważywszy, że ograniczenia dostępności dotyczą leków ratujących życie (np. corhydron, noradrenalina), niezbędnych do wybudzania pacjentów ze znieczulenia ogólnego po zabiegach operacyjnych (np. polistygmina), koniecznych do zwalczania chorób zakaźnych (np. gruźlicy – izoniazyd), istotnych dla chorych m.in. na mukowiscydozę (np. colistyna, kreon, pulmozyna). Jednocześnie, brak jest wystarczającej informacji dla świadczeniodawców i pacjentów na temat brakujących produktów leczniczych, co dezorganizuje pracę szpitali oraz utrudnia, a nawet uniemożliwia, prowadzenie zalecanego leczenia.

Problemu nie rozwiązują komunikaty Ministerstwa Zdrowia w sprawie odpowiedników brakujących produktów leczniczych oraz możliwość skorzystania z procedury tzw. importu docelowego w przypadku braku dostępności produktów leczniczych i odpowiedników ratujących zdrowie lub życie pacjenta. Konieczny w tej sprawie jest stały monitoring sytuacji i zapewnienie odpowiedniej informacji oraz generalne rozwiązanie problemu zabezpieczenia dostępności produktów leczniczych.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o poinformowanie Rzecznika o działaniach i zamierzeniach resortu zdrowia w sprawie monitoringu sytuacji oraz rozwiązania problemu ograniczeń w dostępności produktów leczniczych umożliwiających swobodne udzielanie świadczeń zdrowotnych i zabezpieczenie praw pacjentów do zalecanej terapii.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

**Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce.
Analiza i rekomendacje działań.⁹
Wnioski i rekomendacje w zakresie ochrony zdrowia
i osób starszych**

Diagnoza

Przygotowana przez geriatrów diagnoza dotycząca nieprawidłowości w realizacji praw starszych pacjentów sporządzona dla potrzeb projektu Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce „Stop dyskryminacji ze względu na wiek” zwraca uwagę na liczne problemy.

1. W podstawowych zakładach opieki zdrowotnej w stosunku do pacjenta seniora bardzo często nie stosuje się standardów geriatrycznych: zbyt krótki czas wizyty lekarskiej, zła jakość pracy – niedostosowana do

⁹ Redakcja naukowa: prof. UW dr hab. Barbara Szatur-Jaworska. Biuletyn RPO – Materiały Nr 65, 2008 r., str.144

fizjologii starzenia, brak wiedzy geriatrycznej – przypisywanie objawów leczonej w danym momencie choroby wyłącznie efektowi starości.

2. W Polsce brakuje specjalistów geriatrów, zaś w minimach programowych kształcenia lekarzy brakuje przedmiotu geriatra.

3. NFZ nie kontraktuje usług geriatrycznych. Zbyt mało jest specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz poradni. Co więcej, obserwuje się proces likwidacji „łóżek geriatrycznych” – w latach 1999–2004 ich liczba spadła z 465 do 300.

4. Obserwuje się niechętny stosunek pielęgniarek środowiskowych do starych niesprawnych pacjentów.

5. Nie prowadzi się edukacji pacjenta przez lekarza w leczeniu przewlekłych chorób (farmakoterapia, dietoterapia, aktywność fizyczna i intelektualna) oraz w przygotowaniu pacjenta seniora do zabiegów diagnostycznych i leczniczych.

6. Częstoą praktyką jest niekierowanie osób starszych na badania profilaktyczne. Osoby te mają też większe niż inni pacjenci kłopoty z uzyskaniem skierowań na badania dodatkowe, na konsultacje specjalistyczne, na diagnostykę i leczenie szpitalne, na rehabilitację, do sanatorium.

7. Osoby w podeszłym wieku mają ograniczony dostęp do pomocy w nagłych przypadkach (pogotowie ratunkowe) – wiek pacjenta decyduje często o przysłaniu karetki.

8. Utrudnione jest załatwianie (brak procedur) wielu spraw medycznych, urzędowych w sytuacji osób starszych niemobilnych. ciężko chorych. Niemożliwe jest telefoniczne załatwienie skierowania na karetkę pogotowia dla obłożnie chorego seniora, którym opiekuje się tylko jeden opiekun, który nie może pozostawić pacjenta bez opieki w domu.

9. Złe traktowanie starych pacjentów przez lekarzy i średni personel: brak kultury osobistej, arogancja, poniżanie, paternalistyczny stosunek do seniora.

10. Niemal całkowity brak łóżek w opiece paliatywnej dla pacjentów z chorobą nienowotworową.

W zakresie procedur lekarze geriatrzy zwracają uwagę na następujące problemy:

1. NFZ nie kontraktuje usług z zakresu rehabilitacji geriatrycznej oraz pielęgniarstwa geriatrycznego.

2. W dostępie do programów profilaktycznych stosowane są ograniczenia wieku (np. z prewencji chorób układu krążenia mogą skorzystać tylko osoby do 65. roku życia).

3. Dostęp do porad lekarza geriatry utrudnia procedura. zgodnie z którą pacjent, musi wcześniej otrzymać skierowanie i wykonać dodatkowe

badania specjalistyczne, co wymaga od niesprawnego seniora wielokrotnych wizyt w placówkach ochrony zdrowia.

4. W kontraktach z NFZ nie uwzględnia się czasu trwania wizyty u geriatry dużo dłuższego niż w przypadku pozostałych specjalności.

5. W kontraktach ze szpitalami NFZ nie uwzględnia wyższych kosztów leczenia starszych wiekiem pacjentów dłuższy czas hospitalizacji, potrzeba zaangażowania wielodyscyplinarnych zespołów, konieczność stosowania wielu procedur diagnostycznych i terapeutycznych u jednego pacjenta (w związku z wielochorobowością w starszym wieku).

6. NFZ nie kontraktuje wielu typowych dla geriatry procedur diagnostyczno-terapeutycznych związanych z tzw. wielkimi zespołami geriatrycznymi.

7. Brakuje możliwości kontraktowania dziennych form opieki medycznej dla seniorów – dziennych oddziałów diagnostyczno leczniczych i rehabilitacyjno-leczniczych.

Wnioski i rekomendacje

Poprawa sytuacji osób starszych w polskiej ochronie zdrowia wymaga wielokierunkowych zmian obejmujących:

1. podniesienie poziomu wiedzy geriatrycznej lekarzy i decydentów w ochronie zdrowia:

2. zmianę postaw pracowników ochrony zdrowia wobec starszych pacjentów;

3. zmianę procedur obowiązujących w publicznej ochronie zdrowia.

Do kluczowych, oczekiwanych zmian zaliczyć należy:

1. zwiększenie liczby lekarzy geriatrów;

2. wprowadzenie do minimum programowego studiów medycznych przedmiotu geriatrya;

3. uwzględnienie w kontraktach z NFZ specyfiki terapii i opieki geriatrycznej – inna wycena, zmiana procedur:

4. rezygnację z ustalania granic: wieku w powszechnych programach profilaktycznych, np. takich jak badania mammograficzne;

5. rozwijanie różnorodnych form opieki długoterminowej nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi w miejscu zamieszkania, jak i w instytucjach; zarówno w formie pomocy świadczonej w zastępstwie rodziny, jak i pomocy wspierającej rodzinę, która zajmuje się osobą obłożnie chorą;

6. zwiększenie liczby łóżek w hospicjach dla pacjentów z chorobami nowotworowymi, jak i nienowotworowymi;

7. wprowadzenie możliwości wystawienia przez lekarza recepty umożliwiającej zakup leków przez 3–6 miesięcy w określonej ilości comiesięcz-

nie, co powinno skrócić kolejki do lekarzy rodzinnych wskutek wyeliminowania z nich tych seniorów, którzy przychodzą tylko „po receptę”;

8. zmianę sposobu myślenia o zdrowiu przez osoby starsze (jak pokazują badania, osoby słabo wykształcone preferują „przekazanie” pieczy nad swym zdrowiem specjalistom, lepiej wykształceni większą rolę przypisują sobie – swoim wyborom i stylowi życia; to drugie podejście należy promować).

2.4.2. Opieka paliatywno-hospicyjna, zwalczanie bólu przewlekłego

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-602699-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 20 listopada 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W związku z tym, że mamy obecnie okres negocjowania i podpisywania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przez świadczeniodawców zajmujących się opieką paliatywno-hospicyjną, jak również w związku z zarządzeniem Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, zwracam się z uprzejmą prośbą do Pani Minister o podjęcie działań, zapewniających osobom dorosłym odpowiednie standardy postępowania z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej, w tym wyeliminowanie praktyk dyskryminujących pacjentów umierających z powodu innych schorzeń niż nowotwory.

Przywoływana w Zarządzeniu Prezesa NFZ, przyjęta w 2002 roku przez Światową Organizację Zdrowia, definicja opieki paliatywno-hospicyjnej określa, że „OPH jest to całościowe postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami zwią-

zanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu przez wczesne ich wykrycie, całościową ocenę i leczenie uwzględniające uśmierzanie bólu, duszności i inne czynniki somatyczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów psycho-socjalnych i duchowych wraz ze wsparciem dla rodziny chorego podczas choroby i w okresie żałoby. Szereg działań z zakresu opieki paliatywnej jest podejmowanych we wcześniejszym okresie choroby jeszcze w okresie leczenia mającego na celu przedłużenie życia”. Wnioski z analizy treści Zarządzenia Nr 96/2008/DSOZ, a zwłaszcza opinie uznanych autorytetów medycznych (prof. Jacek Łuczak; dr Aleksandra Gałkowska-Rysz, krajowy konsultant medycyny paliatywnej), a także wyniki debaty podczas międzynarodowej konferencji naukowej „Cierpienie, umieranie, śmierć – w aspekcie medycznym, etycznym, psychologicznym, filozoficznym i społecznym” (Wrocław 6 listopada 2008 r.), mogą wskazywać na niedostosowanie narzuconych w Zarządzeniu NFZ zasad opieki do wymagań Światowej Organizacji Zdrowia, a nawet na naruszanie podstawowych praw pacjenta – w tym przypadku praw osoby umierającej z powodu nieuleczalnej choroby. Szereg przykładów na potwierdzenie tej tezy można znaleźć w doniesieniach prasowych (np. „Gazeta Wyborcza” – artykuły związane z akcją *Umierać po ludzku*; Tygodnik Powszechny z dnia 2 listopada 2008 r.), a także audycjach telewizyjnych i radiowych (np. TVP1 – 9 listopada 2008 r.; Polsat News – Wystarczy chcieć; Polskie Radio, Radio dla Ciebie).

Zgodnie z trybem kierowania i zasadami udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, przewidzianymi w § 18 ust 1. pkt 2 powołanego zarządzenia Prezesa NFZ, świadczenia te udzielane są pacjentom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia wskazane w załączniku nr 11 do warunków zawierania umów. Wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe (nowotwory; zakażenia ośrodkowego układu nerwowego wywołane wirusami powolnymi; choroby wywołane przez wirus HIV; układowe zaniki pierwotne zajmujące oun; kardiomiopatie – w okresie schyłkowym; niewydolność oddechowa – zaawansowana; owrzodzenia odleżynowe) jest jednak ograniczony w stosunku do wykazu sporządzonego i wiarygodnie uzasadnionego przez wybitnych przedstawicieli środowiska medycznego, w tym przez krajowego konsultanta medycyny paliatywnej. W wykazie NFZ nie uwzględniono takich grup schorzeń, jak: zwłóknienie i marskość wątroby – w okresie schyłkowym; niewydolność nerek – w okresie schyłkowym; choroby skóry i tkanki podskórnej związane z napromieniowaniem; stopa cukrzycowa. Zdaniem specjalistów, np. pomniejszenie listy o schyłkową niewydolność nerek oznacza, że wg NFZ chory – jeśli nie chce poddać się

dializoterapii lub dializo terapia jest z jakiegoś powodu niemożliwa, nie ma prawa do finansowanej przez NFZ opieki paliatywnej, pomimo licznych dolegliwości towarzyszących temu schorzeniu.

Wg § 17. ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ, warunkiem koniecznym objęcia pacjenta opieką paliatywną jest, poza skierowaniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pisemną zgodą pacjenta lub jego rodziny/opiekuna, także wskazanie medyczne, w szczególności fakt występowania u chorego schorzenia nie rokującego nadziei na wyleczenie. Moje wątpliwości budzi sytuacja, w której ignorowane jest stanowisko środowiska medycznego i krajowego konsultanta odnośnie do wskazań medycznych, bowiem nie znajduję innego tak kompetentnego gremium do wypowiedzania się w sprawach merytorycznych a dokonywanie przez NFZ wycinkowego wyboru schorzeń z listy przedstawionej przez specjalistów, nosi znamiona wykazu administracyjnego, nie medycznego. Ponadto sytuacja taka czyni iluzorycznym przepis § 18 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ, zgodnie z którym ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta podejmuje lekarz hospicjum.

Nie mogę również doszukać się uzasadnienia ekonomicznego dla stanowiska przyjętego przez NFZ. Według danych GUS, w 2006 r. zmarło w naszym kraju 369 686 osób, w tym ponad połowa zgonów miała miejsce w szpitalu, 38% zmarło w domu a 5,4% (ok. 20 tys. osób) w hospicjum lub tzw. domu opieki. Mogę przypuszczać, że pacjenci zdyskwalifikowani przez NFZ do opieki paliatywno/hospicyjnej, np. osoby umierające z powodu schyłkowej niewydolności nerek, dokonują żywota na oddziale nefrologii lub dializoterapii, w warunkach gorzej dostosowanych do terminalnych potrzeb tych chorych w porównaniu do warunków zapewnianych przez hospicjum, a także prawdopodobnie bardziej kosztownych dla szpitala i dla NFZ.

Zwracają uwagę także inne problemy z kontraktowaniem świadczeń przez NFZ, odbijające się niekorzystnie na chorych umierających w hospicjach lub oddziałach opieki paliatywnej. Według opinii krajowego konsultanta, błędne są wymagania NFZ dotyczące wyposażenia placówek opieki paliatywnej oraz kwalifikacji pielęgniarek. Narzucone przez NFZ wymagania dotyczące kwalifikacji pielęgniarek sprawiają że w chwili obecnej ok. 50 % działających prawidłowo hospicjów nie może podpisać kontraktu na rok 2009.

Największym problemem jest niedofinansowanie opieki paliatywnej. Przyczynia się to, zdaniem krajowego konsultanta, do gwałtownego spadku liczby hospicjów i szpitalnych oddziałów opieki paliatywnej. Mimo przekazania przez Ministerstwo Zdrowia do NFZ dodatkowych środków na dofinansowanie opieki paliatywnej oraz przedmiotowych zaleceń Pre-

zesa NFZ, tylko część dyrektorów oddziałów wojewódzkich zastosowała się do nich, co może powodować znaczące różnice w jakości sprawowanej opieki. Wiele jednostek jest zagrożonych likwidacją. Zdaniem specjalistów, NFZ powinien finansować wszystkie procedury, które należy wykonać u chorego objętego opieką paliatywną. Obecnie chory przebywający w hospicjum lub oddziale opieki paliatywnej – pomimo, że jest pod opieką lekarza specjalisty – nie ma prawa do transfuzji krwi na tym oddziale. Musi być transportowany do innego szpitala lub – co często się zdarza z pobudek humanitarnych, np. by zaoszczędzić cierpienia chorego ze złamaniami patologicznymi – placówki decydują się na przetoczenie krwi, chociaż nie otrzymają na to środków z NFZ. Jest to tylko jeden z przykładów ograniczeń związanych z niskim i nieprawidłowym finansowaniem opieki paliatywnej. Moim zdaniem jest to także kolejny przykład dyskryminacji części chorych objętych opieką paliatywną.

Z doniesień prasowych wynika także, iż rodziny osób terminalnie chorych napotykają na utrudnienia w odwiedzinach swych bliskich przebywających w szpitalach lub hospicjach. Tak dzieje się np. w Białej Podlaskiej i w Mielcu, gdzie po 22.00 zamyka się szpitalną bramę. Nie są to jednak przypadki odosobnione, a podawane przyczyny (np. braki personelu czy warunki lokalowe oddziału) nie stanowią wystarczającego wytłumaczenia dla naruszania praw umierającego człowieka. Można sądzić, że podobne sytuacje są spowodowane brakiem odpowiednich regulacji prawnych, które określałyby jednoznacznie standardy postępowania, procedur medycznych i wymagań dla personelu medycznego zatrudnionego w ZOZ, a także formy organizacyjne podmiotów uprawnionych do udzielania takich świadczeń.

Przedstawiona w niniejszym wystąpieniu argumentacja wskazuje na potrzebę opracowanie szczegółowych wytycznych postępowania w zakresie medycyny paliatywno-hospicyjnej dorosłych. Należałoby też wziąć pod uwagę Rekomendację RE(2003)24 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich dotyczącej organizacji opieki paliatywnej przyjętej podczas 860 sesji Rady Europy, zalecono rządów państw członkowskich, by „podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej”.

Z posiadanych informacji wynika, że projekt odnośnego rozporządzenia Ministra Zdrowia został przekazany do uzgodnień zewnętrznych w dniu 22 lutego 2007 r., z terminem zgłaszania uwag upływającym dnia 15 marca 2007 r., a w dniu 22 maja 2007 r. przedstawione zostały uwagi i propozycje zgłoszone do projektu.

Na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się więc do Pani Minister o informację dotyczącą aktualnego stanu prac legislacyjnych w przedmiotowej sprawie. Pragnę równocześnie wyrazić głębokie przekonanie, że wyjaśnienie wszystkich kwestii poruszonych w wystąpieniu, jak również podjęcie konkretnych przedsięwzięć zaradczych zmierzających w stronę spełnienia oczekiwań środowiska medycznego, pacjentów i ich rodzin, przyczyni się do korzystnych zmian w systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 8 stycznia 2009 r.

MZ-UZ-OPK-073-14318-1/AP/09

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, z dnia 20 listopada 2008 roku, dotyczące negocjowania i zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przez świadczeniodawców zajmujących się opieką paliatywno-hospicyjną, jak również w związku z Zarządzeniem nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 roku. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

System opieki zdrowotnej w zakresie zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, funkcjonuje w oparciu o *ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn. Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484).

Artykuł 146 ust. 1 przywołanej ustawy stanowi, że Prezes Funduszu określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Jednocześnie ust. 2 powołanego przepisu, że Prezes Funduszu przed określeniem wspomnianych zasad udzielania świadczeń zasięga opinii konsultantów krajowych. Ministerstwo Zdrowia w celu przygotowania wyczerpującej odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, zwróciło się do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o przekazanie wyjaśnień, dotyczących konsultacji przeprowadzonych w trakcie prac nad Zarządzeniem nr 96/DSOZ/2008 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 roku, w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że przy tworzeniu wspomnianego Zarządzenia nr 96/DSOZ/2008 Narodowy Fundusz Zdrowia korzystał przede wszystkim z zalecanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich Rekomendacji RE (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących organizacji opieki paliatywnej przyjętych na 860 sesji Rady Europy.

Odnosząc się do podniesionej w Pana piśmie kwestii Wykazu schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe, zawartym w Załączniku nr 11 do Zarządzenia nr 96/DSOZ/2008, należy zwrócić uwagę, że dopiero w 2008 roku rozszerzono zakres świadczeń udzielanych przez zakłady opieki hospicyjnej, bowiem dotychczas realizowały one w większości świadczenia dla chorych w terminalnym stanie choroby nowotworowej, z uwagi na to, iż znaczna część zakładów opieki paliatywnej nie była dostatecznie przygotowana do objęcia opieką wszystkich chorych z nienowotworowymi jednostkami chorobowymi.

Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe, w formie stworzonej przez NFZ, nie spowoduje, jak podnosi Pan Rzecznik, ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych dla osób cierpiących na zwłóknienie i marskość wątroby w okresie schyłkowym, niewydolność nerek w okresie schyłkowym, choroby skóry i tkanki podskórnej związanych z napromieniowaniem czy stopę cukrzycową. Pacjenci z wymienionymi chorobami mają bowiem zapewnione świadczenia zdrowotne zarówno w leczeniu szpitalnym (całodobowo), opiece specjalistycznej, jak i podstawowej opiece zdrowotnej.

Jak wspomniano Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowując wykaz schorzeń kwalifikujących się do objęcia opieką paliatywną posłużył się

wytycznymi Rady Europy dla państw członkowskich, które stanowią, że „Przydatne jest rozróżnienie pomiędzy opieką paliatywną niespecjalistyczną i specjalistyczną. Niespecjalistyczne (konwencjonalne) jednostki zapewniające opiekę paliatywną nie czynią z niej swojego głównego zajęcia. Są to pielęgniarki środowiskowe, lekarze ogólnie praktykujący, zespoły opieki domowej, szpitalne oddziały internistyczne, domy opieki. Większa część opieki paliatywnej jest i prawdopodobnie zawsze będzie sprawowana przez te niespecjalistyczne jednostki. W wielu przypadkach opieka ta będzie sprawowana bez interwencji specjalistów, w wielu przypadkach interwencje specjalistyczne z zakresu opieki paliatywnej będą wspomagać opiekę niespecjalistyczną, podczas gdy w niewielkim procencie przypadków specjaliści opieki paliatywnej będą musieli przejąć całkowicie opiekę (s. 35)”.

Jednocześnie pozwolę sobie wyjaśnić, iż jednym z warunków objęcia pacjenta opieką paliatywną, jest wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u chorego schorzenia nie rokującego nadziei na wyleczenie. Należy w tym miejscu nadmienić, że wspomniana kwestia została podniesiona przy okazji wydania przez Ministra Zdrowia decyzji dotyczącej stwierdzenia nieważności § 7 ust. 1 pkt 2, § 18 ust. 1 pkt 5 i 6 oraz § 18 ust. 2 pkt 6 Załącznika do zarządzenia Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa, dotyczącego ograniczenia możliwości objęcia hospicyjną pacjentów z chorobami nienowotworowymi. Minister Zdrowia zarzucił ówczesnym przepisom cytowanego wyżej Zarządzenia nr 61/2007/DSOZ, że utrudniają dostęp osób cierpiących na nieuleczalne schorzenia do opieki paliatywno-hospicyjnej, posługując się, przy kwalifikacji do poszczególnych zakresów świadczeń, kryteriami niemedyicznymi. Jednocześnie wskazał, w oparciu o opinie Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii sporządzonych na potrzeby niniejszego postępowania, iż o dostępie do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej powinny decydować przede wszystkim względy medyczne, w szczególności fakt występowania u chorego schorzenia nie rokującego nadziei na wyleczenie, a nie rozpoznana konkretna jednostka chorobowa.

Odnosząc się do podniesionej przez Pana Rzecznika kwestii dotyczącej § 18 ust. 2 Zarządzenia Prezesa nr 96/DSOZ/2008 dotyczącego potwierdzenia przez lekarza medycyny paliatywnej wskazań medycznych, został on wprowadzony na wniosek Pani dr Aleksandry Galkowskiej-Rysz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej.

Osobną kwestię stanowią sprawy związane z wyposażeniem zakładów opieki paliatywnej, bowiem w tym względzie, a w szczególności w zakresie sposobu podawania leków (kwestia pompy infuzyjnej) występują istotne różnice, co wymusza na Narodowym Funduszu Zdrowia dokonanie trudnego wyboru. Decyzja dotycząca wprowadzenia pomp infuzyjnych do hospicjów, była motywowana większą skutecznością działania leków przeciwbólowych podanych przez pompy oraz względami ekonomicznymi.

Podniesiony przez Pana Rzecznika problem kwalifikacji pielęgniarek realizujących świadczenia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka hospicyjno-paliatywna był analizowany w Ministerstwie Zdrowia przy okazji badania Zarządzenia nr 96/DSOZ/2008 Prezesa NFZ. Pragnę w tym miejscu zauważyć, że rozważając wspomnianą kwestię należy brać pod uwagę przede wszystkim dobro pacjenta. Naturalnym jest bowiem, że podnoszenie kwalifikacji przez personel medyczny prowadzi do wzrostu jakości realizowanych świadczeń. Rozważając problem kwalifikacji pielęgniarek nie należy jednak zapominać o konieczności zabezpieczenia świadczeń, poprzez zakontraktowanie odpowiedniej liczby świadczeniodawców, posiadających kadrę pielęgniarską z niezbędną wiedzą i doświadczeniem, popartą niezbędnymi certyfikatami. Warto podkreślić, że przepisy Zarządzenia nr 96/DSOZ/2008 znacznie poszerzyły możliwości zatrudniania pielęgniarek nie posiadających kursu kwalifikacyjnego bądź specjalizacji w zakresie opieki paliatywnej do 75 proc. całego personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w hospicjum. Przyjęte rozwiązanie jest znacznie mniej restrykcyjne od obowiązującego w 2008 roku, bowiem wtedy Narodowy Fundusz Zdrowia bezwarunkowo wymagał od pielęgniarek posiadania kursu bądź specjalizacji w zakresie opieki paliatywnej lub chociaż rozpoczętego kursu/specjalizacji w omawianym zakresie.

Ministerstwo Zdrowia, biorąc pod uwagę zalecenia wspomnianej Rekomendacji RE (2003) 24 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej, przyjęte podczas 860 sesji Rady Europy przygotowało projekt rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, odnoszących się do osób dorosłych. Projekt rozporządzenia ma na celu określenie ram prawnych dla rozwoju opieki paliatywnej, a w szczególności kwestii dotyczących jakości udzielanych świadczeń. Obecnie projekt rozporządzenia jest uzgadniana z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Opieki Paliatywnej.

W odniesieniu do pytania dotyczącego możliwości uregulowania w aktach prawnych, kwestii przebywania osób towarzyszących, również w godzinach nocnych, przy osobie umierającej w szpitalu czy hospicjum stacjonar-

nym, z informacji uzyskanych od Konsultanta Krajowego w dziedzinie Opieki Paliatywnej wynika, że hospicja stacjonarne nie ograniczają możliwości towarzyszenia osobom bliskim przy osobie umierającej w trakcie pobytu w tej placówce, w związku z powyższym poszczególne przypadki należy rozpatrywać indywidualnie, nie zaś w odniesieniu do całej opieki paliatywno-hospicyjnej.

Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnienia, pozwolę sobie zapewnić Pana Rzecznika, że opieka paliatywna jest istotną i integralną częścią opieki zdrowotnej, a zabezpieczenie jej rozwoju stanowi ważny element działań Ministra Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Jakub Szulc

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-599076-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 2 października 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Zwracam się do Pani Minister w sprawie poruszających opinię publiczną przypadków samobójczych zgonów pacjentów przebywających w szpitalach. W okresie 6 tygodni, od 1 sierpnia 2008 roku do 15 września 2008 roku, do opinii publicznej dotarły informacje o czterech przypadkach samobójstw pacjentów przebywających na różnych oddziałach szpitalnych:

- w dniu 1 sierpnia br. z okna oddziału otolaryngologii mieszczącego się na najwyższej kondygnacji Szpitala Powiatowego w Raciborzu wyskoczył 43-letni mężczyzna, który zginął na miejscu;

- w nocy z 13 na 14 sierpnia br. z okna ubikacji na X piętrze Szpitala Wojewódzkiego w Jastrzębiu Zdroju wyskoczyła 70-letnia pacjentka szpitala, która po przebytej operacji wracała do zdrowia. Kobieta zginęła na miejscu;
- w nocy 2 września br., pacjent z ostrym zapaleniem trzustki przebywający przez 2 tygodnie na oddziale chirurgicznym szpitala powiatowego w Otwocku, przez nikogo niezauważony, wyskoczył przez okno balkonowe na drugim piętrze. Nieprzytomnego pacjenta znaleziono pod oknem dopiero rano. Przewieziony został do kliniki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie przy ul. Szaserów w Warszawie, gdzie w trybie pilnym zakwalifikowano go do operacji z powodu martwicy trzustki. Zmarł w oczekiwaniu na tę operację;
- w dniu 15 września br., 47-letni pacjent Opolskiego Centrum Onkologii popełnił samobójstwo, skacząc z trzeciego piętra klatki schodowej szpitala. – *Nie pamiętam, by ból doprowadził pacjenta do takiej determinacji* – przyznał konsultant wojewódzki ds. anestezjologii i intensywnej terapii, autor programu „Szpitale bez bólu”.

Jednym z najczęstszych i najbardziej dokuczliwych objawów nowotworowych jest ból. Według opublikowanych opinii specjalistów, doświadcza go 30–50% chorych w czasie aktywnego leczenia. Szacuje się, że z powodu bólu w przebiegu choroby nowotworowej cierpi ok. 60 tys. Polaków w ciągu roku. Wykazano przy tym, że ból może być skutecznie kontrolowany u większości chorych z nowotworami, jednak aż u 50–80 proc. pacjentów nie jest on w pełni opanowywany. Na odczuwanie silnego bólu w ostatniej fazie choroby skarży się aż 75% pacjentów, a blisko 90% spośród nich może go nie odczuwać, ponieważ współczesna medycyna dysponuje wystarczająco skutecznymi metodami leczenia bólu. Długotrwały ból powoduje niekorzystne skutki dla osoby chorej – przede wszystkim występuje depresja, a czasem myśli i tendencje samobójcze.

Zgodnie z opiniami lekarzy w przypadku chorób nowotworowych i innych (np. zapalenia trzustki) terapia powinna obejmować zarówno ból, jak i depresję – tylko wtedy można mieć nadzieję na skuteczną pomoc choremu. Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB), które zainicjowało program „Szpital bez bólu” szacuje, iż ból pooperacyjny jest niewłaściwie uśmierzany u ponad połowy pacjentów szpitali a wśród przyczyn tego stanu rzeczy wymienia problemy organizacyjne; niewystarczającą wiedzę o uśmierzaniu bólu; brak czasu oraz złożoność postępowania przeciwbólowego. Zdaniem PTBB, często głównym kryterium wyboru leku przeciwbólowego jest przyzwyczajenie personelu medycznego, dostępność leków przeciwbólowych, cena opakowania jednostkowego (bez liczenia całkowitych kosztów, np. kosztów ewentualnych powikłań) oraz fakt, że czasami

pielęgniarki, a nie lekarze decydują o rodzaju podanego leku przeciwbólowego (terapia na żądanie).

Z drugiej strony, zjawisko samobójstw pacjentów w trakcie hospitalizacji łączy się bezpośrednio z problematyką bezpieczeństwa, zależnego zarówno od kwalifikacji i organizacji pracy personelu medycznego, jak też od warunków pracy szpitali, stwarzanych przez system opieki zdrowotnej. Podejmując problem bezpieczeństwa hospitalizacji, nie mogę pominąć wniosków z napływających do Rzecznika Praw Obywatelskich indywidualnych skarg pacjentów i ich rodzin oraz opinii stowarzyszeń obrony pacjenta i praw pacjenta w sprawach tych chorych, którzy ucierpieli w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej. Skargi związane są także z bezsilnością obywateli wobec praktykowanych procedur, wyjaśniających zdarzenia niepożądane czy błędy postępowania medycznego, w wyniku których nastąpiła poważna dysfunkcja lub nieoczekiwany zgon, nie związany z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia.

W moim przekonaniu przyczyną zbyt długiego postępowania wyjaśniającego, bywa zarówno ogólna niewydolność wymiaru sprawiedliwości, jak i brak poczucia winy szpitali jako świadczeniodawców, nawet w przypadkach ewidentnych zaniedbań. Często towarzyszy temu zmowa milczenia, wynikająca z solidaryzmu zawodowego personelu medycznego. Nagłaśnianiu w mediach podobnych zdarzeń w aurze skandalu i sensacji spotyka, się z reakcjami obronnymi środowisk medycznych uznających się za zniesławiane pochopnymi często opiniami.

Niedomogi obecny system ochrony zdrowia są powszechnie znane, czemu dawałem niejednokrotnie wyraz w kierowanych do Pani Minister wystąpieniach oraz projektach zmian systemowych, wypracowanych przez powołane przeze mnie grupy ekspertów. Nie mogę nie zauważyć, iż warunki permanentnej niewydolności systemu sprzyjają popełnianiu błędów, za które odpowiedzialnością obarczany jest potem konkretny lekarz czy pielęgniarka. Tymczasem z opinii specjalistów wynika, że w niewielkim odsetku za błąd jest winna konkretna osoba. Znacznie częściej zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta są efektem niewłaściwej organizacji pracy oraz warunków panujących w szpitalu.

Jest dla mnie oczywiste, że nie ma możliwości całkowitej eliminacji zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta: dochodzi do nich nawet w najlepszych szpitalach na świecie. Jednak w niektórych krajach (np. w USA czy Wielkiej Brytanii) problematyka ta zyskała rangę priorytetu polityki zdrowotnej, tworzy się tam i wdraża narodowe programy bezpieczeństwa pacjenta, które przyniosły w efekcie znaczącą redukcję zdarzeń niepożądanych i poprawę bezpieczeństwa pacjenta.

Sądzę, że rosnąca liczba doniesień na temat samobójstw w polskich szpitalach, powinna stanowić ważną przesłankę do tego, by również w Polsce doprowadzić do wypracowania i wdrożenia systemowych rozwiązań zaradczych nakierowanych na bezpieczeństwo niewątpliwie najważniejszych użytkowników systemu ochrony zdrowia – pacjentów. Nie sposób nie zgodzić się z opiniami ekspertów, że stworzenie bezpiecznego systemu opieki wymaga zbierania i gromadzenia danych, służących do dokonywania analizy, przekazywania informacji zwrotnej i istotne przemodelowanie systemu tam, gdzie zidentyfikowano problem. Konieczne jest także wytworzenie świadomości i zrozumienia znaczenia bezpiecznej opieki zdrowotnej, tak w środowiskach medycznych, jak i wśród pacjentów. W moim głębokim przekonaniu, działania na rzecz utworzenia narodowego systemu bezpieczeństwa pacjenta, aby były skuteczne, wymagają przede wszystkim determinacji organów państwa odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w Polsce, a także odpowiednich nakładów finansowych i stosownych zmian w zapisach prawnych.

Wyjaśnianiem okoliczności samobójczych zgonów w trakcie hospitalizacji zajmują się organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości. W tej sprawie skierowałem osobne wystąpienie do Prokuratora Krajowego. Niezależnie jednak od ostatecznych wyników postępowań prokuratorskich, aktualny i ważki pozostaje problem oceny tych tragicznych zdarzeń z perspektywy praw pacjenta i zdrowia publicznego. Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze z m.) zwracam się więc do Pani Minister o udzielenie informacji na temat skali zjawiska samobójstw pacjentów w naszych szpitalach oraz działań podejmowanych na rzecz zapewnienia hospitalizowanym chorym bezpieczeństwa i ochrony przed targnięciem się na własne życie. Bardzo proszę też o odniesienie się do kwestii stanu przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją oraz poinformowanie o podejmowanych przez resort działaniach zaradczych.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 9 grudnia 2008 r.

MZ-ZP-P-073-12467-3/MK/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 2 października 2008 r. (RPO-599076-X/08/JS) dotyczące organizacji opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie kontroli bólu oraz rozwiązań, w tym prawnych, i działań podejmowanych na rzecz zapewnienia hospitalizowanym chorym bezpieczeństwa i ochrony przed targnięciem się na własne życie, proszę Pana Rzecznika o przyjęcie poniższych wyjaśnień i informacji w tej sprawie.

W Polsce nie ma specyficznych aktów prawnych, które regulowałyby zagadnienia poruszane ściśle w piśmie Pana Rzecznika, jednak istnieją inne ważne akty prawne regulujące zagadnienia niezaprzeczalnie związane z poruszaną tematyką.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Według art. 4 lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Z kolei zgodnie z art. 2. *Kodeksu Etyki Lekarskiej* powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Ponadto najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*.

Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z obowiązku przestrzegania tej zasady. Ponadto obowiązująca *ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, ze zm.)*, stoi na straży przestrzegania najwyższego dobra jakim jest zdrowie i życie osób zaburzonych psychicznie, w tym osób, które z racji istniejących zaburzeń mogą podejmować działania rezygnacyjne czy też nawet samobójcze.

Wskazane w piśmie Pana Rzecznika przykłady podejmowanych prób samobójczych, kończących się zgonem osób chorych, to przykłady, gdzie

nie udało się podjąć skutecznych działań zapobiegawczych. Zgon pacjenta w przebiegu skutecznej próby samobójczej, w trakcie istnienia zaburzeń psychicznych, czy też istnienia niemożliwego do wytrzymania bólu przewlekłego, występującego w przebiegu innej choroby, jest zdarzeniem, które pomimo istnienia wielu zabezpieczeń natury medycznej, organizacyjnej, zdarzać się nie powinien.

W każdym jednostkowym takim wydarzeniu wnikliwie bada się jego przyczyny i podejmuje wszelkie możliwe działania zaradcze, mające zapobiegać ewentualnym podobnym wydarzeniom.

Minister Zdrowia w piśmie z dnia 13 października 2008 r. wystąpił do wszystkich Marszałków województw z zapytaniem o skale zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej, działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony, stanu przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły, a także o przekazanie informacji o podejmowanych działaniach.

Informacje uzyskane z Urzędów Marszałkowskich wskazują na podejmowanie licznych działań zaradczych, prewencyjnych, we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, w tym szpitalach psychiatrycznych, gdzie istnienie ryzyka podejmowania prób samobójczych jest szczególnie wysokie (szczegółowe informacje zamieszczone są w załączniku). Niezależnie od tego, podobne działania podejmowane są w szpitalach, innych niż psychiatryczne, gdzie trafiają pacjenci wykazujący zaburzenia psychiczne lub pacjenci z zespołami bólowymi, zwłaszcza bólu przewlekłego.

Wobec pacjentów onkologicznych, gdy doznaje się zarówno bólu przewlekłego a jednocześnie towarzyszy temu obniżony nastrój lub wręcz cechy depresji, zapewnia się pomoc psychologiczną, często psychiatryczną, prowadzi się grupy wsparcia, angażuje personel, który jest w tym celu odpowiednio szkolony.

Podejmowane są liczne działania, mające na celu zapobieganie próbom samobójczym, czy też ograniczanie doznań bólowych.

Polska jest krajem posiadającym opracowane standardy leczenia bólu przewlekłego, ale należy zauważyć, że nie są one wystarczająco dobrze znane lekarzom wszystkich specjalności. Bardzo dobrze przygotowani do leczenia bólu przewlekłego są specjaliści medycyny paliatywnej, anestezjologicy, lekarze pracujący w poradniach leczenia bólu, ale też onkolodzy, interniści, lekarze rodzinni, natomiast wiedza lekarzy innych specjalności zatrudnionych w innych oddziałach, może być nie wystarczająca do podejmowania skutecznych działań zapobiegawczych, zwłaszcza w zakresie zapobiegania bólom przewlekłym. Przyczyny tego stanu są różne, poczynając od autonomii uczelni, które same kształtują

zakres edukacji w tym obszarze, a kończąc na nie zawsze do tego właściwie przygotowanym personelu nauczającym. Lekarze innych specjalności nie mają obowiązkowych kursów w omawianym zakresie, dlatego istniejące jednak pojedyncze wykłady z tych tematów, nie uzupełnią właściwie tego stanu wiedzy dla pozostałych lekarzy do poziomu lekarzy udzielających świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej, czy też anesteziologii.

Dostrzegając konieczność poprawy tego stanu rzeczy, od roku 2005 w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, założono powołanie w ośrodkach onkologicznych, szpitalnych zespołów wspierających, w osobach lekarza medycyny paliatywnej, pielęgniarki, psychologa, pracownika socjalnego. Główną rolą zespołów jest udzielanie wskazówek personelowi medycznemu w szpitalach, w zakresie sposobów leczenia bólu i innych objawów, które są istotne w tej grupie pacjentów. Obecnie trwają szkolenia członków zespołów. Niezależnie od tego należy zwrócić uwagę na fakt, że w przypadku osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, gdzie ból jest jednym z dominujących objawów, udzielane są właściwe świadczenia w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej, w celu zapobiegania i uśmierzenia bólu, a także udzielana jest właściwa pomoc psychologiczna, w razie potrzeby psychiatryczna, a także pomoc duchowa i socjalna. Świadczenia udzielane tej szczególnie cierpiącej z powodu bólu populacji osób chorych, spełniają kryteria zalecane przez Światową Organizację Zdrowia (tzw. drabina analgetyczna).

Obecnie w Polsce jest 540 poradni leczenia bólu przewlekłego w tym 187 to poradnie leczenia bólu przewlekłego w ramach zakładów opieki zdrowotnej. Hospicjów jest 73, w tym 22 to stacjonarne, które działają jako jednostki organizacyjne danego zakładu opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia związane z leczeniem bólu w ramach: ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych czyli poradni przeciwbólowych oraz w ramach świadczeń realizowanych w innych poradniach specjalistycznych, gdy jest to uzasadnione przebiegiem choroby. Finansowane są również porady zabiegowe związane z leczeniem bólu, wykonywane:

1) w trybie ambulatoryjnym, obejmujące następujące świadczenia: zabiegi fizykoterapii przeciwbólowo, akupunktur przeciwbólowo, zabieg wykonania blokady odstawowej, podanie w okolice nerwów lub spłotów nerwowych, chorych z bólem przewlekłym czasowo działających leków przeciwbólowych, blokujących przewodnictwo, zabieg neurodestrukcyjny – neuroлиза chemiczna, termolezja, kirolezja,

2) leczenie szpitalne: zespoły bólowe o podłożu nowotworowym – leczenie z założeniem cewnika nadtworówkowego, zabieg neurotestrukcyjny – neuroliza chemiczna, termolezja, kirolezja, zespoły bólowe kręgosłupa i diagnostyka specjalistyczna, operacja stereotaktyczna w parkinsonizmie, dystonii ogniskowej, drżeniu samoistnym.

Przedstawiając powyższe dziękuję Panu Rzecznikowi za zainteresowanie problematyką kontroli bólu oraz zapewnienia hospitalizowanym chorym bezpieczeństwa i ochrony przed targnięciem się na własne życie.

Pragnę jednocześnie zapewnić, że jednostki ochrony zdrowia podejmują w tym obszarze stosowne działania.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

Informacje szczegółowe organów założycielskich jednostek ochrony zdrowia

1. WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej:

- W roku 2008 zanotowano 2 przypadki samobójczych zgonów pacjentów na terenach szpitali.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Pacjenci w przypadkach tego wymagających mają zapewnioną opiekę psychologiczną,
- Organizowanie chorym, zwłaszcza młodym, którzy doznali rozległych dysfunkcji, zajęć eliminujących przyczyny „choroby szpitalnej”,
- Systematyczne szkolenia personelu,
- Chorych z wywiadem chorób psychicznych zgodnie z instrukcją postępowania umieszcza się w pobliżu punktów pielęgniarstwa i otacza dodatkową opieką,
- Główny ciężar działań zapobiegających przesunięty jest w kierunku wzmożonego nadzoru pielęgniarstwa, stosowania odrębnych zabezpie-

czeń w oddziałach obciążonych większą ilością pacjentów z tendencją do tendencji samobójczych (dodatkowe zabezpieczenia okien),

- Kierowanie pacjentów na konsultacje psychiatryczne, w uzasadnionych przypadkach stosowanie przymusu bezpośredniego,
- W przypadku pogarszania się stanu zdrowia pacjentów szpitali psychiatrycznych, zgłaszania myśli rezygnacyjnych, obniżenia nastroju, czy też dokonywania prób autoagresji, chorzy z poszczególnych oddziałów szpitala psychiatrycznego przekazywani są na odcinek obserwacyjno-zamknięty. Odcinek ten posiada zabezpieczenia w postaci monitoringu, antywłamaniowych drzwi, odpowiednio zabezpieczonych łazienek, a także wzmocnionego nadzoru personelu. Każde niepokojące zachowania w tym zakresie są na bieżąco omawiane i weryfikowane przez personel medyczny.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lekowymi i depresją

- Przestrzegana jest zasada „piramidy leczenia bólu”,
- Personel szpitala ma za zadanie zwracać szczególną uwagę na pacjentów, u których występują stany lękowe lub depresja,
- Ordynatorzy oddziałów szpitalnych deklarują stosowanie standardów leczenia bólu czy to według trójstopniowej drabiny analgetycznej WHO czy to zaleceń ośrodka leczenia bólu, podnoszą także problem konsultacji psychiatrycznych u osób z objawami depresji lub stanów lękowych.

Podejmowane działania

- Pacjenci, u których stwierdza się stany lękowe i depresje poddawani są ocenie konsultującego psychiatry, mogą być również objęci opieką psychologa,
- Zakłady posiadają zawarte umowy poradciami psychiatrycznymi i psychologicznymi lub mają zatrudnionych psychologów lub psychiatrów w szpitalu,
- Dodatkowo pacjenci mogą mieć w każdej chwili wsparcie duchowe zgodne z przekonaniami oraz swobodny kontakt z rodziną i bliskimi.

2. WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- Na przestrzeni ostatnich lat odnotowano 4 przypadki zgonów samobójczych na terenach zakładów opieki społecznej.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Realizacja diagnostyczno-terapeutycznego postępowania,
- Zabezpieczenie oddziałów przed samowolnym oddaleniem się pacjentów,
- W niektórych przypadkach stosowanie różnych form przymusu zgodnie z zaleceniami lekarskimi i przepisami *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*.
- W niektórych placówkach jest zatrudniony psycholog.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- W niektórych oddziałach pacjenci cierpiący na ból przewlekły w sytuacjach nagłych pomoc jest udzielana przez dyżurującego lekarza Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jest również możliwość konsultacji z lekarzem psychiatrą,
- Przestrzeganie przez personel standardów leczenia pacjentów,
- Prowadzone jest leczenie farmakologiczne oraz są prowadzone dodatkowe konsultacje,
- Pacjenci kierowani są do Poradni Walki z Bólem.

Podejmowane działania

- Często takie działania zaleca po konsultacji lekarz psychiatra lub psycholog,
- Profilaktyka zaburzeń psychicznych, prawidłowa i dokładna diagnostyka,
- Zapewnienie jak najlepszej terapii osób zagrożonych samobójstwem,
- Zapewnienie całodobowej opieki.

3. WOJWEÓDZTWO LUBELSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- Na przestrzeni ostatnich lat zanotowano trzy samobójcze zgony.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Dokładna ocena stanu psychicznego przyjmowanych pacjentów pod kątem tendencji samobójczych,

- Ułatwienie pacjentom adaptacji do warunków szpitalnych, zapewnienie poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego,
- Zakłady posiadają zawarte umowy z poradniami psychologicznymi i psychiatrycznymi,
- Działania zabezpieczające ustala ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i w razie konieczności stosuje się środek przymusu bezpośredniego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi,
- Wzmoczona obserwacja chorych ze skłonnościami samobójczymi, izolacja, unieruchomienie, zakaz samodzielnych wyjść,
- Wdrożenie skutecznego i odpowiedniego leczenia.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Pacjenci cierpiący na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją obejmowani są opieką kompleksową przez Szpitalny Zespół Wsparcia działający w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, utworzony z myślą o zapewnieniu pomocy chorym leczonym paliatywnie,
- Pacjenci z bólem przewlekłym leczeni są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,
- Stosowane są leki przeciwbólowe, zależą od stopnia natężenia bólu, indywidualnego stanu pacjenta oraz przyczyny bólu.

Podejmowane działania

- Szkolenia personelu,
- Monitorowanie zjawisk patologicznych,
- Konsultacje ze specjalistami,

4. WOJWEÓDZTWO LUBUSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- Na przełomie ostatnich lat nie odnotowano samobójstw popełnionych w czasie hospitalizacji.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Szkolenia personelu,
- Działania profilaktyczne,

- Oddziały posiadają odpowiednio zabezpieczone sale obserwacyjne,
- Standardowe zabezpieczenia oddziałów (zabezpieczenia okien, drzwi),
- Wczesna reakcja na objawy stanów lękowych i depresji,
- Konsultacje ze specjalistami,
- Monitorowanie potencjalnych zagrożeń,
- Podawanie leków przeciwdepresyjnych w razie potrzeby,
- W koniecznych przypadkach stosowany jest przymus bezpośredni zgodnie ze standardami.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- W wielu szpitalach nie jest prowadzone leczenie pacjentów „cierpiących na ból przewlekły”, w takim przypadku w zależności od potrzeb stosowane są leki przeciwbólowe, antydepresyjne,
- Szkolenia z zakresu bólu przewlekłego są jedynie prowadzone w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu,

Podejmowane działania

- Dostosowywane są programy terapeutyczne do potrzeb pacjentów,
- Ordynatorzy oddziałów sprawują stały nadzór nad pracą personelu,
- Prowadzone szkolenia personelu.

5. WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- W przeciągu ostatnich kilku lat w podległych samorządowi placówkach odnotowano 8 samobójczych zgonów pacjentów. Część placówek nie dysponuje danymi statystycznymi określającymi dokładną liczbę przypadków zgonów samobójczych.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Pacjenci o objawach psychotycznych są umieszczani na salach o podwyższonym nadzorze pielęgniarskim w celu ochrony przed targnięciem się na życie,
- Pacjenci, u których występuje ryzyko samobójstwa, samookaleczenia objęci są ścisłym dozorem prowadzonym przez personel pielęgniarski

i niższy personel medyczny. Zadania te zawarte są w zakresach obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pracowników,

- W szpitalu obowiązuje standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z zachowaniami samobójczymi. Pacjenci z takimi tendencjami umieszczani są w częściach obserwacyjnych oddziałów, co zapewnia możliwość ścisłego dozoru nad nimi ze strony personelu.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Pacjenci cierpiący na ból przewlekły są leczeni przez anestejzologów zgodnie ze standardami medycznymi,

- Stosowane leczenie ukierunkowane jest na walkę z bólem (leki przeciwbólowe, przeciwwzpalne w uzasadnionych przypadkach narkotyczne środki przeciwbólowe), a także na usuwanie objawów psychicznych będących wynikiem przewlekłego schorzenia somatycznego,

- Postępowanie farmakologiczne uzupełniane jest oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, a także innymi formami terapii prowadzonymi standardowo w oddziałach psychiatrycznych,

Podejmowane działania

- Zatrudnienie w placówce lekarza specjalisty – psychiatry, który sprawuje opiekę nad chorymi,

- Wnikliwa obserwacja zachowania pacjentów,

- Kontakt terapeutyczny w czasie, którego chorzy ujawniają potencjalne zachowania suicydalne i wówczas podejmuje się działania mające na celu ochronę chorych,

- Przepływ informacji w zespole w zakresie ryzyka samobójstwa u poszczególnych chorych,

- Szkolenia personelu w zakresie rozpoznawania objawów wskazujących na ryzyko podjęcia próby samobójczej,

- Stosowana farmakoterapia,

- Struktura organizacyjna oddziałów, które mają wydzielone odcinki obserwacyjne, do których trafiają chorzy z ryzykiem samobójstwa zabezpieczenia okien w postaci "szyb bezpiecznych" i krat w oknach w odcinkach obserwacyjnych,

- W uzasadnionych przypadkach w stosowaniu przymusu bezpośredniego wobec pacjentów ujawniających czynne tendencje samobójcze.

6. WOJWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- Od 2005–2008 r. miały miejsce trzy przypadki zgonów samobójczych na terenach zakładów opieki zdrowotnej.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Współpraca personelu z pacjentami,
- Zapewnienie realizacji potrzeb pacjentów oraz poszanowanie ich praw i godności osobistej,
 - Zakłady posiadają zawarte umowy z poradniami psychiatrycznymi i psychologicznymi lub mają zatrudnionych psychologów lub psychiatrów w szpitalu,
 - W wielu przypadkach sprawowana jest opieka całodobowa przez ww. specjalistów, jak również przez pielęgniarki, terapeutów zajęciowych, lekarzy specjalistów – w zależności od profilu udzielanych świadczeń zdrowotnych.
 - W swych działaniach szpitale kierują się przede wszystkim przepisami *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. W jednym ze szpitali na podstawie tych przepisów opracowano i przyjęto *Procedurę obowiązującą w razie konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*. W ściśle określonych przypadkach zastosowane mogą być przymusowe podawanie leków, unieruchomienie lub izolacja,

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- We wszystkich jednostkach przejawia się objęciem tych pacjentów opieką psychologiczną jak również ścisłym nadzorem ze strony personelu jednostki.
 - W kartach zamieszczane są informacje o stanie depresyjnym pacjenta,
 - W ostrych stanach psychiatrycznych, po konsultacji z lekarzem specjalistą, w przypadku gdy szpital nie posiada oddziału psychiatrycznego, pacjenci przewożeni są do specjalistycznych szpitali,
 - Szczególnemu nadzorowi poddawane są osoby przyjmowane do szpitali po nieudanych próbach samobójczych – są pod stałą opieką, zaś chorzy z bólem szczególnie uporczywym kierowani są do Poradni Leczenia Bólu,

- W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera, zgodnie z wytycznymi WHO oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, wdrożono procedurę kompleksowego leczenia przeciwbólowego w stosunku do pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją. W skład przedmiotowego leczenia wchodzi postępowanie nefarmakologiczne jak i farmakologiczne, zgodnie z obowiązującą drabiną analgetyczną. Standardem podejmowanych działań jest badanie podmiotowe i przedmiotów pacjenta w celu uzyskania informacji o skłonnościach samobójczych, względnie wychwycenia znamion przejawianych zachowań autoagresywnych (np. blizny po nacięciach włosów skórnych, samookaleczenia).

Podejmowane działania

- W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera podjęto następujące działania:

- a) w oddziałach z grupy ryzyka (oddziałów: hematologii i chorób wewnętrznych, onkologii klinicznej, toksykologii i chorób środowiskowych, a w szczególności psychiatrii) zapewnia się odpowiednią liczbę pielęgniarek.

- b) W Oddziale Psychiatrii do rutynowego stosowania wprowadzono skalę TASR (KUTCHER, CHEMIL 2005) do oceny ryzyka samobójstwa. W ramach tej procedury prowadzona jest współpraca konsultacyjna i edukacyjna z rodzinami pacjentów z grup ryzyka,

- c) pacjenci podejrzewani o skłonności samobójcze są umieszczani w salach z monitoringiem, z możliwością podglądu w dyżurce pielęgniarek. Oprócz tego w całym Szpitalu poszerzono obszary monitoringu o hole i windy,

- d) odpowiednio zabezpieczono okna w salach chorych utrudniając ich samodzielne otwarcie,

- Systematyczne szkolenia personelu, które dotyczą zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony pacjentom pobudzonym oraz z tendencjami samobójczymi,

- Personel dodatkowo poszerza swą wiedzę o uśmierzaniu bólu na kursach w zakresie medycyny paliatywnej oraz na studiach podyplomowych z zakresu medycyny bólu.

7. WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- W ostatnich latach doszło do 19 samobójczych zgonów pacjentów. Do przeważającej liczby aktów zgonów samobójczych (16 pacjentów) do-

szło w szpitalach psychiatrycznych, co ma bezpośredni związek z rodzajem leczonych zaburzeń.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Działania prowadzone są systematycznie we wszystkich szpitalach, jednak z uwagi na specyfikę świadczonych usług medycznych mają nieco inny charakter w zakładach opieki psychiatrycznej oraz szpitalach wielospecjalistycznych,

- Pacjenci zakładów psychiatrycznych oraz leczenia uzależnień regularnie badani są pod kątem zagrożenia popełnieniem samobójstwa i w zależności od wyniku wdrażane są działania zapewniające bezpieczeństwo, takie jak izolacja, indywidualny nadzór pielęgniarski, wzmożony nadzór pielęgniarski. W razie konieczności stosowane są środki przymusu bezpośredniego z zachowaniem procedur określonych w *ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, ze zm.)*. Osoby, u których stwierdzono tendencje samobójcze znajdują się pod szczególną obserwacją, a także mają wdrożoną odpowiednio dostosowaną farmakoterapię i psychoterapię. Podczas przyjęcia pacjenci przechodzą kontrolę w celu zabezpieczenia przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych np. ostrza. W Wojewódzkim Samodzielnym Psychiatrycznym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. dr Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie został utworzony odrębny oddział zapewniający specjalistyczną opiekę chorym z zagrożeniem samobójczym,

- Z uwagi na częstsze niż w innych zakładach opieki zdrowotnej akty agresji i autoagresji personel szpitali psychiatrycznych jest przygotowany na zapobieganie tego rodzaju incydentom.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Problem leczenia bólu przewlekłego występuje przede wszystkim w szpitalach wielospecjalistycznych. Pacjenci z zespołem bólowym objęci są opieką medyczną zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia,

- Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej widzą potrzebę ciągłej poprawy opieki nad cierpiącym pacjentem np. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu podjął działania zmierzające do uzyskania certyfikatu „Szpital bez bólu”, co wiąże się z prowadzeniem szkoleń dla personelu medycznego na temat zwalczania bólu u pacjentów.

Podejmowane działania zaradcze

- Polegają na konsultowaniu przez anesteziologa, psychiatrę stanu pacjenta,
- Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej,
- Stosowane są zgodnie z przepisami środki zaradcze.

8. WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE**Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej**

- W 2008 r. nie odnotowano przypadków samobójczych zgonów wśród pacjentów.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Przeprowadzono przegląd pomieszczeń Szpitala pod kątem zlokalizowania miejsc niebezpiecznych. Zabezpieczono klatkę schodową kratą uniemożliwiającą wychylenie się i ewentualny upadek pacjenta,
- Wprowadzono do użytkowania nowoczesne pasy zabezpieczające pacjenta pobudzonego, o utrudnionym kontakcie z otoczeniem. Pasy uniemożliwiają samoistne uwolnienie pacjenta lub przy pomocy nieuprawnionych osób trzecich; każdy przypadek zastosowania tego typu przymusu bezpośredniego jest dokumentowany w rejestrze,
- Pacjenci mają dostęp do całodobowej opieki duszpasterskiej, zgodnie ze swoim wyznaniem.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Szpital Wojewódzki w Opolu posiada Certyfikat „*Tu leczą bez bólu*”, nadany 15.04.2008 r. przez Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Polskie Towarzystwo Badania i Leczenia Bólu,
- Standard zwalczania ostrego bólu chorych po operacjach, zgodny z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Badania Bólu,
- Szpital PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu przez dwa lata uczestniczył w programie finansowanym przez NFZ, który znacząco wpłynął na poprawę skuteczności bólu w okresie okołoperacyjnym,
- Od 2004 r. prowadzona jest na wszystkich oddziałach ocena bólu wg 10-stopniowej skali w SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarawskiego.

Podejmowane działania

- Pacjenci u których przewlekłe odczuwanie bólu wywołało stany depresyjne zostali objęci dodatkową opieką pielęgniarską i lekarską,
 - Psychoterapia, psychoedukacja i psychofarmakoterapia,
 - Program kontroli bólu,
 - Stały dostęp do leków przeciwbólowych,
 - Szkolenia personelu średniego i wyższego szczebla,
 - Kontrola i zabezpieczenia pomieszczeń,
 - Szczególny monitoring pacjentów, u których w przeszłości miały miejsce próby samobójcze,
 - Fizjohydro i kinezyterapia stosowana celem opanowania stanów bólowych.

9. WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE**Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej**

- Na przestrzeni ostatnich lat odnotowano 1 przypadek samobójstwa w Szpitalu Wojewódzkim nr 2.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Opieka terapeutyczna, konsultacje psychiatryczne i psychologiczne dla pacjentów,
- Zabezpieczenie drzwi (zamykanie w porze nocnej), okien (półuchylone),
 - Personel ma do dyspozycji pasy zabezpieczające i kaftan bezpieczeństwa,
 - System ochrony monitoring (system kamer w pomieszczeniach ogólnie dostępnych),
 - Przestrzeganie opracowanych procedur i standardów postępowania przez personel,

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Odpowiednia farmakoterapia,
- Fachowa opieka lekarska ze strony specjalistów do leczenia bólu,
- Przestrzeganie standardów leczenia wg wytycznych WHO,
- Szkolenia dla personelu w kierunku kontaktu z pacjentem i jego rodziną,

- Wzmoczony nadzór ze strony personelu kontrole sal chorych i sanitariatów,
- W przypadku nasilających się objawów umieszczenie pacjenta w sali obserwacyjnej,
- Stała, 24 godzinna, obserwacja pacjentów nowoprzyjętych na tzw. salach obserwacyjnych przez personel medyczny.

Podejmowane działania

- Kontrolowanie wyjść pacjentów z oddziału,
- Codzienne badanie pacjentów na obchodach lekarskich oraz dodatkowo na życzenie pacjenta, każdy sygnał o nieprawidłowościach w stanie psychicznym czy fizycznym zgłaszany jest lekarzowi, który podejmuje niezbędne działania.

10. WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- W okresie od 1 stycznia do 30 października 2008 r. doszło do dwóch przypadków samobójczych zgonów w zakładach opieki zdrowotnej w województwie.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Przy rozpoznaniu, że pacjent ma tendencje samobójcze jest prowadzona wzmocniona kontrola zachowania pacjenta,
- Okna zabezpieczające prze samodzielny otwarcie,
- Przeszkolony personel w kierunku zwracania szczególnej uwagi na pacjentów wykazujących stan obniżonego nastroju, depresji,
- Zapewniony dostęp do opieki psychologa,
- Zespoły wsparcia.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Wdrożony standard terapii bólu przewlekłego,
- Opracowana i stosowana procedura stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Podejmowane działania

- Przy rozpoznaniu skłonności samobójczych pacjenta jest wzmocniona kontrola zachowań oraz są podejmowane środki zaradcze,

- Możliwość 24 godzinnej konsultacji psychiatrycznej,
- Kategoryzacja pacjentów psychiatrycznych,
- Wydzielony odcinek stałego dozoru,
- Szkolenia wewnętrzne personelu,
- Zapewnienie niezwłocznej dostępności lekarzy, psychologów i terapeutów,
- Sale obserwacyjne gwarantujące ścisły nadzór nad pacjentami z tendencjami samobójczymi,
- Zapewniony indywidualny kontakt z poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

11. WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- Z danych dotyczących ostatnich 3 lat wynika, że w dwóch placówkach miały miejsce 4 zgony samobójcze.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Każdy pacjent o obniżonym nastroju jst poddany ścisłej obserwacji pielęgniarskiej,
- W razie konieczności możliwe są konsultacje z psychologiem i lekarzem psychiatrą,
- W szczególnych przypadkach stosuje się przymus bezpośredni zgodnie z zaleceniami *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego*.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- w większości szpitali gdzie znajdują się pacjenci cierpiący na ból przewlekły, leczeni są na oddziałach anestezjologii (zgodnie z § 5 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej*).

Podejmowane działania

- Zgodne ze standardami zabezpieczenia pacjentów,
- Dobór odpowiedniego personelu,

- Szkolenie personelu,
- Skuteczna terapia,
- Współpraca z odpowiednimi konsultantami,
- Wypracowanie własnej procedury zapobiegawczej.

12. WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

• Od 1 stycznia do 30 października 2008r. miały miejsce dwa przypadki samobójstw w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu. Zostały przeprowadzone wewnętrzne postępowania wyjaśniające.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony.

- Zbierane są dokładne wywiady od pacjenta, osób z rodziny lub opiekunów, pracowników pomocy doraźnej,
 - Analizowane są dane ze skierowań.
 - Osoby obarczone ryzykiem samobójczym są bezzwłocznie poddawane ścisłej obserwacji i nadzorowi uniemożliwiającemu dokonania próby samobójczej lub samowolnego oddalenia się,
 - Pacjenci przebywają na salach obserwacyjnych, przy drzwiach wejściowych dozorują pracownicy ochrony,
 - Usuwane są z sal przedmioty potencjalnie przydatne do działań samobójczych,
 - Stosowana jest psychofarmakoterapia zgodnie ze stwierdzonym stanem psychologicznym,
 - Pacjent podejrzany o próbę samobójczą jest częściej badany przez lekarza psychiatrę z każdorazową oceną skali ryzyka samobójczego,
 - Może być zastosowany przymus bezpośredni przez unieruchomienie z zastosowaniem odpowiednich zasad ostrożności,
 - Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona jest zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

• Pacjentom zapewnia się dostęp do konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych łącznie z leczeniem farmakologicznym oraz psychoterapią,

- Jeśli występują przypadki chronicznych objawów bólowych u chorych przebywających na oddziałach psychiatrycznych, wówczas są one leczone w zakresie leku i depresji, zgodnie ze standardami dla tych oddziałów,
 - Leczenie ukierunkowane jest zarówno na zniesienie lub ograniczenie dolegliwości bólowych, jak i opanowanie objawów depresyjno-lękowych.

Podjęmowane działania

- Szkolenie personelu w zakresie profilaktyki i przeciwdziałania samobójstwom,
 - Zwiększenie zatrudnienia w grupie personelu fachowego sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentami,
 - Zwiększenie obsady personalnej dyżurów lekarskich,
 - Zatrudnienie ratowników medycznych,
 - Realizowane jest aktualnie zadanie wprowadzenie monitoringu w trzech największych szpitalach psychiatrycznych tj. Lublińcu, Rybniku, Toszku. W następnym roku Urząd Marszałkowski podejmie w tym zakresie działania na terenie pozostałych placówek szpitalnych.

13. WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- W okresie od 1 stycznia do 30 września 2008r. nie doszło do przypadków samobójczych zgonów na terenie zakładów opieki zdrowotnej w tym województwie,
 - W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach doszło do trzech zgonów pacjentów, którzy próby samobójcze podjęli poza Szpitalem, a do placówki zostali dowiezieni w stanie skrajnie ciężkim.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Pacjenci szpitali ogólnych o wzmożonym ryzyku samobójstwa objęci są zwiększonym dozorem ze strony personelu. Pacjenci hospitalizowani neurologicznie mają zapewnioną pomoc psychologiczno-psychiatryczną,
 - Wczesne wykrywanie zmian w sferze emocjonalnej i psychicznej poprzez wnikliwą i stałą obserwację pacjentów,
 - Wsparcie psychologiczne prowadzane przez zatrudnionych w zakładach psychologów lub psychiatrów,
 - Konsultacje psychiatryczne i podejmowanie leczenia zgodnie z opinią specjalisty,

- W przypadkach uzasadnionych:
 - umieszczanie pacjentów na salach z oknami odpowiednio zabezpieczonymi, na salach z możliwością bezpośredniego podglądu lub na salach w pobliżu dyżurki pielęgniarek z oknami odpowiednio zabezpieczonymi.

- W szpitalach psychiatrycznych podejmowane są wszelkie możliwe w istniejących warunkach działania mające zapewnić pacjentom bezpieczeństwo i ochronę przed zamachami samobójczymi, m.in. wydzielenie części obserwacyjnych dla pacjentów nowoprzyjętych, niespokojnych, depresyjnych, wymagających ścisłego dozoru, a więc tych, u których istnieje podwyższone ryzyko samobójstwa. W częściach tych zapewnia się wydzieloną obsadę personelu, a w razie konieczności zapewnia warunki unieruchomienia bądź izolacji pacjenta, zgodnie z wymaganiami *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego*,

- W przypadku kiedy pacjentami są dzieci następuje dokładne monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, hospitalizacja w sali jednoosobowej dającej możliwość wzmoczonego nadzoru. Przeprowadza się konsultację psychologiczną w celu ustalenia przyczyn próby samobójczej. Jeżeli z ustaleń psychologa wynika, że przyczyną targnięcia się na własne życie są problemy środowiskowe lub rodzinne zgłaszane jest to inspektorowi ds. społecznych, który działa w szpitalu. Natomiast jego zadaniem jest zbadanie środowiska dziecka i ewentualne powiadomienie odpowiednich instytucji o problemach dziecka, a tym samym zapewnienie mu dalszej pomocy po zakończeniu hospitalizacji,

- Wobec pacjentów onkologicznych zapewnia się kompleksową opiekę, w tym pomoc psychologiczną w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Organizowane są m.in. grupy wsparcia dla hospitalizowanych, leczonych ambulatoryjnie, zrzeszonych w stowarzyszeniach chorych onkologicznie, prowadzone zgodnie z opracowanym harmonogramem przez kadrę psychologiczną. Na grupy wsparcia pacjenci są zapraszani przez prowadzących zajęcia lub kierowani przez inny personel (lekarz prowadzący, pielęgniarka, lekarz psychiatra),

W ramach działalności szpitala podejmowane są również następujące formy zapobiegania:

- konsultacja psychiatryczna wykonywana jest przez lekarza psychiatrę po skierowaniu pacjenta przez lekarza prowadzącego, psychologa lub z inicjatywy pacjenta,

- pomoc psychologiczna jest udzielana pacjentom zgłaszającym się do poradni indywidualnie lub ze skierowaniem od lekarza prowadzącego lub psychiatry,
- psychoedukacja odbywa się podczas grup wsparcia, konsultacji psychiatrycznej, pomocy psychologicznej lub podczas innych spotkań z pacjentem,
- psychoterapia indywidualna jest udzielana pacjentom zgłaszającym się do poradni indywidualnie lub ze skierowaniem od lekarza prowadzącego lub psychiatry,
- rozmowa wspierająca jest udzielana pacjentom zgłaszającym się do poradni indywidualnie lub ze skierowaniem od lekarza prowadzącego lub psychiatry,
- spotkania tematyczne (dla wszystkich) z zespołem terapeutycznym. Zajęcia te organizowane są z inicjatywy pracowników Poradni Pomocy Psychologicznej i dotyczą różnych zagadnień. Na zajęcia te trafiają wszyscy zainteresowani poszczególną tematyką,
- terapia zajęciowa, zajęcia relaksacyjne, Program Psychoonkologiczny Simontona,
 - Personel medyczny jest systematycznie szkolony w powyższym zakresie.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Leczenie pacjentów cierpiących na przewlekły ból jest ustalane indywidualnie w zależności od przebiegu choroby, nasilenia dolegliwości bólowych i jest modyfikowane na bieżąco przez lekarza prowadzącego w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem,
- Pacjenci z bólem przewlekłym oprócz leczenia farmakologiczno-analgetycznego mają zapewnioną pomoc psychiatry i psychologa,
- Opracowano i wdrożono procedury postępowania odnoszące się w swej treści również do problematyki zgonów gwałtownych, w tym samobójczych. Przestrzeganie procedur sprawdzane jest podczas audytów wewnętrznych,
 - W roku bieżącym jeden ze szpitali z województwa przystępuje do programu „Szpital wolny od bólu”,
 - W szpitalach onkologicznych obowiązują standardy leczenia bólu w chorobie nowotworowej wg zaleceń WHO oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego w wybranych typach nowotworów opracowane i przyjęte przez pion onkologiczny w naszym kraju,

- Kadra medyczna uczestniczy w szkoleniach dotyczących obserwacji i rozpoznawania symptomów psychotycznych oraz udzielania wsparcia psychicznego z elementami psychoterapii dla pacjentów onkologicznych,
 - W Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc problemem leczenia przewlekłego bólu zajmuje się działający Zespół ds. Leczenia Bólu,

Podejmowane działania

- Polegają na prowadzeniu przez personel, w ramach edukacji zdrowotnej, indywidualnych oraz grupowych rozmów z pacjentami na temat radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
 - Wzmoczonej i ciągłej obserwacji pacjentów z grupy ryzyka,
 - Udzielaniu wsparcia emocjonalnego,
 - Prowadzeniu skutecznej walki z bólem,
 - Angażowaniu do współpracy rodziny pacjenta,
 - Stosowaniu terapii psychologicznej szczególnie u pacjentów z wypadków oraz pacjentów z chorobami przewlekłymi,
 - Umieszczaniu informacji o formach pomocy, które oferowane są pacjentom i ich rodzinom na tablicach informacyjnych szpitala i na stronie internetowej.

14. WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- W okresie od 1 stycznia do 30 września 2008r. nie doszło do przypadków samobójczych zgonów w zakładach opieki zdrowotnej w tym województwie.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- W przypadku stwierdzenia w trakcie obserwacji, że chory ma problemy emocjonalne, szpital zapewnia opiekę psychologa i psychiatry. W razie konieczności, chory otrzymuje odpowiednie leczenie przeciwdepresyjne uzgodnione ze specjalistą psychiatrą,
 - Wyzdzielanie sal obserwacyjnych z całodobowym ścisłym nadzorem pielęgniarskim z uwzględnieniem osób z myślami samobójczymi,
 - Ciągłe szkolenie personelu medycznego dotyczącego w/w zagadnienia,
 - Okna zabezpieczone przed niekontrolowanym otwarciem,
 - Dokładny wywiad,
 - Systematyczne podawanie leków zaordynowanych przez psychiatrę.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Zakłady opieki zdrowotnej określiły szereg procedur opieki i pielęgnowania pacjenta (akredytacja, ISO). Rejestrowane i analizowane są zdarzenia niepożądane. Zapewnienie w każdym momencie opieki psychologa, psychiatry czy też innego specjalisty niezbędnego w prawidłowym prowadzeniu procesu diagnozowania i leczenia,
- Zespół anesteziologiczny wykonuje usługi wysoko kwalifikowanej polimodalnej farmakoterapii, w przypadku uporczywego bólu pacjentów. W uzasadnionych przypadkach stosowane są inwazyjne metody leczenia bólu takie jak: ciągle znieczulenia zewnątrzoponowe, blokady pni nerwowych, blokady struktur układu współczulnego,
- Po wypisie ze szpitala zaleca się pacjentom konsultację i stałą opiekę w Poradni Leczenia Bólu,
- Pacjenci z problemem bólowym zakwalifikowani są do wyższej kategorii opieki i objęci szczegółową obserwacją. W trakcie opracowywania jest standard monitorowania bólu nowotworowego.

Podejmowane działania

- Działania zaradcze polegają na stałym monitorowaniu skuteczności w/w działań, dokładnej analizie stanu pacjentów z myślami samobójczymi na zespołach terapeutycznych w celu indywidualnego podejścia do chorego.

15. WOJWEÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej

- Na terenie województwa miało miejsce 12 przypadków zgonów samobójczych na terenie szpitali w następujących jednostkach:
 - Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekan-ka” w Gnieźnie – 4 przypadki (od 2006 do chwili obecnej),
 - Wojewódzki Zakład Opieki Psychiatrycznej w Sokołowce – 1 przypadek (1993 r.),
 - Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach – 1 przypadek (2008),
 - Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – 2 przypadki (2007–2008 r.),
 - Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie – 2 przypadki (w ciągu 5 lat),
 - Wojewódzki Szpital Zespolony z Lesznie – 2 przypadki (w ciągu 8 lat).

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Jednostki mają podpisane umowy z psychologami i psychiatrami,
- Pacjenci są objęci całodobową opieką lekarską i pielęgniarstwa,
- Przestrzegana jest instrukcja stosowania przymusu bezpośredniego.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Przestrzegane są standardy leczenia szpitalnego dotyczące stosowania środków farmakologicznych dla pacjentów cierpiących na ból przewlekły w stanach lękowych i depresji,
- Leczeniu bólu przewlekłego prowadzi internista oraz anesteziolog,
- * Dostępne leki farmakologiczne.

Podejmowane działania

- Prowadzone są szkolenia personelu,
- Zawsze istnieje możliwość konsultacji ze specjalistami,
- Stosowane są zabezpieczenia w ramach infrastruktury oddziałów (zabezpieczenia okien przez samowolnym otwarciem, instalacje przeciwpożarowe, monitoring telewizyjny, itp.),
- Proponuje się pacjentom zorganizowanie czasu wolnego w ramach zajęć terapii zajęciowej, dostępu do biblioteki, opiekę psychologa.

16. WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE**Skala zjawiska samobójstw w zakładach opieki zdrowotnej**

- W szpitalach podległych samorządowi województwa odnotowano jeden przypadek śmierci samobójczej podczas hospitalizacji.

Działania podejmowane na rzecz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ochrony

- Stała opieka psychologiczno-psychiatryczna lub w razie potrzeby konsultacje psychiatryczne,
- Szkolenia w celu uwrażliwienia personelu na problemy pacjenta i wyczerlenie na profilaktykę stanów lękowych i depresji, opiekę duszpasterską.

Stan przestrzegania standardów leczenia szpitalnego pacjentów cierpiących na ból przewlekły z towarzyszącymi stanami lękowymi i depresją

- Zakłady opieki zdrowotnej realizują ogólnopolskie programy jak np.: „Ulga w Bólu” czy też „Szpital bez bólu”.

Podjęmowane działania

- Tworzenie wewnętrznej procedury postępowania często w ramach certyfikacji lub akredytacji szpitala, a z tym wiążą się stosowne szkolenia personelu. W szpitalu tym obowiązuje regularna ocena bezpieczeństwa pacjenta poprzez stały monitoring zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu, np. niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, nie ta dawka i nie ten pacjent), upadki pacjenta, samowolne oddalenia się, samookaleczenia i próby samobójstwa.

2.5. Zakażenia i choroby zakaźne

2.5.1. Zakażenia szpitalne, sepsa, szczepienia ochronne

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-551333-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 13 lutego 2007 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że Rzecznik Praw Obywatelskich, po zapoznaniu się z treścią artykułów zamieszczonych w dzienniku „Rzeczpospolita” z dnia 12 stycznia 2007 r. pt. „Zarazki atakują szpitale” oraz z dnia 26 stycznia 2007 r. pt. „Zbigniew Religa musi odejść” (kopie artykułów w załączeniu), zainteresowany jest stanowiskiem oraz działaniami

resortu zdrowia w szczegółowych kwestiach sygnalizowanych w tych artykułach. Rzecznikowi, w szczególności chodzi o sprawę zakresu wykorzystania śmigłowca sanitarnego GOPR w Zakopanem, ograniczenia zakażeń pacjentów w szpitalach oraz oszczędności w zakładach opieki zdrowotnej czynionych kosztem jakości leczenia pacjentów.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania kwestii podnoszonych w cytowanych artykułach prasowych oraz zajęcie stanowiska w tych sprawach.

Zobowiązany będę również za przekazanie informacji na temat wyników przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego w omawianej materii oraz odnośnie działań mających na celu usunięcie istniejących niedociągnięć oraz ewentualnych nieprawidłowości.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Jarosław PINKAS
MZ-PZ-R-073-3747-4/TM/07

Warszawa, 8 marca 2007 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W nawiązaniu do pisma z dnia 13 lutego br. (znak: RPO-551333-X/07/AA) dotyczącego stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie treści artykułów zamieszczonych w dzienniku „Rzeczpospolita” z dnia 12 stycznia 2007 pt. „Zarazki atakują szpitale” oraz z dnia 26 stycznia 2007 r. pt. „Zbigniew

Religa musi odejść” uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W celu realizacji powyższych zadań, przy Ministrze Zdrowia powstał, na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2006 r., Zespół do opracowania założeń zmian legislacyjnych regulujących funkcjonowanie dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Zadaniem Zespołu jest opracowanie modelu systemu dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wraz z kierunkami zmian legislacyjnych regulujących ich funkcjonowanie oraz harmonogramem wdrożenia.

Wprowadzenie takiej formy finansowania świadczeń opieki zdrowotnej stworzy zainteresowanym osobom możliwość zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wykraczających poza świadczenia gwarantowane przez system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednocześnie pozwoli na dopływ dodatkowych środków dla systemu, co powinno również wydatnie wpłynąć na poprawę jakości świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej usług medycznych. Należy mieć nadzieję, że skutkiem podejmowanych działań będzie także rozszerzenie źródeł finansowania i poprawa kondycji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, co powinno przełożyć się też na wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Ubezpieczyciele, mając możliwość wyboru świadczeniodawców, pośrednio spowodują działania na rzecz stałej poprawy jakości świadczeń, eliminacji zjawisk korupcyjnych oraz przyczynią się podniesienie standardów postępowania.

Dostrzegając konieczność stworzenia „koszyka świadczeń gwarantowanych” Minister Zdrowia powołał zarządzeniem z 2 września 2005 r. Agencję Oceny Technologii Medycznych. Do podstawowych zadań tej instytucji należy gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o ocenach procedur medycznych opracowywanych w Polsce i innych krajach, ich wynikach, rekomendacjach i metodach ich opracowywania. Ponadto, należy dodać, że zarządzeniem z dnia 4 września 2006 r. Minister Zdrowia powołał również Zespoły Ekspertów do prac nad Centralną Bazą Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Celem pracy Zespołów jest dokonanie opisu wg. jednolitej, wypracowanej metodologii, wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Rzeczypospolitej Polskiej. Opisy dokonane przez Zespoły zostaną wykorzystane w toku dalszych prac Ministerstwa Zdrowia do określenia zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Do zadań Zespołów należy:

- 1) opracowanie metodologii opisu świadczeń opieki zdrowotnej oraz kryteriów wpisywania i wykreślania świadczeń opieki zdrowotnej z listy świadczeń finansowanych ze środków publicznych;

2) opracowanie Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej (CBŚOZ) realizowanych w poszczególnych dziedzinach medycyny w polskim systemie opieki zdrowotnej;

3) określenie w ramach CBŚOZ wykazu świadczeń o udowodnionej efektywności medycznej;

4) przygotowanie metodologii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej wchodzących w skład CBŚOZ, wybór zakładów opieki zdrowotnej stanowiących bazę badawczą kosztów wytworzenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz koordynacja i weryfikacja wyceny świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych przez wybrane zakłady opieki zdrowotnej.

Stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych da możliwość realnego określenia, jakie procedury i w jakiej liczbie są możliwe do sfinansowania ze środków publicznych. Dzięki tym zabiegom stanie się wreszcie możliwa poprawna wycena procedur medycznych, co przyczyni się do bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast zagadnienia dotyczące polepszenia sytuacji w radioterapii uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia przedstawił informacje dotyczące przedmiotowej kwestii w piśmie z dnia 28 listopada 2006 r. kierowanym do Pana Janusza Kochanowskiego – Rzecznika Praw Obywatelskich (kopia w załączeniu).

Odnosząc się do kwestii zakażeń szpitalnych, należy podkreślić, iż zakażeń szpitalnych nie da się uniknąć całkowicie, ponieważ ryzyko ich wystąpienia jest nierozzerwalnie związane z procesem leczniczym, zwłaszcza jeśli przebiega on z naruszeniem ciągłości tkanek. Należy jednak oczywiście dążyć do zmniejszenia częstości ich występowania.

Dzięki odpowiednim uregulowaniom prawnym system kontroli i zapobiegania zakażeniom szpitalnym działa już sprawnie w wielu szpitalach. Prowadzona jest bieżąca, wewnętrzna kontrola stanu sanitarnego, analiza przyczyn zakażeń szpitalnych, ocena wrażliwości drobnoustrojów chorobotwórczych występujących w środowisku szpitalnym na antybiotyki, zwłaszcza pod kątem oceny występowania szczepów wielolekoopornych.

Podejmowane przez resort zdrowia wielokierunkowe działania, pozwoliły na zmniejszenie częstości występowania zakażeń wirusowych np. wirusem zapalenia wątroby typu B lub typu C, których znaczna część była skutkiem zakażeń szpitalnych. Wpływ na to miała poprawa w zakresie sterylizacji (zaniechano stosowania zawodnej metody sterylizacji suchym powietrzem na rzecz sterylizacji parowej), wprowadzenie powszechnego stosowania sprzętu jednorazowego użytku i poprawy warunków sanitarnych w szpitalach, prowadzenie szkoleń personelu, a także wprowadzenie odpowiednich szczepień ochronnych.

Należy podkreślić, że działania służące zakażeniom szpitalnym jedynie w ograniczonym zakresie mogą być realizowane przez działania organów administracji publicznej, w tym przez Ministra Zdrowia.

Na wystąpienie zakażeń szpitalnych są bowiem szczególnie narażone osoby z obniżoną odpornością immunologiczną tj. noworodki, osoby w podeszłym wieku, wyniszczone, chore na choroby nowotworowe, poddane leczeniu immunosupresyjnemu, długotrwałemu leczeniu sterydami, chemio- i radioterapii nowotworów, z niewydolnością narządów (np. niewydolnością nerek, cukrzycą), wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, rozległymi oparzeniami i zranieniami, a także poddawane bardzo inwazyjnym działaniom leczniczym (np. rozległe i długotrwałe operacje, leczenie w oddziałach intensywnej terapii).

W odniesieniu do zagadnienia szeroko pojmowanych zakażeń szpitalnych, w tym także tych, które przebiegają pod postacią posocznicy, konieczne działania zapobiegające ich szerzeniu się powinny podejmować przede wszystkim same szpitale. Administracyjne działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegające na wstrzymywaniu funkcjonowania szpitala bądź oddziału szpitalnego są podejmowane w tych sytuacjach, kiedy własne działania służące likwidacji zagrożenia epidemiologicznego podejmowane przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych są nieskuteczne lub nie są podejmowane wcale. Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracuje i wspiera merytorycznie działania podejmowane przez zespoły kontroli zakażeń w szpitalach.

Do działań mogących skutkować poprawą sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zakażeń w polskich szpitalach należy w pierwszej kolejności zaliczyć następujące kroki:

1. *Opracowanie i wdrożenie procedur takiego sposobu udzielania wszelkich świadczeń zdrowotnych, aby minimalizować ryzyko szerzenia się zakażeń.*

Procedury takie są obecnie tworzone i wdrażane przez szpitale poddawane dobrowolnej akredytacji przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Minister Zdrowia stoi na stanowisku, że tworzenie i wdrażanie procedur służących przeciwdziałaniu zakażeniom w szpitalach powinno być obowiązkowe. Przygotowany projekt ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przewiduje nałożenie na kierowników zakładów opieki zdrowotnej, osoby wykonujące zawody medyczne poza zakładami opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązku podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych obejmujących:

- ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
- monitorowanie występowania tzw. drobnoustrojów alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- opracowanie, wdrożenie i nadzór; w tym dokumentowanie, stosowania procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych, sprzętu medycznego oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń.

2. Poprawa warunków sanitarno-higienicznych udzielania świadczeń zdrowotnych w polskich szpitalach.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568), nakłada obowiązek zapewnienia w zakładzie opieki zdrowotnej stałego zaopatrzenia w sterylne narzędzia i materiały. Określa ponadto warunki, jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Zgodnie z ww. rozporządzeniem, do dnia 31 grudnia 2012 r. szpitale mają obowiązek dostosować pomieszczenia i urządzenia do wymogów określonych w rozporządzeniu. Obecnie, do dnia 30 czerwca 2007 r. szpitale są zobowiązane przedstawić organom prowadzącym rejestr zakładów opieki zdrowotnej Program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych ww. rozporządzeniem – pozytywnie zaopiniowany przez odpowiedniego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Niezwykle istotną rolę w poprawie warunków sanitarno-higienicznych udzielania świadczeń zdrowotnych powinny odegrać organy założycielskie szpitali. Placówki ochrony zdrowia wymagają bowiem niejednokrotnie gruntownej modernizacji i wyposażenia w nowoczesny sprzęt. Możliwości sfinansowania działań modernizacyjnych w szpitalach ze środków wpływających za realizację świadczeń zdrowotnych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia są bowiem ograniczone, wobec wieloletnich zaniedbań w tym zakresie.

3. Szacowanie kosztów leczenia zakażeń szpitalnych w ogólnych kosztach funkcjonowania szpitali.

Należy podkreślić, iż skuteczność zapobiegania zakażeniom szpitalnym będzie w coraz większym stopniu rzutować na szacunki kosztów działalności szpitala. Skuteczne zapobieganie zakażeniom szpitalnym zmniejsza bowiem koszty związane z koniecznością leczenia powikłań będących ich skutkiem. Zakażenie szpitalne wydłuża pobyt chorego w oddziale, a z uwa-

gi na często występujące zjawisko wielolekoodporności szczepów bakteryjnych bytujących w zakładach opieki zdrowotnej, leczenie tych zakażeń prowadzone jest zwykle z zastosowaniem drogich antybiotyków. W sposób znaczący rosną również koszty odszkodowań zasądzonych od szpitali przez sądy na rzecz osób poszkodowanych w wyniku zakażenia w szpitalu. Coraz większa świadomość dyrektorów placówek medycznych w tych sprawach ma także niewątpliwy wpływ na poprawę pobytu pacjentów w szpitalach.

4. Utrwalenie w świadomości menagerów oraz kadry medycznej roli problematyki zakażeń szpitalu, metod zapobiegania im oraz roli jaką w tym zakresie mają do odegrania wszystkie zaangażowane w diagnostykę i leczenie osoby.

Zagadnienie zakażeń szpitalnych jest uwzględnienie w programach nauczania lekarzy i pielęgniarek oraz osób zarządzających lecznictwem. To właśnie m. in. dzięki temu wiele szpitali dąży do ograniczania ryzyka zakażeń. Dyrektorzy tych placówek i personel medyczny starają się uzyskać m. in. akredytację jakości świadczonych usług medycznych, w tym również dla wdrażania odpowiednich procedur postępowania i standardów sanitarno-higienicznych, które w znacznej mierze ograniczają ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Konieczne jest dalsze utrwalenie roli diagnostyki mikrobiologicznej w identyfikacji źródeł zakażeń, powodujących je czynników chorobotwórczych i określaniu wrażliwości drobnoustrojów na antybiotyki co powodować będzie szybkie wdrażanie skutecznych metod leczenia zakażeń szpitalnych i zmniejszenia ich negatywnych skutków. Dobrym wskaźnikiem jakości nadzoru mikrobiologicznego nad zakażeniami w szpitalu jest wskaźnik liczby wykonywanych diagnostycznych badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne w ciągu roku. Przyjmuje się, że w szpitalu powinno być wykonywane ok. 100 badań/łóżko/rok. Informacje uzyskane w trakcie kontroli sanitarnych oraz dane z wybranych ośrodków (uzyskane przez Państwowy Instytut Leków i inne ośrodki naukowe zajmujące się problematyką zakażeń szpitalnych) wskazują, że dla większości oddziałów w Polsce wskaźnik ten jest zbyt niski. Jedynie niektóre oddziały tj. takie w których zagrożenie zakażeniami szpitalnymi występuje z największym natężeniem (np. oddziały noworodkowe, oddziały intensywnej terapii) wykonują badania mikrobiologiczne w ilości ok. 60 badań/łóżko/rok. Sytuacja ta musi w najbliższych latach ulec zdecydowanej poprawie.

Kolejną istotną sprawą, która w opinii Ministerstwa Zdrowia wymaga uregulowania jest wykorzystanie śmigłowca Tatrzańskiego Ochotniczego

Pogotowia Ratunkowego. Zgodnie z przepisami o kulturze fizycznej, TOPR jest specjalistycznym stowarzyszeniem, którego zadaniem jest organizowanie pomocy oraz ratowanie osób, które uległy wypadkowi lub są narażone na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia w górach. Realizuje więc specjalistyczny rodzaj ratownictwa. Zadaniem tej organizacji nie jest wykonywanie transportów w służbie HEMS (helicopter emergency medical service), ani wykonywanie transportów lotniczych na zlecenie zakładów opieki zdrowotnej. Działalność TOPR jest finansowana z mocy przepisów o kulturze fizycznej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Informuję ponadto, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410), Minister Zdrowia zobowiązany jest do finansowania medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz częściowo do finansowania lotniczych transportów sanitarnych (w pozostałej części transporty finansowane są przez zakłady opieki zdrowotnej, na zlecenie których odbywa się przewóz pacjenta).

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego winien wchodzić w strukturę dysponenta jednostki, którym w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym może być jedynie zakład opieki zdrowotnej. TOPR ma natomiast status stowarzyszenia, a nie zoz-u. W celu zagwarantowania należytej dostępności i ciągłości udzielanych świadczeń, dysponent jednostki winien zapewnić transport poszkodowanego drogą lotniczą do właściwego szpitala (na terenie całego kraju, bez względu na jego odległość od miejsca zdarzenia). Zespół ratownictwa medycznego, aby zapewnić należytą dostępność do świadczeń w trybie natychmiastowym nie może wykonywać innych zadań (w tym świadczyć innych rodzajów ratownictwa) poza ratownictwem medycznym.

Biorąc pod uwagę powyższe, na chwilę obecną istnieje tylko jeden podmiot, który jest w stanie spełnić narzucone ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym warunki realizacji świadczeń przez lotnicze zespoły ratunkowe. Jest nim Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (SP ZOZ LPR) z siedzibą w Warszawie. Zakład ten posiada bazy we wszystkich miastach wojewódzkich, wyposażone w śmigłowce ratunkowe, zatrudnia wyspecjalizowaną kadrę medyczną i realizuje jedynie zadania z zakresu ratownictwa medycznego.

Z wyrazami szacunku

/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-599436-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 6 października 2008 r.

Pan
Andrzej Wojtyła
Główny Inspektor Sanitarny

Szanowny Panie Ministrze

Wg informacji prasowej (Polska. Dziennik Bałtycki z dnia 25 września 2008 r.) powielonej w całym kraju przez liczne środki masowego przekazu, w ściekach wypływających z Pomorskiego Centrum Gruźlicy i Chorób Zakaźnych w Gdańsku wyizolowano szereg chorobotwórczych wirusów i bakterii. Wprawdzie placówka ta uruchamia właśnie nowoczesną oczyszczalnię, między innymi dzięki środkom finansowym pozyskanym z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej oraz Pomorskiego Urzędu Marszałkowskiego, to jednak poruszony w artykule prasowym problem gospodarki odpadami szpitalnymi w Polsce wywołał szeroki rezonans społeczny. Do opinii publicznej dotarły też inne niepokojące informacje o zagrożeniach epidemicznych związanych z niewłaściwym oczyszczaniem i utylizacją ścieków i odpadów szpitalnych. Np. na Pomorzu tylko w czterech szpitalach dezynfekuje się nieczystości z oddziałów zakaźnych, kolejnych sześć placówek dysponuje jedynie urządzeniami do wstępnego procesu utylizacji (tzw. „podczyszczania”). Największy szpital w Gdańsku, czyli Akademickie Centrum Kliniczne (ponad 63 tys. hospitalizacji rocznie), odprowadza nieczystości wprost do miejskiej kanalizacji. Podobne praktyki dotyczą Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku oraz Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha na Zaspie.

W placówkach opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza w szpitalach, powstają różnorodne, stałe i płynne odpady, związane zarówno z prowadzonymi działaniami medycznymi, jak też wytwarzane przez przebywających tam ludzi, przede wszystkim chorych. Struktura odpadów szpitalnych charakteryzuje się dużymi ilościami tworzyw sztucznych i produktów celulozowych, ale także materiałów biologicznych, w tym tkanek ludzkich. Cechą wspólną tych odpadów jest wielce prawdopodobna obecność mikroorganizmów chorobotwórczych stanowiących potencjalne źródło

zakażenia. Ponadto podczas wykonywania specyficznych zabiegów leczniczych stosuje się częstokroć środki farmakologiczne o silnie toksycznych właściwościach, które po wykorzystaniu mogą trafiać do odpadów. Odpady szpitalne mogą również zawierać metale ciężkie, policykliczne oraz niskocząsteczkowe związki organiczne oraz bioaerozole. Z tych przyczyn część odpadów szpitalnych zaliczania jest do kategorii odpadów niebezpiecznych.

W 2006 roku (wg ostatniego dostępnego raportu GIS o stanie sanitarnym kraju), spośród znajdujących się w ewidencji 798 szpitali, skontrolowano stan sanitarny 794 placówek. Zły stan sanitarny stwierdzono ogółem w 116 placówkach, co stanowiło 14,6% objętych kontrolą. W przypadku placówek publicznej służby zdrowia odsetek ten był wyższy – 16,4% skontrolowanych placówek. W odniesieniu do gospodarki stałymi odpadami szpitalnymi, najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny miejsc składowania odpadów, gdzie były one gromadzone do czasu odebrania przez przedsiębiorstwa zajmujące się ich utylizacją. Zastrzeżenia dotyczyły przechowywania odpadów w miejscach nie zabezpieczonych przed dostępem osób niepowołanych i gryzoni, złego stanu technicznego ścian i sufitów w pomieszczeniach, gdzie odpady były magazynowane, braku odpływu w podłodze, braku doprowadzenia bieżącej wody, niedostatecznej czystości bieżącej pomieszczenia. Inne stwierdzone uchybienia, to zły stan techniczny zamykanych wózków do transportu odpadów z oddziałów do magazynu, brak ważnych umów z przedsiębiorstwami wyspecjalizowanymi w utylizacji odpadów oraz sporadycznie niewłaściwa segregacja odpadów.

Według Raportu GIS, w większości szpitali nieczystości płynne kierowane są bezpośrednio do ogólnej sieci kanalizacyjnej. W nielicznych przypadkach, zwłaszcza szpitali posiadających oddziały zakaźne, ścieki podlegają wstępnemu oczyszczeniu i dezynfekcji przed odprowadzeniem ich do kanalizacji. Jeszcze mniejszy odsetek szpitali posiada własne oczyszczalnie ścieków (około 7%).

Mając na względzie wagę problemu, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie poruszających opinię publiczną sygnałów o zagrożeniach bezpieczeństwa epidemiologicznego w kraju, związanych z nieprawidłowościami w gospodarce odpadami szpitalnymi oraz podejmowanych krokach zaradczych. W szczególności, proszę o udzielenie informacji o:

1) stanie sanitarnym, gospodarce odpadami stałymi i płynnymi, szpitali w Polsce w latach 2007 i 2008, w tym o wynikach kontroli prowadzonych

przez organy inspekcji sanitarnej, a także o obowiązujących aktualnie zaleceniach dotyczących higieny szpitalnej – dezynfekcji, sterylizacji oraz zasad bezpiecznego postępowania z materiałem zakaźnym;

2) liczbie szpitali, które dopełniły obowiązku opracowania i przedłożenia właściwym terenowo organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej do zaopiniowania programów dostosowawczych oraz o wynikających z tych programów wnioskach dla polityki zdrowotnej i polityki ochrony środowiska;

3) liczbie szpitali posiadających opracowane i zatwierdzone programy postępowania z odpadami, jak również zezwolenia na wytwarzanie, składowanie, transport i zbieranie odpadów powstających w wyniku działalności służb medycznych oraz godnych uwagi inicjatywach w zakresie poprawy gospodarki odpadami medycznymi.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 8 grudnia 2008 r.

RPO-599436-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Andrzej Wojtyła
Główny Inspektor Sanitarny

Szanowny Panie Ministrze

Pragnę uprzejmie przypomnieć, że mimo upływu czasu znacznie przekraczającego termin poinformowania Rzecznika Praw Obywatelskich przez organ o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku, określony w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147 ze zm.), do Rzecznika nie wpłynęła dotychczas odpowiedź na wystąpienie z dnia 6 października

2008 r. w sprawie zagrożeń epidemicznych związanych z niewłaściwym oczyszczaniem i utylizacją ścieków i odpadów szpitalnych.

Zwracam się więc z uprzejmą prośbą o spowodowanie przyspieszenia prac, związanych z udzieleniem odpowiedzi na wskazane wystąpienie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

GLÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

Andrzej WOJTYŁA

GIS-BI-076-12/PH/08

Warszawa, 23 grudnia 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 6 października 2008 roku (znak: RPO-599436-X/08/JS) oraz w związku z pismem z dnia 8 grudnia 2008 roku, uprzejmie informuję, co następuje.

W opinii Pana Profesora Andrzeja Horbana – Krajowego konsultanta ds. chorób zakaźnych, obecnie nie występuje żadne szczególne zagrożenie chorobami zakaźnymi w Polsce, które związane byłoby ze ściekami szpitalnymi. Informacja zawarta w Dzienniku Bałtyckim z dnia 25 września 2008 roku zawiera liczne przekłamania i nieprawidłowe sformułowania, zwłaszcza dotyczące zakaźności ścieków wywołanej obecnością wymienionych tam bakterii i wirusów. Zdaniem Pana Profesora znacznie większe zagrożenie stanowi brak oczyszczalni ścieków komunalnych, które bez oczyszczenia wpuszczane są do rzek.

Zgodnie z art. 9 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858, ze zm.) szpitale mają obowiązek dezynfekcji wytworzonych ścieków. Stosownie do postanowień wyżej wymienionej usta-

wy zabronione jest wprowadzanie do urządzeń kanalizacyjnych ścieków zawierających chorobotwórcze drobnoustroje pochodzące z obiektów, w których leczeni są chorzy na choroby zakaźne oraz ze stacji krwiodawstwa.

Państwowa Inspekcja Sanitarna dodatkowo w okresie od 29 września 2008 r. do 3 października 2008 r. przeprowadziła kontrole w oddziałach zakaźnych, w szpitalach wojewódzkich i klinicznych w zakresie gospodarowania ściekami. W ich wyniku stwierdzono, że na 135 szpitali, w tym szpitali posiadających oddziały zakaźne, obowiązek dezynfekcji ścieków realizowany jest will placówkach, co stanowi 82%. Natomiast 24 szpitale wprowadzają niedezynfekowane ścieki do urządzeń kanalizacyjnych. Wśród szpitali, które dezynfekują ścieki, w 33 skontrolowanych placówkach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie przeprowadzania procesu dezynfekcji.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wszczęły postępowanie administracyjne w celu ich usunięcia.

Wyjaśniam jednocześnie, że art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006 r. Nr 123 poz. 858) wyraźnie mówi, że obowiązek prowadzenia regularnej kontroli ilości i jakości odprowadzanych ścieków bytowych i ścieków przemysłowych oraz kontroli przestrzegania wprowadzanych ścieków do urządzeń kanalizacyjnych ciąży na przedsiębiorstwach wodociągowo-kanalizacyjnych.

Warunki wprowadzania ścieków do urządzeń kanalizacyjnych, w tym dopuszczalne wartości wskaźników zanieczyszczeń w ściekach wprowadzanych do urządzeń kanalizacyjnych określa natomiast rozporządzenie Ministra Budownictwa z dnia 14 lipca 2006 r. w sprawie sposobu realizacji obowiązków dostawców ścieków przemysłowych oraz warunków wprowadzania ścieków do urządzeń kanalizacyjnych (Dz. U. Nr 136, poz. 964).

Należy zatem stwierdzić, że istnieje prawny obowiązek dezynfekcji ścieków zawierających chorobotwórcze drobnoustroje przez podmioty, które wytwarzają te ścieki, Podmioty te są zobowiązane także do prowadzenia regularnej kontroli ilości i jakości odprowadzanych ścieków do urządzeń komunalnych.

Główny Inspektor Sanitarny w zakresie nadzoru nad kontrolą placówek służby zdrowia odprowadzających ścieki zawierające drobnoustroje chorobotwórcze posiłkuje się opiniami instytutów naukowo-badawczych specjalizujących się w tym zakresie oraz opiniami konsultantów krajowych ds. epidemiologii i chorób zakaźnych.

Ponadto uprzejmie informuję, że nadzór nad ściekami komunalnymi obecnie znajduje się również we właściwości Ministerstwa Środowiska.

Z poważaniem

Zastępca
Głównego Inspektora Sanitarnego
/-/ Jan Orgelbrand

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
GIS-HŚ-HK-4321/3-110a/ACH/08

Warszawa, 29 grudnia 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 października br., sprawie bezpieczeństwa epidemiologicznego, związanego z nieprawidłowościami w gospodarce odpadami szpitalnymi, uprzejmie proszę informuję, co następuje.

Szpitalne należą do obiektów, które są objęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzmocnionym nadzorem sanitarnym. Warunki sanitarne udzielania świadczeń zdrowotnych i stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej są systematycznie oceniane podczas kontroli., przeprowadzanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.

Jednocześnie informuje, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 6 września 2001 roku o *chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr 126, poz. 1384) na kierowniku zakładu opieki zdrowotnej spoczywa obowiązek postępowania przeciwdziałającego szerzeniu się zakażeń zakładowych przez opracowanie i wdrożenie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi zgodnie z obowiązującymi standardami.

Zarówno w trakcie kontroli planowych, jak i pozaplanowych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzają zgodność postępowania personelu zakładów opieki zdrowotnej z istniejącymi procedurami zapobiegania zakażeniom zakładowym, w tym dezynfekcji, sterylizacji oraz postę-

powania z odpadami w miejscu ich wytwarzania. Stwierdzone uchybienia w tym obszarze każdorazowo odnotowywane są w protokole kontroli wraz zaleceniami ich usunięcia.

Z dostępnych danych wynika, że w 2007 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 796 szpitalach spośród 808 wykazanych w ewidencji (98,5%), a więc kontroli poddano prawie wszystkie czynne placówki zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich. Wśród objętych nadzorem sanitarnym szpitali przeważały placówki publiczne, stanowiące około 80% ogółu skontrolowanych. Za niedostateczny uznano stan sanitarny 137 skontrolowanych obiektów, co stanowiło 17,2% objętych kontrolą.

Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568) wprowadził w przypadku szpitali wydłużony do dnia 31 grudnia 2012 roku termin dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w rozporządzeniu. Ww. rozporządzenie utrzymało także obowiązek przedkładania do zaopiniowania organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej programów dostosowawczych. Z uzyskanych danych wynika, że zaopiniowane pozytywnie programy dostosowawcze posiadało ponad 90% szpitali.

Trudności w dostosowaniu części szpitali do wymagań określonych w przepisach w dużej mierze wynikają z faktu, że nadal wiele z nich mieści się w starych budynkach, często o pierwotnie innym przeznaczeniu i jedynie adaptowanych na budynki szpitalne. Wiąże się z tym brak funkcjonalności pomieszczeń oraz bardzo ograniczone możliwości techniczne przeprowadzenia niezbędnych prac remontowych i modernizacyjnych. Znacznie mniejsze trudności w dostosowaniu do wymogów rozporządzenia wystąpiły w przypadku nowych szpitali, w których specyficzne wymagania dlatego typu obiektów uwzględnione były już na etapie ich projektowania.

Mimo prowadzonych w wielu obiektach szpitalnych prac remontowych, zastrzeżenia dotyczące ich stanu sanitarno-technicznego były bardzo liczne i stanowiły przedmiot negatywnej oceny sanitarnej.

Do najczęściej odnotowanych uchybień w tym zakresie należały: niewłaściwy stan techniczny ścian, sufitów i podłóg w salach chorych, korytarzach, blokach operacyjnych, laboratoriach, pomieszczeniach pralni i bloków żywienia, ubytki w okładzinach ceramicznych na ścianach i w posadzkach, ściany przy umywalkach nie pokryte materiałem zmywalnym i nienasiąkliwym do wymaganej wysokości, brak węzłów sanitarnych przy salach chorych, zbyt mała powierzchnia sal chorych, zniszczone łóżka

w salach chorych, niedostosowanie, zniszczona armatura sanitarna, brak wydzielonych brudowników i składników porządkowych lub niewłaściwe ich wyposażenie, brak lub niewystarczająca ilość wózków z zamykaną przestrzenią załadunkową do przewożenia brudnej bielizny i odpadów medycznych, zły stan pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych (brak doprowadzenia wody, ubytki w powierzchni ścian, sufitów i posadzek, niesprawna wentylacja).

W sprawie dezynfekcji szpitalnych ścieków informuję, że zgodnie z art. 9 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. *o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858, ze zm.) zabronione jest wprowadzanie do urządzeń kanalizacyjnych ścieków zawierających chorobotwórcze drobnoustroje pochodzące ze szpitali, w których leczeni są chorzy na choroby zakaźne oraz ze stacji krwiodawstwa.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w okresie od 29 września 2008 r. do 3 października 2008 r. przeprowadziła kontrole w oddziałach zakaźnych, w szpitalach wojewódzkich i klinicznych w zakresie gospodarowania ściekami. W ich wyniku stwierdzono, że na 135 szpitali zakaźnych i szpitali posiadających oddziały zakaźne, obowiązek dezynfekcji ścieków realizowany jest will placówkach, co stanowi 82%. Natomiast 24 szpitale wprowadzają niedezynfekowane ścieki do urządzeń kanalizacyjnych. Wśród szpitali, które dezynfekują ścieki, w 33 skontrolowanych placówkach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie przeprowadzania procesu dezynfekcji.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wszczęły postępowanie administracyjne w celu ich usunięcia.

Wyjaśniam jednocześnie, że art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. *o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* (Dz. U. z 2006 r. Nr 123 poz. 858) wyraźnie mówi, że obowiązek prowadzenia regularnej kontroli ilości i jakości odprowadzanych ścieków bytowych i ścieków przemysłowych oraz kontroli przestrzegania wprowadzanych ścieków do urządzeń kanalizacyjnych ciąży na przedsiębiorstwach wodociągowo-kanalizacyjnych.

Główny Inspektor Sanitarny w zakresie nadzoru nad kontrolą placówek służby zdrowia odprowadzających ścieki zawierające drobnoustroje chorobotwórcze posiłkuje się opiniami instytutów naukowo-badawczych specjalizujących się w tym zakresie oraz opiniami konsultantów krajowych ds. epidemiologii i chorób zakaźnych. W opinii Krajowego konsultanta ds. chorób zakaźnych – Pana Profesora Andrzeja Horbana obecnie nie występuje żadne szczególne zagrożenie chorobami zakaźnymi w Polsce, które

związane byłoby ze ściekami szpitalnymi. Według ww. cytowana z Dziennika Bałtyckiego informacja zawiera liczne przekłamania i nieprawidłowe sformułowania, zwłaszcza dotyczące zakaźności ścieków wywołanej obecnością wymienionych tam bakterii i wirusów.

Niepodważalnym jest, że należy dążyć do tego, aby ścieki, zwłaszcza dostające się do rzek były właściwie oczyszczone. Jednak ilość ścieków, która przedostaje się do kanalizacji ze szpitali jest znikoma w porównaniu z ilością ścieków komunalnych.

Jednocześnie informuje, że Państwowa Inspekcja Sanitarna nie posiada danych dotyczących występowania ognisk epidemicznych zachorowań spowodowanych skażeniem środowiska ściekami szpitalnymi.

Nadzór nad szpitalami w zakresie przestrzegania przepisów prawa i decyzji administracyjnych dotyczących postępowania z odpadami medycznymi, sprawowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną polega na wykonywaniu kontroli, zgodnie z przyjętymi planami pracy oraz w wyniku zgłaszanych interwencji. O częstotliwości kontroli decydują państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, biorąc pod uwagę stan sanitarno-techniczny nadzorowanych jednostek i przestrzeganie procedur regulujących postępowanie z odpadami medycznymi.

Zasady postępowania z odpadami medycznymi reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 roku *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. Nr 162, poz. 1153), określając m.in.:

- klasyfikowanie odpadów medycznych w celu określenia właściwego sposobu postępowania z określonymi rodzajami odpadów medycznych;
- zbieranie odpadów medycznych w miejscach ich powstawania;
- magazynowanie odpadów medycznych w zakładach opieki zdrowotnej przed poddaniem odpadów procesowi unieszkodliwiania, a w przypadku braku takich możliwości przed ich przetransportowaniem do miejsca unieszkodliwiania;
- określenie warunków transportu odpadów medycznych wewnątrz jednostki ochrony zdrowia.

W 2008 roku, w celu zwiększenia nadzoru nad gospodarką odpadami medycznymi w szpitalach uruchomiono pilotażowy schemat kontroli, który powstał w oparciu o obowiązujące przepisy ww. rozporządzenia.

Z przekazanych wyników kontroli z III kwartału 2008 r. wynika, że na 395 skontrolowanych w tym okresie szpitali pozwoleń na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych nie posiadało 11 placówek. Z pośród skontrolowanych szpitali 30 placówek nie posiadało również zatwierdzonych programów gospodarki odpadami niebezpiecznymi.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej powiadamiały kompetentne do podjęcia działań instytucje.

Z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny
z up. /-/ Jan Orgelbrand
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-574200-X/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 22 listopada 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Narasta społeczne zaniepokojenie związane z ciężkimi zachorowaniami na sepsę. Niepokój ten pogłębiają, docierające do opinii publicznej poprzez środki masowego przekazu – niejednokrotnie w dramatycznych formach – informacje o śmiertelnych przypadkach sepsy i o wątpliwościach, co do prawidłowości postępowania diagnostyczno-leczniczego prowadzonego w zakładach opieki zdrowotnej. Informacje te powodują sytuację zagrożenia i wpływają na zachowania obywateli oraz instytucji publicznych (np. szkół). Przykładem są doniesienia dotyczące śmierci 16-letniej dziewczyny z Warszawy.

Jednocześnie, z oficjalnych raportów Państwowego Zakładu Higieny wynika, że rośnie liczba rejestrowanych zachorowań na sepsę. Przykładowo, w okresie od 1 stycznia do 31 października 2007 r. odnotowano 198 zachorowań na posocznicę wywołaną dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, co oznacza ok. 60% wzrost zachorowań w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego (123 zachorowania).

W tej sytuacji niezmiernie istotne byłoby poznanie, a w uzasadnionych przypadkach upowszechnienie wśród szerokiej opinii publicznej, stanowiska Ministerstwa Zdrowia w następujących kwestiach:

- postrzegania zachorowań na sepsę jako ważnego problemu polityki zdrowotnej państwa,
- funkcjonowania systemu profilaktyki, diagnostyki i leczenia sepsy zgodnego z najwyższymi standardami medycznymi (pełny dostęp do badań bakteriologicznych, wyspecjalizowanych oddziałów szpitalnych, leków), znanego wszystkim lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzom zatrudnionym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w placówkach opieki stacjonarnej,
- funkcjonowania systemu chemioprofilaktyki zakażeń meningokokowych,
- istniejącego systemu szczepień ochronnych przeciwko patogenom wywołującym najczęściej sepsę oraz możliwości masowych, bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko chorobie meningokokowej,
- modyfikacji systemu rejestrowania posocznicy, w tym zakażeń o etiologii meningokokowej (obecnie obowiązuje osobne zgłaszanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy o tej etiologii, co zdaniem specjalistów rozбивa czytelność zgłoszeń),
- otoczenia szczególną opieką profilaktyczno-leczniczą osób z grupy największego ryzyka, w tym szczególnie dzieci i młodzieży, ze względu na najczęstsze występowanie sepsy meningokokowej oraz najpoważniejsze rokowanie co do życia.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w podnoszonej sprawie, w tym również odnośnie aktualnej skali zjawiska, monitoringu sytuacji oraz przestrzegania obowiązków i procedur przewidzianych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z póź. zm.), a także w sprawie działań i zamierzeń Pani Minister w kierunku zapewnienia bezpieczeństwa leczenia. Będę jednocześnie wdzięczny za przekazanie informacji na temat efektów działań – powołanego zarządzeniem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 10 stycznia 2007 r. Zespołu do Spraw Zakażeń Meningokokowych – w zakresie opracowania procedur postępowania i znowelizowania wytycznych w sprawie zwalczania zakażeń meningokokowych oraz usprawnienia diagnostyki mikrobiologicznej.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
GIS-EP-AO-400-339-WD/07

Warszawa, 18 grudnia 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 22 listopada 2007 r. znak RPO-574200-X/07/AA dotyczące zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (IChM) poniżej przedstawiam stanowisko w tej sprawie.

Problem zachorowań na posocznicę meningokokową, w aspekcie zagrożenia, jakie niesie ze sobą dla zdrowia publicznego zakażenie *Neisseria meningitidis* z gr. C. nie jest bagatelizowany przez Ministra Zdrowia oraz przez nadzorowane przez niego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Podejmowane są wszelkie możliwe działania mające na celu z jednej strony poprawę diagnostyki i terapii choroby, z drugiej zaś lepszą jej zgłaszalność. Dynamika przebiegu zakażenia powoduje panikę wśród społeczeństwa. Niewątpliwym wpływem na to ma wzrost liczby zakażeń, ale także fakt, że od roku 2004 zgłaszaniu podlegają wszystkie przypadki inwazyjnych zakażeń wywołanych przez *Neisseria meningitidis*, z wyszczególnieniem przypadków o przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, czyli sepsy. Zmiana w systemie rejestracji przypadków została wprowadzona po serii zakażeń meningokokowych występujących w województwie zachodniopomorskim w 2003 i 2004 roku, z których większość stanowiły posocznice. Wcześniejszy system, obejmujący obowiązkiem zgłaszania wyłącznie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanych przez meningokoki nie obejmował przypadków posocznicy, przez co „wymykały się” one z wszelkich opracowań epidemiologicznych i pozornie zmniejszały liczbę zachorowań.

W oparciu o przepisy ustawy Z dnia 6 września 2001 i o *chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr 126 poz. 1384, z późn. zm) prowadzona jest rejestracja zgłoszonych przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową, zaś laboratoria Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego w Narodowym Instytucie Leków w Warszawie weryfikują do celów nadzoru epidemiologicznego nadsyłane ze szpitali szczepy bakterii w celu potwierdzenia, czy zakażenie było spowodowane przez szczepy epidemiczne.

Należy podkreślić, że w latach wcześniejszych zakażenia o przebiegu inwazyjnym (tj. przebiegające pod kliniczną postacią posocznicy lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) jedynie w 10% były spowodowane zakażeniem *N. meningitidis* z grupy C (szczepy epidemiczne), zaś w 90% spowodowane były przez *N. meningitidis* z grupy B, który to drobnoustrój powodował pojedyncze, nie dające się powiązać epidemiologicznie zachorowania. W ciągu ostatnich 3 lat zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, stwierdza się wzrost zakażeń dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neisseria meningitidis*) z grupy C, posiadającą zdolność do epidemicznego szerzenia się i w związku z tym mogącą wywoływać lokalne ogniska epidemiczne.

W ostatnich latach zwiększył się więc zarówno odsetek chorych zakażonych przez *Neisseria meningitidis* C, jak i zwiększa się ogólna liczba przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową. Niejednokrotnie udaje się powiązać epidemiologicznie przypadki zachorowań – są to zachorowania dzieci i młodzieży z grup rówieśniczych, zachorowania żołnierzy skoszarowanych w jednej jednostce itp.

Dane Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego wskazują że odsetek zakażeń spowodowanych przez epidemiczne szczepy dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w roku 2005 wynosił ok. 40%, zaś w roku 2006 i 2007 już ok. 60%).

Monitorowanie przypadków zakażeń meningokokowych potwierdzonych laboratoryjnie prowadzone jest przez powołany decyzją Ministra Zdrowia w 1997 roku Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN), działający w Zakładzie Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków. KOROUN prowadzi badania izolatów bakteryjnych wyhodowanych od chorych oraz materiałów klinicznych (krew, płyn mózgowo-rdzeniowy). Badania te pozwalają między innymi, na identyfikację czynnika zakaźnego w próbkach pobranych od chorych z podejrzeniem IChM, w tym również w materiałach uzyskanych pośmiertnie (takie badania przeprowadzono w Ośrodku między innymi w przypadku wspomnianego przez Rzecznika Praw Obywatelskich zgonu 16-letniej dziewczyny w Warszawie). Poza tym KOROUN prowadzi zaawansowane badania molekularne, pozwalające na identyfikację wśród *Neisseria meningitidis* szczepów szczególnie groźnych, posiadających wysoki potencjał inwazyjny i epidemiczny (jeden z takich szczepów – ST-11/ET-15 spowodował w ostatnich latach co najmniej cztery ogniska epidemiczne IChM i wpłynął na zmianę sytuacji epidemiologicznej).

Należy stwierdzić, że zagadnienia epidemiologii, rozpoznawania i leczenia zarówno inwazyjnej choroby meningokokowej, jak też innych inwazyjnych zakażeń, są przedmiotem nauczania studentów wydziałów lekarskich, jak też w mniejszym zakresie również innych kierunków medycznych. Umieszczone są także w programach kształcenia podyplomowego lekarzy. Dodatkowo, biorąc pod uwagę fakt, że czas w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym ma w przebiegu opisywanej choroby niewątpliwy wpływ na dalszy jej przebieg, eksperci z KOROUN oraz przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego zorganizowali szereg szkoleń skierowanych do personelu medycznego oraz pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zostały uaktualnione procedury dotyczące postępowania diagnostycznego w przypadkach IChM, a obecnie trwają prace nad aktualizacją procedur dotyczących terapii zakażeń meningokokowych oraz działań przeciwepidemicznych. Przygotowywana jest również witryna internetowa KOROUN, na której planuje się zawarcie podstawowych informacji na temat IChM zarówno dla specjalistów, jak i dla społeczeństwa. Podstawowe informacje na ten temat są już dostępne na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego, a także stronie internetowej utworzonej w ramach prowadzonej, skierowanej do społeczeństwa, akcji medialnej dotyczącej konieczności zachowań prozdrowotnych. Niezmiernie ważną rolę odgrywa, zainicjowana przez Głównego Inspektora Sanitarnego, akcja „STOP MENINGOKOKOM”. Skierowana ona jest przede wszystkim do nastolatków i zawiera treści mające na celu promowanie zachowań prozdrowotnych. Akcja ta realizowana jest poprzez rozpowszechnianie odpowiednich plakatów, ulotek, spotów radiowych i telewizyjnych oraz płyt CD. Dzięki podejmowanym przez KOROUN oraz Główny Inspektorat Sanitarny działaniom nastąpiła znacząca poprawa w zakresie rozpoznawalności IChM, szybciej wprowadzana jest odpowiednia terapia, a tym samym zmniejsza się liczba zgonów w przebiegu inwazyjnej choroby meningokokowej.

Oprócz unikania zachowań ryzykownych, niewątpliwie najlepszą metodą zapobiegania zakażeniom meningokokowym są szczepienia ochronne. Odpowiednie preparaty są dostępne w Polsce przeciwko grupie serologicznej C meningokoków, które aktualnie odpowiadają w naszym kraju za około 50% – 60% przypadków IChM. W obecnej sytuacji budżetowej wprowadzenie powszechnych, obowiązkowych szczepień nie jest ze względu na wysoki jednostkowy koszt szczepionki możliwe do wprowadzenia. Ujęcie odpowiedniego preparatu w wykazie szczepień obowiązkowych spowodowałoby kilkakrotny wzrost nakładów na sfinansowanie Programu Szczepień Ochronnych. Ponadto, aktualne przepisy ustawy art. 14 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o *chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr

126 poz. 1384, z późn. zm.) oraz wydanego na podstawie zawartego w nim upoważnienia dla Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. nr 237 poz. 2018, z późn. zm.) nie nakładają na osoby przebywające na obszarze RP obowiązku poddawania się szczepieniom przeciw meningokokom. Szczepienie to jest więc szczepieniem zalecanym w rozumieniu przepisów ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Jednocześnie art. 18 ust. 3 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach nie daje prawnych możliwości finansowania przez Ministra Zdrowia zakupu preparatów szczepionkowych stosowanych do szczepień zalecanych. Cały czas jednak oceniana jest aktualna sytuacja epidemiologiczna zakażeń meningokokowych i gdy w określonym rejonie zapadalność na IChM niebezpiecznie rośnie lub w momencie wystąpienia ognisk epidemicznych choroby wywołanej przez meningokoki grupy C, wprowadzane są interwencyjne szczepienia finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Tego typu akcje przeprowadzono w bieżącym roku w powiecie brzeskim (woj. opolskie) oraz na Górnym Śląsku. Biorąc jednak pod uwagę trudną sytuację epidemiologiczną dotyczącą zakażeń meningokokowych, przygotowane są zmiany odpowiednich przepisów prawnych mające na celu umożliwienie Ministrowi Zdrowia – w zależności od sytuacji epidemiologicznej – wprowadzenie na określonych obszarach RP obowiązku szczepienia. Tworzona jest także rezerwa przeciwepidemiczna szczepionek, które umożliwią bezpłatną realizację szczepień. Należy podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje wprowadzanie powszechnych szczepień ochronnych przeciwko *Neisseria meningitidis* w chwili gdy wskaźnik zapadalności wynosi 10.0 na 100 tys. mieszkańców. W Polsce, wg. danych Państwowego Zakładu Higieny, wynosił on w roku 2006 – 0.61/100 tys. i był niższy od rejestrowanych w wielu krajach Europy.

Uprzejmiem informuję Pana Ministra, że wszystkie dotychczas prowadzone działania mające na celu poprawę sytuacji w zakresie zakażeń meningokokowych są wynikiem prac powołanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego Zespołu ds. Zakażeń Meningokokowych. Wchodzący w skład zespołu eksperci z różnych dziedzin wiedzy medycznej oraz przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego na bieżąco analizują sytuację epidemiologiczną w zakresie zakażeń *Neisseria meningitidis*. Rezultatem ich prac jest min. opracowanie procedur postępowania w przypadku wystąpienia epidemii spowodowanej meningokokami, znowelizowanych wytycznych dotyczących zwalczania zakażeń meningokokowych, zasad usprawnienia diagnostyki mikrobiologicznej *Neisseria* spp., a także zakrojonych na szeroką skalę szkoleń.

Reasumując, jeszcze raz pragnę podkreślić, że poruszony problem znajduje się w centrum zainteresowania służb medycznych i przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie zostaną zaniechane żadne działania mogące wpłynąć na poprawę sytuacji epidemiologicznej spowodowanej wzrostem zakażeń przez *Neisseria meningitidis*.

Z poważaniem

/-/

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 8 lutego 2008 r.

RPO-580594-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z póź. zm.), zwracam się do Pani Minister z prośbą o udzielenie informacji w sprawie sygnalizowanych przez media zakłóceń w organizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży.

Z dniem 1 kwietnia 2007 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 56, poz. 379). W § 2 tego rozporządzenia został wprowadzony zapis zobowiązujący pielęgniarkę albo higienistkę szkolną sprawującą profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem do przekazania w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie nowych uregulowań prawnych, lekarzowi sprawującemu profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem, kart uodpornienia, o których mowa w art. 14 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z póź. zm.).

Tymczasem wg doniesień prasowych („Gazeta Prawna” 2007-10-15, „Metro” 2007-12-19, „Metro” 2008-01-25/27), po upływie pół roku od dnia wejścia w życie odnośnego rozporządzenia, do części lekarzy pierwszego kontaktu wciąż nie dotarły karty szczepień uczniów. Tylko w województwie lubelskim wskutek nieprzekazania lekarzom rodzinnym kart uodpornienia nawet kilkanaście tysięcy uczniów może mieć problemy z wykonaniem obowiązkowych szczepień ochronnych, ponieważ, wobec braku kart uodpornienia, nie jest możliwe wezwanie dzieci na szczepienia. Wg Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w województwie lubelskim na szczepienia zgłosiło się zaledwie 40% a w woj. mazowieckim nawet jeszcze mniej dzieci.

Biorąc pod uwagę znaczenie szczepień ochronnych dla zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego w naszym kraju zwracam się do Pani Minister z prośbą o ustosunkowanie się do niepokojących doniesień prasowych, których autorzy powołują się na wypowiedzi pracowników Ministerstwa Zdrowia lub jednostek naukowo-badawczych podległych Ministerstwu Zdrowia. Za szczególnie istotne należy uznać informacje na temat skali i przyczyn problemów w realizacji szczepień ochronnych na terenie kraju, a także na temat podejmowanych kroków zaradczych.

Jednocześnie zwracam się z prośbą o udzielenie informacji w istotnej sprawie podnoszonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w toku prac legislacyjnych nad ww. rozporządzeniem i wynikającej z faktu, iż w obowiązującym dziś porządku prawnym, każda osoba ubezpieczona w Narodowym Funduszu Zdrowia wybiera lekarza podstawowej opieki zdrowotnej a w imieniu dzieci czynią to rodzice lub opiekunowie. Wobec powyższego zasadne wydaje się uzyskanie informacji co do występowania oraz sposobu rozwiązywania problemów w realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych tych młodych ludzi, którzy nie zostali zarejestrowani (poprzez złożenie deklaracji) do żadnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 11 marca 2008 r.

MZ-ZP-D-073-9968-6/WS/08

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 lutego 2008 r. znak: RPO-580594-X/08/JS zawierające prośbę o *udzielenie informacji w sprawie sygnalizowanych przez media zakłóceń w organizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży* uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Zakres i organizację obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci i młodzieży reguluje ustawa z dnia 6 września 2001 r. o *chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.). Szczegółowe regulacje prawne zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. *W sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień* (Dz. U. Nr 282 poz. 2018 z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. *w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 282 poz. 2814 z późn. zm.).

W kwietniu 2007 roku weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 56 poz. 379). Do czasu wejścia w życie nowych przepisów, w 11 województwach szczepienia dzieci były wykonywane w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a tylko w 5 województwach (*w tym także w Warszawie i części miejscowości na Mazowszu oraz w Lubelskiem*) szczepienia wykonywały pielęgniarki w szkolnych gabinetach profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

Należy wyjaśnić, że wprowadzenie przedmiotowych regulacji nie wynikało z chęci ujednoczenia w Polsce sposobu realizacji szczepień ochronnych u uczniów, a zostało podyktowane koniecznością likwidacji 1,5 rocznego ostrego konfliktu lekarsko-pielęgniarskiego, braku współpracy w zakresie wykonywania szczepień, a w części także zaniechania ich wykonywania na niektórych terenach Polski. Narastający konflikt pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a pielęgniarkami szkolnymi, dotyczący szkół w niektórych powiatach w województwie lubelskim,

małopolskim i częściowo w wielkopolskim oraz nieskuteczność działań w celu jego likwidacji, podejmowanych między innymi przez Wojewodę Lubelskiego, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Lublinie, Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych i inne zainteresowane podmioty spowodował, że zaistniała konieczność przygotowania odpowiednich regulacji prawnych, skutecznie niwelujących znaczące opóźnienia w realizacji szczepień, a w części szkół – wręcz zaniechanie ich wykonywania. Konflikt spowodowany był odmową kwalifikacji uczniów do szczepień na terenie szkół, przez lekarzy zrzeszonych w „Porozumieniu Zielonogórskim” (bezwzględny warunkiem przed szczepieniem jest lekarska kwalifikacja do szczepień w planowanym dniu szczepienia, do czego pielęgniarki nie mają kompetencji).

W związku z tym, niezależnie od wielu podnoszonych przez ekspertów zalet szczepienia uczniów przez pielęgniarki w szkolnych gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, przygotowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą*. Przyjęty kierunek zmian – to nałożenie na właściwego dla ucznia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej odpowiedzialności za realizację pełnej procedury szczepień zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień. Tak więc. zawiadamianie rodziców/opiekunów dziecka o terminach szczepień, kwalifikacja do szczepienia, wykonanie szczepienia zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, dokumentowanie oraz prowadzenie sprawozdawczości realizuje właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wybrany na podstawie *deklaracji wyboru lekarza* złożonej przez rodziców/opiekunów dziecka).

W opinii Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, która zrzesza większość świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, w tym również kontraktujących świadczenia pielęgniarskie w środowisku nauczania i wychowania, znowelizowane rozporządzenie *w wielkiej mierze uporządkowało wcześniej istniejący stan rzeczy, jasno wskazując podmiot odpowiedzialny za organizację szczepień*. Opinię tę podzielają Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego.

Rzetelna ocena skutków wprowadzenia nowelizacji przepisów w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, a zwłaszcza określenie poziomu wykonawstwa szczepień ochronnych w 2007 roku będą możliwe po opublikowaniu pełnych danych statystycznych, najwcześniej w połowie 2008 roku. Wówczas nastąpi zamknięcie okresu sprawozdawczego, weryfikacja i analiza danych na

temat odsetka osób zaszczepionych, w porównaniu z populacją objętą obowiązkiem szczepień oraz porównanie danych z wynikami szczepień z lat ubiegłych. Wszelkie informacje na ten temat, które zawarte są w treści przesłanych w załączeniu do wystąpienia artykułów prasowych, są przedwczesne i mogą skutkować wywołaniem zbędnych niepokojów społecznych.

Sygnalizowany w wystąpieniu Pana Rzecznika – w ślad za artykułami prasowymi – problem trudności w przekazywaniu dokumentacji szczepień przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lekarzom poz nie znajduje potwierdzenia w opinii wyrażonej przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. Zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta, *pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania przekazały karty uodpornienia w następujący sposób: a) protokołem zdawczo-odbiorczym bezpośrednio do praktyki lekarza lub b) poprzez rodziców za potwierdzeniem odbioru*. Nie wyklucza to sytuacji opóźnień w przekazaniu kart uodpornienia w jednostkowych przypadkach. Takie sytuacje nie uprawniają jednak autorów artykułów prasowych do uogólniania i wydawania opinii krzywdzącej większość rzetelnych świadczeniodawców. W stanowisku przedstawionym przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej *proces przekazywania kart szczepień nie dotyczył wszystkich województw, bo np. w śląskim karty szczepień były zawsze zdeponowane w Praktykach Lekarzy Rodzinnych. Niedobór kart w województwie lubelskim wynosił 5,5% i kształtował się podobnie, jak w latach ubiegłych*. Według informacji Konsultanta w dziedzinie medycyny rodzinnej *nie zgłaszano uchybień w realizacji szczepień w tym województwie*.

Należy przypomnieć, że do czasu wejścia w życie nowych przepisów, w 11 województwach szczepienia dzieci były już wykonywane w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a tylko w 5 województwach (w tym także w Warszawie i części miejscowości na Mazowszu oraz w Lubelskiem) szczepienia wykonywały pielęgniarki w szkolnych gabinetach profilaktyki i pomocy przedlekarskiej.

Wobec faktu powoływania się w wystąpieniu (za autorami artykułów prasowych) na opinię Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, iż *w województwie lubelskim na szczepienia zgłosiło się zaledwie 40%, a w województwie mazowieckim nawet jeszcze mniej dzieci*, wystąpię do Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego z prośbą o podanie szczegółowych danych z tego zakresu oraz ich źródła.

W związku z wyrażonym przez Pana Rzecznika zaniepokojeniem o bezpieczeństwo epidemiologiczne w kraju pragniemy poinformować, że – w opinii ekspertów z Departamentu Przeciwepidemicznego w Głównym

Inspektoracie Sanitarnym – szczepienia ochronne dzieci w wieku szkolnym są szczepieniami uzupełniającymi w stosunku do wykonywanych we wcześniejszych latach życia, dlatego pomimo wystąpienia ewentualnych przesunięć tych szczepień w czasie, nie powinno to stanowić zagrożenia dla zdrowia publicznego w postaci spadku uodpornienia populacji pod warunkiem, iż będą one uzupełnione tak szybko, jak to będzie możliwe. Informacja na temat stopnia zaszczepienia populacji będzie możliwa dopiero po zamknięciu okresu sprawozdawczego (polowa roku 2008). Wówczas, w przypadku stwierdzenia ewidentnych różnic w porównaniu z latami ubiegłymi, stacje sanitarno-epidemiologiczne spowodują wzmożenie nadzoru nad wyszczepialnością dzieci i młodzieży w powiatach, w których obserwuje się spadek wyszczepialności, a także ewentualne wprowadzenie interwencyjnych szczepień ochronnych.

Sygnalizowany przez Pana Rzecznika problem realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej (w tym szczepień ochronnych) w odniesieniu do dzieci i młodzieży, których rodzice/opiekunowie nie złożyli deklaracji wyboru do żadnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej budzi także nasz niepokój i aktualnie jest przedmiotem podjęcia działań w celu rozpoznania skali tego zjawiska. Ministerstwo Zdrowia zwróci się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o wsparcie w szczegółowym rozpoznaniu problemu.

Wobec przedstawionych powyżej faktów, pragnę zapewnić Pana Rzecznika, że profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą jest przedmiotem szczególnej troski Ministra Zdrowia. Z tego powodu z uwagą monitorowane są skutki wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Pozwoli to na dokonanie po zamknięciu okresu sprawozdawczego rzetelnej oceny tych skutków i korektę stwierdzonych nieprawidłowości.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 8 września 2008 r.

RPO-580594-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W lutym bieżącego roku zwracałem się do Pani Minister z prośbą o udzielenie informacji w sprawie sygnalizowanych przez media zakłóceń w organizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży. W tej sprawie otrzymałem obszernie wyjaśnienie z dnia 11 marca 2008 r. (MZ-ZP-D-073-9968-6/WS/08), w świetle którego „rzetelna ocena skutków wprowadzenia nowelizacji przepisów w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, a zwłaszcza określenie poziomu wykonawstwa szczepień ochronnych w 2007 roku, będą możliwe po opublikowaniu pełnych danych statystycznych, najwcześniej w połowie 2008 roku”.

Uprzejmie informuję, że Rzecznik Praw Obywatelskich zainteresowany jest wspomnianą oceną.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o poinformowanie Rzecznika w tej sprawie i udostępnienie wymienionej informacji.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-9968-10/WS/08

Warszawa, 7 października 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 września 2008 r., znak: RPO-580594-X/08/AA zawierające prośbę o *przedstawienie oceny skutków wprowadzenia nowelizacji przepisów w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, a zwłaszcza realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w 2007 roku* uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

W kwietniu 2007 roku weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 56 poz. 379). Obszerne wyjaśnienia dotyczące przyczyn zmian przepisów przedłożyłem Panu Rzecznikowi w piśmie MZ-ZP-D-073-9968-6/WS/08 z dnia 11 marca 2008 r.

Ocena skutków zmian w organizacji szczepień ochronnych wprowadzonych przedmiotowym rozporządzeniem, w opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii, winna być rozpatrywana w odniesieniu do:

1. odsetka dzieci i młodzieży objętych nadzorem w ramach Programu Szczepień Ochronnych (PSO),
2. stanu zaszczepienia dzieci i młodzieży objętych tym nadzorem.

W oparciu o dane z „*Kwartalnych sprawozdań*” przedkładane przez wszystkich świadczeniodawców przechowujących karty uodpornienia, można stwierdzić nadzór nad wykonawstwem szczepień uległ w 2007 r. osłabieniu. Potwierdziły to dane z „*Rocznych sprawozdań ze szczepień ochronnych za rok 2007*”. składanych niezależnie przez świadczeniodawców (także obowiązkowo) w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej. W porównaniu do 2006 r. w większości roczników dzieci i młodzieży do lat 18 powiększył się procentowy udział grupy, której kart uodpornienia nie ma u świadczeniodawców zobowiązanych do prowadzenia szczepień. W skrajnych przypadkach, różnice w punktach procentowych pomiędzy 2007 a 2006 r. wynosiły (tabela 1): -2,1 pkt (17-latki); -1,8 pkt (18-latki) oraz -1,4 pkt (5- i 12-latki). Różnice te oznaczają, że

pomiędzy 2007 a 2006 r. poza systemem szczepień ochronnych znalazło się dodatkowo odpowiednio ok.: 11,4 tys. (17-latki): 9,8 tys. (18-latki); 4,8 tys. (5-latki) i 6,4 tys. (12-latki) dzieci i młodzieży. Biorąc pod uwagę wszystkie roczniki, od niemowląt do młodzieży w 19 roku życia, poza systemem znalazło się dodatkowo około 44,1 tys. osób. Pogorszenie nadzoru nad obowiązkowym szczepieniem części populacji miało różną skalę na obszarze poszczególnych województw, ponadto w ramach województw nie obejmowało (proporcjonalnie) wszystkich roczników. Na przykład (tab. 1a do tab. 1c). w przypadku dzieci w 6 r.ż., przy zmniejszeniu się udziału dzieci objętych nadzorem w skali całego kraju o $-1,4$ pkt. procentowego, w woj. warmińsko-mazurskim różnica wynosiła $-4,2$ pkt., w kujawsko-pomorskim $-3,4$ punktu, a w świętokrzyskim $-3,2$ punktu. W przypadku młodzieży w 13 r.ż. przy wskaźniku ogólnokrajowym $-1,4$ pkt, w woj. mazowieckim różnica wynosiła $-5,0$ pkt. w świętokrzyskim $-2,4$ pkt, a w podkarpackim i pomorskim $-2,2$ pkt; natomiast w przypadku młodzieży w 18 r.ż., przy wskaźniku ogólnokrajowym $-2,1$ pkt, w woj. mazowieckim różnica wynosiła $-12,2$ pkt. w świętokrzyskim $-12,0$ pkt, w podkarpackim $-6,0$ pkt, a w pomorskim $-5,4$ pkt. Może to świadczyć o lokalnych różnicach w organizacji szczepień.

Dane z *Rocznych sprawozdań ze szczepień ochronnych za rok 2007* potwierdziły wcześniejsze przewidywania, że zmiany organizacyjne wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. Nr 56 poz. 379) nie wpłynęły w drastyczny sposób na realizację kalendarza szczepień i stan zaszczepienia dzieci i młodzieży osiągnięty w 2007 r. (tab. 2 do tab. 7c). Należy podkreślić, że mowa jest o stanie zaszczepienia tych osób, których karty uodpornienia w dniu 31 grudnia 2007 r. znajdowały się u świadczeniodawców odpowiadających za realizację PSO. Niemniej, jeśli chodzi o większość szczepień, odnotowano pewne pogorszenie stanu zaszczepienia, szczególnie w rocznikach, które zgodnie z PSO powinny rozpocząć cykl szczepień lub otrzymać kolejną dawkę. Stosunkowo niewielkie różnice pomiędzy stanem zaszczepienia porównywalnych roczników w 2006 i 2007 r., nie mogą zmienić tej opinii, należy bowiem mieć na uwadze, że różnica o $-0,1$ pkt procentowego w stanie zaszczepienia rocznika oznacza, że w 2007 r. nie zaszczepiono w ogóle lub nie zaszczepiono kolejną dawką (w zależności od rocznika) od 350 do 510 osób więcej niż w 2006 r.

Analiza danych wykazała pogorszenie stanu zaszczepienia starszej młodzieży w niektórych województwach. W przypadku szczepień przeciwko

blonicy-tężcowi odsetek 17-latków, którzy otrzymali trzecią dawkę przypominającą był w 2007 r. o 2.0 pkt procentowe niższy niż w 2006 r. (w woj. kujawsko-pomorskim o 14.8 pkt. a w świętokrzyskim o 11,5 pkt). a odsetek 18-latków o 5.3 pkt niższy (tab. 2 do lab. 2d). natomiast w przypadku wyrównawczych szczepień przeciwko wzv typu B, odsetek zaszczepionych ogółem 14-latków był w 2007 r. o 0,5 pkt niższy niż rok wcześniej (w woj. podkarpackim o 3,3 pkt. a woj. pomorskim o 2.7 pkt; tab. 7 do tab. 7c). W przypadku szczepień przeciwko polio czy odrze, pogorszenie się wykonawstwa szczepień w 2007 r. stworzyło pewne zagrożenie dla utrzymania w Polsce osiąganego dotychczas wysokiego, wyrównanego na obszarze wszystkich województw, poziomu zaszczepienia, wymaganego w związku z międzynarodowymi programami eradykacji polio i eliminacji odrzy. w których uczestniczy Polska, (tab. 4 do tab. 4b, tab. 6 do tab. 6b).

Nie zanotowano pogorszenia się wykonawstwa szczepień (stanu zaszczepienia) w 2007 r. w przypadku szczepień przeciwko gruźlicy (tab. 8). przeciwko zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu B (tab. 10), szczepienia dziewcząt przeciwko różyczce w ramach programu zapobiegania różyczce wrodzonej (tab. 9) oraz w przypadku szczepień przeciwko odrze/świnie/różyczce po 9 roku życia (tab. 5 i 5b).

Informuję Pana Rzecznika, że zwróciłem się w trybie pilnym do Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego o przeanalizowanie przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie realizacji Programu Szczepień Ochronnych oraz przedstawienie sposobu i rodzaju działań naprawczych.

Wyniki dokonanych analiz przekazałem również Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o podjęcie działań w celu wyjaśnienia przyczyn nieprawidłowości w realizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży, w szczególności u świadczeniodawców w wykazanych w analizie województwach. Dotyczy to zarówno wykonawstwa szczepień przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i braku posiadania kart uodpornienia w dokumentacji medycznej zadeklarowanych podopiecznych. Problemem do rozwiązania pozostaje wypracowanie takich działań, które pozwoliłyby na odnalezienie tych ubezpieczonych wśród dzieci i młodzieży, których rodzice do chwili obecnej nie złożyli deklaracji wyboru do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pozwoliłoby to na wskazanie miejsca przechowywania ich kart uodpornienia, a tym samym wpłynęłoby na poprawę wykonawstwa szczepień.

Ponadto informuję, że 3 października 2008 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2008 r. *zmieniające rozpo-*

rzządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 122, poz. 795). Tym samym kalendarz szczepień ochronnych został rozszerzony o dwie nowe szczepionki: przeciwko pneumokokom i ospie wietrznej dla dzieci narażonych w sposób szczególny.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia, obowiązkowymi szczepieniami finansowanymi ze środków Ministerstwa Zdrowia przeciwko pneumokokom zostaną objęte:

➤ dzieci od 2 miesiąca do 5 roku życia chorujące na: przewlekłe choroby serca z niewydolnością układu krążenia, schorzenia immunologiczno-hematologiczne, małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną, asplenię wrodzoną lub po splenektomii, zespół nerczycowy o podłożu genetycznie uwarunkowanej strukturopatii, pierwotne zaburzenia odporności, zakażone HIV, przed planowanym przeszczepem lub po przeszczepie szpiku, narządów wewnętrznych lub wszczępieniu implantu ślimakowego,

➤ dzieci od 2 miesiąca do 5 roku życia po urazach i z wadami ośrodkowego układu nerwowego przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,

➤ dzieci przedwcześnie urodzone do ukończenia 1 roku życia chore na dysplazję oskrzelowo-opłucną.

Obowiązkowymi szczepieniami finansowanymi ze środków Ministerstwa Zdrowia przeciwko ospie wietrznej zostaną objęte:

➤ dzieci do ukończenia 12 roku życia z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażone HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,

➤ dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób wymienionych w poprzednim punkcie, które nie chorowały na ospę wietrzną.

Wprowadzenie wymienionych szczepień do Programu Szczepień Ochronnych było postulowane przez Radę Sanitarną przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i zyskało poparcie ekspertów w dziedzinie pediatrii oraz chorób zakaźnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-606966-X/09/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 3 lutego 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Z niepokojem i troską odbieram kolejne doniesienia na temat sytuacji epidemiologicznej grypy w Polsce. Wg informacji Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), w ostatnich tygodniach grudnia 2008 r. liczne kraje zachodniej i południowej Europy poinformowały o znacznym wzroście liczby zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę i ostrych zakażeń układu oddechowego. Ponieważ rozprzestrzenianie się epidemii grypy z Europy Zachodniej na Wschód było dotychczas obserwowane przez większość sezonów epidemicznych uznano za prawdopodobne, że w kolejnych tygodniach grypa sezonowa będzie rozprzestrzeniała się i nasilała w środkowej, wschodniej i północnej Europie. Opierając się na charakterystyce antygenowej i genetycznej wirusa stwierdzono, że wirusy znajdujące się w tegorocznej szczepionce przeciwko grypie odpowiadają wirusom krążącym w środowisku. Szczepionka ta więc stanowi skuteczną ochronę przed zachorowaniem lub przynajmniej pozwoli na znaczne złagodzenie przebiegu choroby.

Uwzględniając powyższe ECDC zaleciła poddawanie się szczepieniom ochronnym przeciwko grypie sezonowej w krajach UE. Dotyczy to szczególnie osób z grup ryzyka – cierpiących na choroby przewlekłe i starszych, a także pracowników służby zdrowia.

Wg danych Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH od 16 do 22 stycznia w Polsce odnotowano 47 325 zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę, w tym czasie 77 osób skierowano do szpitala – w porównywalnym okresie ubiegłego roku chorowało 13 122 osób.

Wobec powyższego zasadne wydaje się uzyskanie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu zalecenia Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób zostały wdrożone w Polsce przez władze zdrowia publicznego. Chodzi zarówno o nadzór epidemiologiczny (zgłaszalność

zachorowań), profilaktykę (szczepienia), jak i dostępność do diagnostyki i leczenia grypy i jej powikłań

Źródłem danych o sytuacji epidemiologicznej grypy w Polsce są przede wszystkim okresowe, zbiorcze meldunki o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę, nadsyłanych do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych przez wszystkie jednostki ochrony zdrowia, do których zgłosili się chorzy oraz dane ze zgłoszeń zgonów nadsyłanych do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych przez lekarzy, przesyłane przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w formie zagregowanej do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH. [Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570): Załącznik – Wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, poz. 18; Art. 27, ust. 1; Art. 52.; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń (...) oraz sposobu ich przekazywania (Dz. U. Nr 90, poz. 853; z późniejszymi zmianami): §2.]. Stan realizacji tych istotnych z epidemiologicznego punktu widzenia lekarskich obowiązków budzi jednak zastrzeżenia. Jak wynika z wystosowanego do lekarzy w dniu 19-05-2008 apelu Krajowego Specjalisty ds. Epidemiologii ciągle zgłaszalność chorób zakaźnych i niepożądaných odczynów poszczepiennych w Polsce jest niedostateczna i bardzo zróżnicowana terytorialnie.

W zaleceniach Komitetu Doradczego ds. Szczepień (ACIP) WHO zostały podane wskazania kliniczne do szczepień oraz wyodrębnione grupy wysokiego ryzyka osób szczególnie narażonych na wystąpienia powikłań grypy. Należą do nich, m.in.: zdrowe dzieci, które w sezonie epidemicznym będą w wieku 6–23 miesiąca życia i kobiety, które w czasie najbliższego sezonu epidemicznego grypy będą w II lub III trymestrze ciąży; personel zakładów opieki zdrowotnej i placówek społecznej.

Wydaje się, że ważnym zadaniem władz publicznych odpowiedzialnych za politykę zdrowotną winno być uświadamianie społeczeństwa o skutkach i zagrożeniach zdrowotnych oraz społeczno-ekonomicznych, spowodowanych przez infekcje grypowe, jak również popularyzacja działań profilaktycznych. Z drugiej strony istnieje potrzeba podjęcia wysiłków w celu zmiany poglądów na sprawy szczepień przeciwko grypie w samym środowisku medycznym, zwłaszcza wśród lekarzy rodzinnych, pediatrów i położników. O wskazaniach do szczepień decyduje oczywiście lekarz ale udzielanie właściwych informacji na temat oferty i organizacji szczepień przeciwko grypie, zwłaszcza osobom z grup podwyższonego ryzyka, uważać należy za etyczną powinność.

Wobec powyższego na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14,

poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji odnośnie do podjętych przez Ministerstwo działań na rzecz poprawy zgłaszalności zachorowań na grypę a także na rzecz zwiększenia odsetka osób zaszczepionych przeciwko grypie, zwłaszcza w grupach podwyższonego ryzyka. Będę również zobowiązany za przekazanie stanowiska Ministerstwa Zdrowia na temat aktualnej sytuacji epidemiologicznej grypy oraz w sprawie zapewnienia pacjentom dostępu do szybkiej i pełnej diagnostyki zakażeń wirusem grypy, a także do właściwego leczenia.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 16 luty 2009 r.

GIS-EP-076-7-WE/O9

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na nadesłane w piśmie z dnia 3 lutego 2009 roku, znak RPO-606966-X/09/JS wystąpienie w sprawie *wdrażania w Polsce zaleceń Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób dot. zagadnień nadzoru epidemiologicznego, profilaktyki, diagnostyki i leczenia grypy i jej powikłań*, pragnę przedstawić następujące stanowisko.

Jak słusznie stwierdzono w wystąpieniu, kwestie zgłaszania i rejestracji zachorowań na zakażenia i choroby zakaźne są obecnie regulowane w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 234 poz. 1570). Należy jednak zauważyć, że upoważnienie ustawowe zawarte w art. 27 ust. 9 ww. ustawy, obligujące Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego m.in. wykaz zakażeń i chorób zakaźnych podlegających takiemu obowiązkowi zgłoszenia, sposób finansowania z budżetu kosztów zgłoszeń oraz sposób dokumentowania wykonania ww. obowiązku, nie zostało jeszcze wypełnione (zostanie zrealizowane do końca pierwszego półrocza br.). W zaistniałej sytuacji organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie dysponują jeszcze in-

strumentem prawnym do skutecznego egzekwowania od lekarzy i kierowników szpitali wypełnienia ww. obowiązku. Nie przesądzając o merytorycznej treści uregulowań nie wydanych jeszcze rozporządzeń Ministra Zdrowia należy zauważyć, że dopiero po ich wydaniu będzie możliwe skuteczne egzekwowanie wypełniania obowiązku dokonywania zgłoszeń określonych zakażeń i chorób zakaźnych, w tym karanie grzywną osób uchylających się od wypełnienia ww. obowiązku w oparciu o wymienione w wystąpieniu RPO przepisy karne zawarte w art. 52 ustawy. Dopiero po wydaniu ww. rozporządzenia, zostaną bowiem stworzone pełne ramy prawne regulujące zgłaszanie zakażeń i chorób zakaźnych, a tym samym możliwa będzie poprawa zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne.

Szczególnie cenną formą nadzoru epidemiologicznego nad grypą jest wybiórczy nadzór epidemiologiczny i wirusologiczny typu *Sentinel*, prowadzony przez laboratoria wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych i wybranych lekarzy, dobrowolnie deklarujących udział w tym nadzorze. Jego istotą jest wykonywanie badań wirusologicznych z wymazów pobieranych z górnych dróg oddechowych osób z objawami wirusowych infekcji układu oddechowego trafiających do przychodni i praktyk lekarskich uczestniczących w programie. Ma to na celu potwierdzenie zakażenia wirusami grypy oraz określenia ich charakterystyki antygenowej. Całość programu dotyczącego nadzoru *Sentinel* nad grypą jest od wielu lat koordynowana przez Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie. Dotychczasowe przepisy nie stwarzały ram prawnych prowadzenia takiej formy nadzoru, ani nie zapewniały wystarczających źródeł jego finansowania. Nadzór ten był prowadzony w istocie na zasadach wolontariatu lekarzy uczestniczących w programie, zaś finansowanie badań wirusologicznych wykonywanych w ramach nadzoru *Sentinel* było niewystarczające.

Wprowadzony przepis art. 45 ustawy o *zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* umożliwia zinstytucjonalizowanie tej formy nadzoru w drodze zawarcia przez Ministra Zdrowia umów z ośrodkami referencyjnymi lub jednostkami badawczo rozwojowymi oraz przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych z lekarzami uczestniczącymi w nadzorze. Niezbędne na ten cel środki, zgodnie z zapisami cytowanej ustawy, pochodzić będą z budżetu Ministra Zdrowia.

Obecnie w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, we współpracy z Krajowym Ośrodkiem ds. Grypy, trwają prace nad przygotowaniem stosownych dokumentów dotyczących zapewnienia finansowania omawianego nadzoru nad grypą i zawarcie przez Ministra Zdrowia stosownej umowy z Krajowym Ośrodkiem ds. Grypy w NIZP-PZH w Warszawie na koordyno-

wanie całości podejmowanych w tym zakresie działań. Konieczne jest bowiem wcześniejsze ustalenie jednolitych form nadzoru *Sentinel* nad grypą doprecyzowanie zadań podmiotów w nim uczestniczących i oszacowanie przewidywanych kosztów jego wdrożenia.

Należy bezwzględnie zgodzić się z zawartą w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich tezą, że szczepienia ochronne przeciw grypie są skuteczną i społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom. W chwili obecnej są to szczepienia zalecane, tzn. koszt zakupu preparatów i wykonania szczepienia ponosi osoba zainteresowana. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym nie jest to także szczepienie wymagane przy wykonywaniu czynności zawodowych przez pracowników w sposób szczególny narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych, o których to szczepieniach mowa w art. 20 ust. 1 ustawy o *zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*.

Szczególnie cenne są więc inicjatywy lokalnych samorządów, które w miarę posiadanych środków finansują zakup szczepionek oraz wykonanie szczepień ochronnych u osób starszych, w sposób szczególny narażonych na ciężki i powikłany przebieg grypy, których nie stać na zakup szczepionki z uwagi na sytuację materialną. Również wielu pracodawców finansuje pracownikom szczepienia przeciw grypie, mając na względzie możliwe straty ekonomiczne związane z absencją chorobową w przypadku wystąpienia zwiększonej liczby zachorowań na grypę.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy o *zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* informowanie pacjentów oraz opiekunów o dostępnych szczepieniach zalecanych jest obowiązkiem lekarzy sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną. Uchylenie się lekarza od tego obowiązku zgodnie z art. 51 pkt 3 ustawy podlega karze grzywny. Egzekwowanie tego obowiązku pozwoli zapewne na dotarcie do dużych grup społecznych z informacją na temat pozytywnych skutków zdrowotnych szczepień p/grypowych.

Odnosnie działań promocyjnych należy stwierdzić, że stosowne informacje, w tym rekomendacje Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób na temat konieczności szczepień przeciwko grypie sezonowej u osób z grup podwyższonego ryzyka i pracowników służby zdrowia w krajach UE, wspomniane w wystąpieniu RPO, zostały zamieszczone na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Krajowego Ośrodka ds. Grypy i są powszechnie dostępne. Ogłaszany corocznie Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w *sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych* zawiera m.in. wytyczne dotyczące przeprowadzania szczepień ochronnych przeciw grypie (patrz Program Szczepień

Ochronnych na 2008 rok – Dz. Urz. MZ z dnia 1 października 2008 r. Nr 11, poz. 76). Stanowi on jasną wskazówkę dla lekarzy, opisującą sposób przeprowadzania obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych. Przed każdym sezonem grypowym podejmowane są przez przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym, liczne akcje informacyjne, w tym także medialne, promujące szczepienia przeciwko grypie. Działania takie podejmowane są także przez przedstawicieli Krajowego Ośrodka ds. Grypy. Państwowi inspektorzy sanitarni udostępniają wszelkie informacje dotyczące szczepień ochronnych przeciw grypie i korzyści płynące z corocznego poddawania się im.

Informuję uprzejmie, że tygodniowe dane epidemiologiczne publikowane przez Krajowy Ośrodek ds. Grypy wskazują na wystąpienie w roku bieżącym w Polsce sezonowego, epidemicznego wzrostu liczby zachorowań na grype i infekcje grypopodobne. Dane te w poszczególnych okresach roku bieżącego przedstawiają się następująco: 8–15 stycznia br. – 14 715 zachorowania, 16–22 stycznia br. – 47 325 zachorowania, 23–31 stycznia br. – 119 395 zachorowania, 1–7 lutego br. – 93 385 zachorowania. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w lutym obserwowany jest spadek liczby zachorowań. Sytuacja epidemiologiczna w kraju jest monitorowana i analizowana.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 13 lutego 2008 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-578927-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W środkach masowego przekazu pojawiły się doniesienia pod poruszającymi opinię publiczną tytułami („NFZ naraża wcześniaki”, „Wcześniaki nie dostaną leku, który ratuje ich życie”) o wstrzymaniu przez

Narodowy Fundusz Zdrowia finansowania humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej stosowanej w profilaktyce zakażeń układu oddechowego u wcześniaków oraz niemowląt z grup podwyższonego ryzyka zakażeń.

W istocie, zgodnie z treścią Komunikatu Prezesa NFZ z 7.12.2007 r. „Prezes Funduszu rozpatrując możliwość objęcia terapeutycznym programem zdrowotnym preparatu *synagis* (*paliwizumab*), zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o zlecenie Dyrektorowi Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) przygotowania rekomendacji dla ww. preparatu. Prośba Ministra Zdrowia trafiła do AOTM we wrześniu br. Ponadto Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia do czasu wydania przez AOTM komunikatu co do zasadności stosowania *synagisu* w ramach farmakoterapii niestandardowej, wstrzymała finansowanie nowych wniosków o farmakoterapię niestandardową preparatem *synagis*, uprzednio rozpoczęte, za zgodą Narodowego Funduszu Zdrowia terapie *synagisem*, są kontynuowane. Ostateczną decyzję w sprawie stosowania *synagisu* w immunoprofilaktyce noworodków przeciw RSV, Prezes Funduszu wyda po zapoznaniu się z decyzją AOTM i jej uzasadnieniem.

Rzecznik Praw Obywatelskich nie kwestionując merytorycznej treści tego komunikatu zapoznał się jednak z opiniami wybitnych specjalistów w dziedzinie neonatologii. Grupa rekomendująca złożona z czołowych przedstawicieli polskiej neonatologii, w tym krajowego konsultanta ds. neonatologii przypomina, że wcześniaki stanowią specyficzną grupę pacjentów pediatrii, m.in. z tego powodu, że układ odpornościowy wcześniaka wykazuje niedojrzałość funkcji swoistych i nieswoistych mechanizmów obronnych. Specjaliści rekomendują stosowanie hybrydyzowanej, humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej w celu zapobiegania zakażeniom wirusem syncytium nabłonka oddechowego dolnych dróg oddechowych (Respiratory Syncytial Virus) u dzieci z grup zwiększonego ryzyka. Grupa ta obejmuje wcześniaki poniżej 32. tygodnia ciąży, niemowlęta m.in. z przewlekłą chorobą płuc, mukowiscydozą, dysplazją oskrzelowo-płucną. Pacjenci z grupy ryzyka powinni otrzymywać jedną dawkę miesięcznie przez okres całego sezonu zwiększonej wirerii wirusa RS (od listopada do kwietnia).

Zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz.U.02.188.1582) § 5 do zadań konsultanta krajowego, należy między innymi kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych, a także wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności

metod i środków. Jeżeli zatem konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii uznaje, że dany lek ze ściśle określonych wskazań powinien być zastosowany, to zaprzestanie jego finansowania może nie tylko uzasadniać niepokój rodziców i lekarzy ale także wzbudzać wątpliwości co do przestrzegania praw dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę powyższe, działając na podstawie art. 14 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 roku o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się z uprzejmą prośbą o zainteresowanie się Pani Minister poruszonym problemem i poinformowanie mnie o swoim stanowisku w tej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 17 marca 2008 r.

MZ-UZ-ZR-71-11269-1/SK/08

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma Pana Rzecznika, znak: RPO-578927-X/08/JS, w sprawie wstrzymania przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowania humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej stosowanej w profilaktyce zakażeń układu oddechowego u wcześniaków oraz niemowląt z grup podwyższonego ryzyka zakażeń, uprzejmie informuję, że odpowiedź w przedmiotowej sprawie zostanie udzielona Panu Rzecznikowi w terminie późniejszym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że opóźnienie w udzieleniu wyczerpującej odpowiedzi wynika z konieczności przeprowadzenia szczegółowej analizy przedmiotowego zagadnienia.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-ZR-71-11269-2/SK/08

Warszawa, 14 kwietnia 2008 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 17 marca 2008 r. (znak: MZ-UZ-ZR-71-11269-1/SK/08), w którym informowano o późniejszym udzieleniu odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, w sprawie wstrzymania przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowania humanizowanej immunoglobiny monoklonalnej stosowanej w profilaktyce zakażeń układu oddechowego u wcześniaków oraz niemowląt z grup podwyższonego ryzyka zakażeń (znak: RPO-578927- X/O8/JS), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień

Do podstawowych aktów prawnych, które regulują warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb finansowania tych świadczeń należą: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.), akty wykonawcze do tej ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach, wydawane w oparciu o art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy.

Zgodnie z art. 35 ww. ustawy, świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczanego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Mając na uwadze kwestie, poruszone w piśmie Pana Rzecznika, dotyczące terapii produktem leczniczym Synagis (paliwizumab), uprzejmie informuję, że terapia lekiem Synagis, była finansowana przez Fundusz w ramach procedury farmakoterapii niestandardowej.

Jednak w ramach działań podejmowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mających na celu aktualizację katalogu programów terapeutycznych, wdrożenie nowych programów oraz zakończenie finansowania technologii o wątpliwej efektywności klinicznej, we wrześniu 2007 roku, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zwrócił się do Ministra Zdrowia, z prośbą o zlecenie Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) oceny technologii lękowej – stosowanie paliwizumabu (Synagisu) w profilaktyce zakażeń syncytialnym wirusem oddechowym (ang. *respiratory syncytial virus* – RSV).

Stanowisko Rady Konsultacyjnej AOTM, dotyczące finansowania ze środków publicznych wskazanej technologii lękowej przyjęto na posiedzeniu Rady w dniu 22 listopada 2007 roku.

Zgodnie ze wskazanym stanowiskiem, Rada rekomenduje niefinansowanie ze środków publicznych stosowania paliwizumabu w profilaktyce zakażeń wirusem RS.

Uzasadniając rekomendację, Rada wskazała, iż dostępne dowody nie potwierdzają tezy, że podawanie paliwizumabu zmniejsza śmiertelność pacjentów, jak również, że długoterminowy wpływ profilaktyki na późniejsze powikłania zakażenia RSV, w tym zachorowania na astmę jest niepewny.

Ponadto Rada zaznaczyła, że z uwagi na bardzo wysokie koszty profilaktyki paliwizumabem i ograniczony do hospitalizacji efekt kliniczny, koszty uzyskania korzyści zdrowotnej pozostają nieakceptowalnie wysokie.

Przedmiotowa rekomendacja spowodowała wstrzymanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydawania zgód na finansowanie nowych wniosków o farmakoterapię niestandardową lekiem Synagis. Natomiast uprzednio rozpoczęte, za zgodą NFZ, terapie lekiem Synagis mogły być kontynuowane, w ramach procedury farmakoterapii niestandardowej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w związku z omawianą rekomendacją Rady Konsultacyjnej AOTM, podmiot odpowiedzialny złożył dodatkową dokumentację odnośnie efektywności klinicznej leku Synagis, która została przekazana do Agencji, w celu dokonania jej oceny, w tym wpływu na brzmienie wydanej rekomendacji.

Pragnę również poinformować, że w omawianej sprawie odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z udziałem Pani Prof. Ewy Helwich, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Neonatologii. W nawiązaniu do ustaleń podjętych na przedmiotowym spotkaniu, Pani Konsultant przekazała do Ministerstwa Zdrowia dokumentację, obejmującą nowe doniesienia naukowe, dotyczące terapii lekiem Synagis w grupach dzieci szczególnie wysokiego ryzyka, która w najbliższych dniach zostanie przekazana do rozpatrzenia przez Agencję.

W związku z powyższym, uprzejmie informuję, że ewentualna zmiana rekomendacji może mieć wpływ na przywrócenie finansowania ze środków publicznych terapii lekiem Synagis.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Krzysztof Grzegorek

2.5.2. Biegunki, choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 11 lutego 2008 r.

RPO-581156-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 z póź. zm.), powodowany niepokojem o jakość nadzoru epidemiologicznego i działań w zakresie oświaty zdrowotnej oraz troską o bezpieczeństwo zdrowotne dzieci, zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie przyczyn notowanego od kilku lat wzrostu zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2 oraz o udzielenie informacji w przedmiocie podejmowanych przez resort środków zaradczych.

Już w ogłoszonym przez Ministra Zdrowia w dniu 30 kwietnia 2004 r. Narodowym Planie Zdrowotnym, zwrócono uwagę na fakt, że sytuacja epidemiologiczna biegunek stanowi wstępny, lecz ważny sygnał ostrzegawczy, gdyż zachorowania na biegunkę u dzieci do lat 2 uchodzą za

czuły i wiarygodny wskaźnik stanu opieki zdrowotnej (nie tylko nad dziećmi).

Niestety, jak wskazują wyniki przeprowadzonych przez pracowników Biura RPO analiz, Ministerstwo Zdrowia, wbrew opinii ekspertów, pozostało w przekonaniu, że zakażenia jelitowe w grupie wiekowej 0–2 lata nie wykazują trendu wzrostowego, a jedynie sezonową i roczną zmienność a dalsze ograniczanie częstości występowania biegunek tylko w niewielkim stopniu zależy od działań kontrolnych organów państwa, a w większym stopniu od działań w zakresie promocji zdrowia i higieny codziennego życia polskich rodzin.

W konsekwencji takiego stanowiska nie zostały wówczas podjęte na szczeblu krajowym dostosowane do rangi problemu działania zaradcze w zakresie nadzoru epidemiologicznego i organizacji opieki nad małymi dziećmi oraz w zakresie profilaktyki i oświaty zdrowotnej. Rangę problemu wyznacza m.in. ciężkość przebiegu choroby – ok. 90% tych dzieci wymaga hospitalizacji – a także niekorzystny rozwój sytuacji epidemiologicznej w odniesieniu do biegunek u dzieci do lat 2.

W kolejnych latach, jak wskazują dane Państwowego Zakładu Higieny, odnotowywano **systematycznie** (a nie wykazujące zmienność sezonową lub roczną) **zwiększanie się** liczby zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2. W roku 2005 zarejestrowano 17 284 a w 2006 roku aż 21309 zachorowań na biegunki u dzieci w tej grupie wiekowej. Wg wstępnych danych PZH w roku 2007 odnotowano 22 683 zachorowań, co oznacza wzrost o ok. 30% w porównaniu do roku 2005.

Ponadto od końca ubiegłego roku obserwuje się napawające niepokojem o stan bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci narastanie liczby zachorowań (1 941 w grudniu r. w porównaniu do 1 303 w grudniu 2006 – wzrost o ok. 50%; 3 245 w styczniu

2007 r. w porównaniu do 1 833 w styczniu 2007 r. – wzrost o 80%). Wiele wskazuje na to, iż jest to realny, a nie wynikający z poprawy zgłaszalności, wzrost zachorowań. Epidemiolodzy przypuszczają bowiem, że znaczące różnice w zapadalności na biegunki dzieci do lat 2 pomiędzy poszczególnymi województwami dowodzą raczej niedociągnięć w zakresie diagnostyki i nadzoru nad zgłaszaniem biegunek.

Potwierdzeniem pogarszającej się sytuacji w zakresie diagnostyki i rejestracji zakażeń jelitowych może być drastyczny spadek liczby dzieci profilaktycznie badanych w kierunku salmonellozy przed przyjęciem do szpitala lub żłobka (głównie dzieci do lat 2). I tak w roku 1998 przebadano 62 650 dzieci, w roku 2001 liczba badań spadła do 11 874, natomiast w roku 2006 badania wykonano zaledwie u 6 790 dzieci, przy czym u 445

(6,5%) z nich wykryto pałeczki Salmonella. Znaczący spadek liczby tzw. profilaktycznych badań w kierunku salmonellozy nakazuje z dużą ostrożnością traktować, wysuwane na podstawie danych pochodzących z oficjalnej rejestracji, wnioski o zmniejszeniu się w tym przypadku zapadalności i nosicielstwa.

Okazuje się ponadto, że i na oddziałach szpitalnych wykonuje się za mało **(pięciokrotnie mniej niż wynika to z potrzeb pacjentów)** badań mikrobiologicznych.

Taka sytuacja w przypadku biegunek o etiologii bakteryjnej rodzi trudności w doborze antybiotykoterapii celowanej. Z kolei w przypadku biegunek szpitalnych, które u ok. 70% dzieci mają etiologię wirusową, czynnikami ryzyka są m.in. zaniedbania higieniczne w trakcie opieki, niewystarczająca liczba pielęgniarek na oddziałach niemowlęcych, a także wielołożkowe sale (trzykrotnie wyższe ryzyko zakażenia w sali 4-osobowej, niż w sali 1–2 osobowej). Rotawirusy odpowiedzialne za większość tych infekcji charakteryzują się wysoką zakaźnością i są szczególnie niebezpieczne dla najmłodszych dzieci. Specjaliści oszacowali, że w latach 1997–2000 występowało corocznie średnio 10753 biegunek szpitalnych o etiologii rotawirusowej i były one przyczyną od 15054 do 26882 dni dodatkowo spędzonych w szpitalu.

Mimo tak niekorzystnego kształtowania się w ostatnich latach sytuacji epidemiologicznej biegunek u dzieci do lat 2 nie są dostępne wiarygodne informacje na temat podejmowania skoordynowanych na szczeblu krajowym działań w zakresie oświaty zdrowotnej nakierowanych na zapobieganie infekcjom jelitowym u najmłodszych dzieci, w tym zakażeniom o etiologii rotawirusowej, oraz działań w zakresie poprawy warunków hospitalizacji małych dzieci, nakierowanych na eliminację czynników usposabiających do rozprzestrzeniania się infekcji jelitowych. Informacje o lokalnych inicjatywach oświatowych państwowej inspekcji sanitarnej dotyczą głównie niewielkich populacji dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, obejmują przeważnie zapobieganie zatruciom pokarmowym w sezonie letnim i chorobom pasożytniczym i w większości nie zawierają danych ewaluacyjnych. Z kolei docierające do Rzecznika Praw Obywatelskich informacje, także medialne, przynoszą niepokojący obraz sytuacji w pediatrycznym leczeniu stacjonarnym.

Odnotować należy, iż w 2007 roku wprowadzono do programu szczepień ochronnych szczepienie przeciw rotawirusom ale tylko jako szczepienia zalecane, niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia. Dziecku, aby w pełni ochronić je przed biegunkami rotawirusowymi, należy podać dwie dawki szczepionki, a to oznacza koszt dla

rodziny w wysokości ok. 700 zł. Nie ulega wątpliwości, że takie szczepienia nie są dostępne dla małych dzieci z rodzin gorzej sytuowanych. Dzieci te należą jednak do grupy podwyższonego ryzyka infekcji biegunkowych, w tym zakażeń rotawirusowych.

Wobec obserwowanego od kilku lat rosnącego trendu zachorowań małych dzieci na biegunki, mając na uwadze pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie w ostatnich miesiącach, należy zakładać, że podejmowane dotychczas działania zapobiegawcze są nieskuteczne.

Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich konieczne wydaje się pilne uruchomienie programów polityki zdrowotnej państwa adresowanych do ogółu społeczeństwa (ale uwzględniających szczególne potrzeby grup podwyższonego ryzyka epidemicznego), opartych na sprawdzonych metodach i technikach oświaty zdrowotnej, zaopatrzonych w narzędzia ewaluacyjne.

Z drugiej strony należy zwrócić baczną uwagę na poprawę warunków hospitalizacji najmłodszych dzieci w aspekcie zapobiegania biegunkom szpitalnym. Nadanie tym działaniom należytej rangi na szczeblu krajowym wydaje się tym ważniejsze, iż wprowadzenie szczepień przeciwko zakażeniom rotawirusowym do programu obowiązkowych szczepień ochronnych może być utrudnione ze względu na bardzo wysokie koszty. Tym niemniej uprzejmie proszę Panią Minister o udzielenie informacji na temat liczby dzieci zaszczepionych w 2007 roku oraz na temat stanowiska resortu odnośnie warunków, które mogą zdecydować o wprowadzeniu szczepień obowiązkowych, przynajmniej u tych dzieci, które najbardziej narażone są na zakażenia rotawirusowe.

Z upoważnienia

Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ prof. UW dr hab. Marek Zubik
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-10282-1/KC/08

Warszawa, 14 marca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 11 lutego 2008 r. znak: RPO-581156-X/08/JS zawierające prośbę o zajęcie stanowiska w sprawie przyczyn notowanego od kilku lat wzrostu zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2 oraz o udzielenie informacji w przedmiocie podejmowanych przez resort zdrowia środków zaradczych uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych, w tym zakażeń i zatruc pokarmowych występujących u dzieci do lat 2, jest przedmiotem szczegółowego nadzoru epidemiologicznego prowadzonego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie zgłoszeń zachorowań przygotowywane są dane epidemiologiczne publikowane w ukazujących się co 2 tygodnie raportach – meldunkach o zachorowaniach na choroby zakaźne i zakażeniach zgłoszonych w danym okresie sprawozdawczym oraz zawierające dane skumulowane od początku roku oraz porównawcze w analogicznym okresie roku poprzedniego. Jednocześnie, corocznie publikowane są w połowie roku kalendarzowego szczegółowe dane epidemiologiczne o zachorowaniach w roku poprzednim na objęte nadzorem zakażenia i choroby zakaźne – oparte o dane zweryfikowane. Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego dane te są zweryfikowane i corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w formie opracowania pt.: „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku.”. Lektura tych danych za ostatnie lata była zapewne podstawą do przygotowania przez eksperta Biura RPO obecnego wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich.

W związku z przedstawioną już na wstępie wystąpienia negatywną oceną działań Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie nadzoru epidemiologicznego i organizacji opieki nad małymi dziećmi oraz w zakresie profilaktyki i oświaty zdrowotnej – poproszono o stanowisko w przedmiotowej sprawie Pana Profesora Andrzeja Zielińskiego, Krajowego Specjalistę ds. Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny

oraz departamenty merytorycznie Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialne realizację zadań w przedmiotowym zakresie.

Zdaniem Pana Profesora Andrzeja Zielińskiego – Krajowego Specjalisty os. Epidemiologii, biegunki u dzieci do lat 2 mogą wprawdzie stanowić czuły i wiarygodny wskaźnik stanu opieki zdrowotnej, ale jest to wskaźnik trudny do interpretacji obarczony szeregiem błędów przede wszystkim dlatego, że „biegunka” jest objawem nieswoistym, występującym w wielu chorobach, głównie w chorobach przenoszonych drogą pokarmową (choć nie tylko). Łączenie biegunek wywołanych przez kilka różnych patogenów w raportach opracowywanych przez PZH (pozycja „*Biegunki u dzieci do lat 2; razem*”), ma głównie uzasadnienie historyczne (wskazują na to podane przy tej pozycji kody ICD-10), a *publikowane dane nie mogą być interpretowane w oderwaniu od innych danych przytaczanych w tych raportach. Tym bardziej nie mogą być jedyną podstawą do podejmowania decyzji administracyjnych.* W opinii Pana Profesora, nie negując zagrożenia, jakie może nieść wystąpienie biegunki u małego dziecka (także u osoby w podeszłym wieku), nie można zgodzić się ze stwierdzeniem zawartym w wystąpieniu, że *odsetek hospitalizowanych jest prostym odzwierciedleniem ciężkości przebiegu choroby.* Należy bowiem brać pod uwagę fakt, iż prawdopodobieństwo zgłoszenia do nadzoru przypadku hospitalizowanego jest większe, niż przypadku rozpoznanego i leczonego ambulatoryjnie.

Jako przykład z innej grupy zgłaszanych stanów można podać, że w 2007 roku w Polsce (według wstępnych danych) „hospitalizowano” np. 4,2% przypadków świerzbii oraz aż 13,9% przypadków wszawicy. Innym miernikiem ciężkości choroby i związanego z nią zagrożenia może być np. liczba zgonów spowodowanych przez zatrucia pokarmowe i zakażenia żołądkowo-jelitowe (zał. ryc.3). Należy zauważyć, że bardzo wysoki odsetek hospitalizacji występuje też w przypadku chorób, których diagnostyka rozwijana jest przede wszystkim przez laboratoria szpitalne. Do takich chorób zaliczają się między innymi nieżyty żołądkowo-jelitowe wywoływane przez rotawirusy, które są jedną z podstawowych przyczyn, a także wskaźników zakażeń szpitalnych.

Jak informuje Krajowy Specjalista ds. Epidemiologii, *w świetle danych z nadzoru można stwierdzić, że z wyjątkiem zakażeń żołądkowo-jelitowych o etiologii wirusowej, nie stwierdza się w Polsce zwiększania się zapadalności w kategorii biegunek dzieci do lat 2* (zał. ryc. 1). W opinii Departamentu Przeciwepidemicznego w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, ekspert Biura Rzecznika Praw Obywatelskich dokonuje wybiórczej i pobieżnej analizy danych pochodzących z nadzoru epidemiologicznego z kilku wcześniejszych lat, a następnie na ich podstawie wywodzi daleko idące

wnioski dotyczące rzekomego narastania zagrożenia epidemiologicznego dla dzieci w wieku do lat 2, spowodowanego przez zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe. Wysnuwa ponadto daleko idące wnioski dotyczące rzekomych zaniedbań poprzednich Ministrów Zdrowia w zakresie zapobiegania występowaniu biegunkom u dzieci do lat 2 i o pogarszaniu się jakości nadzoru epidemiologicznego. *Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych a dzieci do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach, czy domach małego dziecka jest bowiem znikoma.* Tym samym, organy władzy publicznej mają jedynie niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Zapis art. 47 i 48 Konstytucji RP chroni bowiem rodzinę przed nadmierną ingerencją organów administracji publicznej w sferę życia prywatnego i rodzinnego. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna kształtująca zachowania prozdrowotne na rzecz zwiększania higieny życia codziennego polskich rodzin, higieny osobistej oraz higieny przygotowania posiłków w rodzinach dzieci do lat 2.

W opinii Departamentu Przeciwepidemicznego GIS, z niezrozumiałych powodów, ekspert Biura RPO kwestionuje powyższe stanowisko i stawia zarzut zaniechania podejmowania działań z zakresu nadzoru epidemiologicznego, opieki zdrowotnej nad małymi dziećmi oraz w zakresie profilaktyki opieki zdrowotnej. Departament wyjaśnia, iż cytowane w wystąpieniu stwierdzenie zawarte w Narodowym Planie Zdrowotnym, że *zachorowania na biegunkę u dzieci do lat 2 uchodzą za czuły i wiarygodny wskaźnik epidemiologiczny* wynika z faktu, że o ile osoby dorosłe (w przypadku wystąpienia zakażenia lub zatrucia pokarmowego) podejmują przede wszystkim próby samoleczenia (dieta, powszechnie dostępne w aptekach leki bez recepty), to w przypadku wystąpienia biegunki u najmłodszych dzieci, z reguły udzielania jest im kwalifikowana pomoc medyczna (w około 95% są hospitalizowane), Prowadzona jest diagnostyka przyczyn biegunki, a rozpoznane przypadki zachorowań są zgłaszane do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ekspert Biura RPO bez wskazania przesłanek merytorycznych kwestionuje również zjawisko sezonowej i rocznej zmienności występowania biegunek u dzieci i na podstawie analizy liczby zachorowań w latach 2005, 2006 i 2007 (dane za rok 2007 są jeszcze niezwerifikowane) formułuje całkowicie nieuprawnione i błędne opinie dotyczące długookresowych trendów wzrostu zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2. Istnienie rocznej zmienności liczby zachorowań na biegunki u dzieci obrazuje poniższa tabela.

Zachorowania u dzieci w wieku do lat 2 na zakażenia pokarmowe (wg kodów ICD 10)					
	Zatrucia pokarmowe (A,05)	Biegunki bakteryjne (A.04)	Wirusowe zakażenia jelitowe (A,08)	Biegunki o prawdopo- dobnym zakaźnym pochodzeniu (A.09)	Biegunki razem (A.04 A.08 A.09)
2007	bd	bd	bd	9604	22683
2006	3947	2681	10036	8637	21354
2005	4261	2354	6877	8075	17306
2004	2145	2145	5672	8544	16361
2003	2349	2349	4610	9511	16470
2002	bd	2859	3781	11129	17769
2001	bd	2694	2681	9486	14861
2000	bd	3213	2240	12085	17538
1999	bd	2595	952	9599	13146
1998	bd	2930	498	9318	12746
1997	bd	bd	bd	bd	17383
1996	bd	bd	bd	bd	14443
1995	bd	bd	bd	bd	19525
1994	bd	bd	bd	bd	18780
1993	bd	bd	bd	bd	16819
1992	bd	bd	bd	bd	20714
1991	bd	bd	bd	bd	bd
1990	bd	bd	bd	bd	22366
1997	bd	bd	bd	bd	22233
1988	bd	bd	bd	bd	26859

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż od 1998 r. nadzór epidemiologiczny cechuje się większą swoistością. W większym bowiem stopniu prowadzone są badania mające na celu identyfikację czynników chorobotwórczych odpowiedzialnych za wystąpienie biegunki u dzieci, co pozwala uszczegółowić uzyskiwane dane epidemiologiczne dotyczące przyczyn zakażeń jelitowych u dzieci. W szczególności, poprawa swoistości nadzoru epidemiologicznego związana jest z identyfikowaniem ze wzrastającą obecnie częstością zakażeń wirusowych, jako przyczyny biegunek u dzieci.

Nie istnieją też przesłanki do podejrzewania, iż powodem zwiększonej liczby zachorowań na biegunki u dzieci w ostatnich 2 latach mogą być takie przyczyny, jak skażenie żywności lub wody pitnej przeznaczonej dla dzieci, jakoś żywności i wody pitnej jest bowiem objęta nadzorem bieżącym ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Inspekcji Weterynaryjnej zaś z chwila wstąpienia Polski do Unii Europejskiej, zaostreniu uległy normy jakościowe i standardy sanitarne wymagane od przetwórców żywności oraz dostawców wody pitnej.

Odrębną kolejną kwestią poruszoną w obecnym wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich jest postulat powszechnego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku zakażenia pałeczkami jelitowymi u dzieci przyjmowanych do szpitala lub żłobka. W opinii eksperta Biura RPO, *znaczący spadek liczby wykonywanych badań profilaktycznych z 62 650 w 1998 r. – do 6 790 w 2006 r., nakazuje z dużą ostrożnością traktować dane o zmniejszeniu się zapadalności na zakażenia wywołane pałeczkami jelitowymi Salmonella i zjawiska nosicielstwa tych pałeczek jelitowych u dzieci.*

Jak informuje Departament Przeciwepidemiczny GIS, trudno jest merytorycznie komentować to stwierdzenie, ponieważ nie wykonuje się, ani nie wykonywano w przeszłości badań profilaktycznych w kierunku zakażenia pałeczkami jelitowymi Salmonella. Wykonywane są jedynie:

1. badania diagnostyczne służące ustaleniu czynnika chorobotwórczego powodującego zakażenie jelitowe u osób chorych (wykonywane u osób z objawowym zakażeniem jelitowym),
2. badania dla celów sanitarno-epidemiologicznych w kierunku wykrywania nosicielstwa.

Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. *o chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.), obowiązek poddawania się badaniom dla celów sanitarno-epidemiologicznych może dotyczyć wyłącznie dzieci w wieku do lat 2, będących ozdowieńcami po przebyciu biegunek salmonellozowych lub nosicielami pałeczek jelitowych Salmonella w następstwie wcześniejszego zakażenia jelitowego. Badanie służy ustaleniu występowania, a następnie ustąpienia nosicielstwa pałeczek jelitowych Salmonella. Obowiązujące przepisy nie stanowią podstawy prawnej do szerszego wykonywania badań dla celów sanitarno-epidemiologicznych w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella u dzieci. Ponadto, bezprawne i naruszające prawa dzieci jest odmawianie hospitalizacji lub przyjęcia do żłobka dzieci będących bezobjawowymi nosicielami pałeczek jelitowych Salmonella (nosiciele nie mogą jedynie podejmować pracy, przy wykonywaniu której, mieliby kontakt z wodą pitną lub żywnością oraz pracować z małymi dziećmi, ponieważ wiąże się to z koniecznością

ich karmienia). Tak więc, *drastyczny zdaniem eksperta Biura RPO spadek wykonywania badań profilaktycznych w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella* jest w istocie wynikiem wyłącznie merytorycznie prawidłowego kwalifikowania pacjentów do tych badań, a nie skutkiem zaniedbań i pogorszenia jakości nadzoru epidemiologicznego.

Kolejną kwestią poruszaną w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich jest zagadnienie dostępności diagnostyki mikrobiologicznej w szpitalach. Istotnie, w trakcie sprawowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzoru nad *szpitalnymi zespołami kontroli zakażeń zakładowych*, w zakresie kontroli występowania zakażeń szpitalnych oceniana jest m.in. liczba wykonywanych badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na liczbę łóżek w roku. Przyjmuje się, że w szpitalach powinno być wykonywane rocznie ok. 100 badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne. Taka wartość ww. wskaźnika zapewnia zarówno identyfikację czynników chorobotwórczych będących przyczyną zakażeń, jak też skuteczność nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi przez *szpitalne zespoły kontroli zakażeń zakładowych*. Dokonana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej analiza dotycząca liczby wykonywanych badań mikrobiologicznych w szpitalach wskazuje, że w większości oddziałów liczba badań mikrobiologicznych wynosi ok. 20 badań/ łóżko/rok. Jedynie w nielicznych typach oddziałów, tj. takich, w których z uwagi na zagrożenie zakażeniami szpitalnymi z racji ciężkości stanów i stosowanych inwazyjnych metod leczenia (np. oddziały OIOM, oddziały noworodkowe), badania mikrobiologiczne są wykonywane w liczbie około 60 badań/łóżko/rok.

Jak się wydaje, zbyt mała liczba badań mikrobiologicznych wykonywanych do celów diagnostycznych w szpitalach wynika z niedostatecznych możliwości diagnostycznych (często braku w szpitalu laboratorium mikrobiologicznego), a także prawdopodobnie ze zbyt niskich środków finansowych przekazywanych szpitalom w ramach kontraktu z NFZ – niewystarczających na prowadzenie kosztownej diagnostyki mikrobiologicznej u chorych w szpitalu. Powoduje to, iż nie jest możliwe w każdym przypadku stosowanie u chorych antybiotykoterapii celowej, zaś leczenie jest prowadzone w oparciu o empiryczną wiedzę dotyczącą najczęściej występujących czynników chorobotwórczych i ich wrażliwości na poszczególne antybiotyki (tzw. antybiotykoterapia empiryczna).

Zdaniem Pana Profesora Andrzeja Zielińskiego, jako zjawisko niepokojące, potwierdzające zawartą w wystąpieniu tezę o niedostatecznej diagnostyce mikrobiologicznej, należy traktować utrzymywanie się w ostatniej dekadzie zbliżonej liczby rejestrowanych rocznie „bliżej nieokreślonych” (takich, u których nie ustalono czynnika etiologicznego) biegunek

u dzieci do lat 2, pomimo oscylującego wokół 90% odsetka przypadków hospitalizowanych (zał. ryc.4).

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w piśmie jest występowanie biegunek spowodowanych przez zakażenia rotawirusowe, a szerzących się w oddziałach dziecięcych. Tu podzieliśmy opinię wskazującą na możliwe przyczyny zwiększające ryzyko szerzenia się zakażeń rotawirusowych w postaci ognisk epidemicznych, jakimi są duże zagęszczenia dzieci w oddziałach, zbyt mała liczba pielęgniarek (muszą jednocześnie zajmować się większą liczbą dzieci) oraz zaniedbania przestrzegania odpowiednich procedur higienicznych udzielania świadczeń zdrowotnych, które w każdym szpitalu powinny być opracowane, wdrożone i przestrzegane. Jak wykazano wyżej w związku z poprawą swoistości nadzoru nad biegunkami przez szerokie wykonywanie badań wykrywających zakażenia rotawirusowe, obecnie, wzrasta liczba rozpoznawanych przypadków biegunek rotawirusowych wśród ogólnej liczby zakażeń jelitowych.

W związku z dostępnością w Polsce szczepionki przeciw rotawirusom, szczepienie to zostało wymienione przez Głównego Inspektora Sanitarne-go w Programie Szczepień Ochronnych, jako szczepienie zalecane. W opinii Departamentu Przeciwepidemicznego GIS – nie istnieją przesłanki merytoryczne do nałożenia na opiekunów dzieci obowiązku poddawania dzieci obowiązkowemu szczepieniu przeciw rotawirusom. Przesłankami uzasadniającymi konieczność nałożenia obowiązku poddawania się określonym szczepieniom ochronnym mogą być między innymi:

- zwalczanie zakażeń podlegających zwalczaniu na podstawie międzynarodowych umów dot. wykorzenienia poszczególnych chorób zakaźnych (np. szczepienie przeciw poliomyelitis, przeciw odrze, a wcześniej przeciw ospie prawdziwej),

- zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego, jakie może spowodować dana choroba zdrowia (zakażenia rotawirusowe zazwyczaj mają lekki przebieg i nie powodują trwałych następstw zdrowotnych przebycia choroby);

- wysoka efektywność szczepień mierzona wskaźnikiem koszt szczepień / koszt leczenia osób chorych, jako metody ograniczenia negatywnych społecznych skutków występowania chorób zakaźnych lub ich powikłań, a związanych z koniecznością ponoszenia ze środków publicznych wysokich wydatków na leczenie (np. szczególnie efektywne było nałożenie obowiązku szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B).

W odniesieniu do zakażeń rotawirusowych, z uwagi na bardzo obecnie wysoki koszt szczepionek, jak też niskie koszty leczenia zazwyczaj lekko przebiegających biegunek rotawirusowych, efektywność szczepień

ochronnych byłaby bardzo niska. W związku z tym, w chwili obecnej nie przewiduje się wprowadzenia obowiązku poddawania się szczepieniom przeciw rotawirusom.

Jak informuje Krajowy Specjalista ds. Epidemiologii, w świetle wstępnych danych z „Rocznych sprawozdań ze szczepień ochronnych” przesłanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne do Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, w 2007 r. – przeciwko biegunce rotawirusowej (w skali całego kraju) zaszczepiono 11 069 dzieci w 1 roku życia (od 102 dzieci w województwie świętokrzyskim do 3742 dzieci w województwie mazowieckim).

Ograniczone środki budżetowe przeznaczone z budżetu na wykonywanie szczepień ochronnych muszą być przeznaczone w pierwszej kolejności na finansowanie rozszerzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw pneumokokom (*Streptococcus pneumoniae*) oraz przeciwdziałania zakażeniom pałeczkom *Haemophilus influenzae* – będących przyczyną ciężkich, niejednokrotnie zagrażających życiu zakażeń u najmłodszych dzieci. W dalszej kolejności konieczne jest również nałożenie obowiązku szczepień przeciw meningokokom (*Neisseria meningitidis* z gr. C).

Zakażenia szpitalne (jedna z głównych przyczyn współczesnych chorób zakaźnych) dotyczą wszystkich szpitali na świecie, nawet w najbardziej rozwiniętych krajach. Należy wyraźnie zaznaczyć, że samo zjawisko zakażenia szpitalnego nie jest uchybieniem szpitali, a nieodłącznym zjawiskiem hospitalizacji. Duże zgromadzenie chorych dzieci leczonych antybiotykami oraz stosowanie inwazyjnych technik diagnostycznych i leczniczych powoduje duże ryzyko zakażeń szpitalnych. Zakażenia szpitalne będą zawsze występowały, istotne jest jednak w jakim odsetku i w jakim szpitalu, Są zjawiskiem złożonym i wymagają wdrożenia rozwiązań właściwych dla danego kraju. Przyjętą w Polsce praktyką ograniczania zakażeń szpitalnych u dzieci jest skracanie okresu hospitalizacji oraz stosowania skutecznych probiotyków. Badania prowadzone przez Państwowy Zakład Higieny dostarczą wiele cennych danych dla opracowania polskich wymogów służących do oceny i kontroli zakażeń szpitalnych w Polsce.

Wyniki bieżących i doraźnych kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) stały się podstawą do opracowania działań zaradczych na poszczególnych poziomach organizacyjnych i tak:

1. na poziomie nadzoru sprawowanego przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej – zaplanowano zwiększenie nadzoru nad działalnością zespołów i komitetów zakażeń szpitalnych oraz wdrożenie aktywnych form monitorowania zakażeń szpitalnych w celu zwiększenia wykrywalności zakażeń szpitalnych, zwiększenie nadzoru nad procedurami zapobiegania zakażeniom

szpitalnym (w szczególności higieny i dezynfekcji), zwiększenie liczby personelu fachowego wyspecjalizowanego w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych oraz personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentami;

2. na poziomie nadzoru sprawowanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną – zwiększenie aktywności konsultacyjnej powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych dla zakładów opieki zdrowotnej w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych oraz współpracy z zespołami kontroli zakażeń szpitalnych, wprowadzenie wspólnych kontroli z udziałem przedstawicieli nadzoru specjalistycznego;

3. na poziomie centralnym – Minister Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny, Narodowy Fundusz Zdrowia – ustalenie wspólnej z Narodowym Funduszem Zdrowia polityki motywacyjnej i egzekwowania wymogów prawnych przez szpitale w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, ułatwienie kształcenia epidemiologów szpitalnych i pielęgniarek epidemiologicznych, obowiązkowe programy edukacyjne w ramach kształcenia przed i podyplomowego dla lekarzy i pielęgniarek.

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS), jako organ nadzorująco-kontrolny, podejmuje ponadto szereg innych działań w celu zminimalizowania zagrożenia epidemicznego. W szczególności, można wymienić tu działania szkoleniowe personelu medycznego w zakresie obowiązków nałożonych na nich przez ustawodawcę w celu poprawy sytuacji epidemiologicznej i zminimalizowania występowania zakażeń zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej. Nawiązała ścisłą współpracę z krajowymi i międzynarodowymi jednostkami zewnętrznymi w celu np. zwiększania czułości nadzoru epidemiologicznego, czy bezzwłocznego reagowania na pojawiające się nowe możliwości profilaktyki, co znajduje odzwierciedlenie w kolejnych edycjach programu szczepień ochronnych.

Krajowy Specjalista ds. Epidemiologii stoi na stanowisku, że w przypadku chorób szerzących się drogą pokarmową, których czynnikami etiologicznymi są zarówno wirusy, bakterie, jak i pasożyty – jednym z najważniejszych elementów profilaktycznych w zapobieganiu ich występowania i/lub szerzenia jest odpowiednia oświata zdrowotna, której istotną rolę podkreślono w wystąpieniu. Działalność oświatowa, w porównaniu ze szczepieniami ochronnymi (które są na ogół ukierunkowane tylko na jeden patogen), ma o wiele większe znaczenie i możliwości, ponieważ pozwala zapobiegać zachorowaniom wywołanym przez szerokie spektrum czynników patogennych.

Działania oświatowe, zwłaszcza w zakresie prawidłowego żywienia i pielęgnacji małego dziecka realizowane są już na poziomie profilaktycznej opieki zdrowotnej przez lekarza rodzinnego, położną środowiskową

i pielęgniarkę środowiskową. Szczegółowy zakres i terminy realizacji tych działań zawarte są w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. *w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których badania te są przeprowadzane* (Dz. U. Nr 276, poz.2740).

W związku z tym, iż do większości zakażeń i zatruc pokarmowych dochodzi w warunkach domowych dziecka, należy uznać za konieczne uświadamianie o tym fakcie oraz o środkach zapobiegawczych rodziców małych dzieci przez fachowych pracowników medycznych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. W trakcie ich rutynowej codziennej pracy mają częsty kontakt z rodzicami dzieci do lat 2 i stanowią dla nich autorytet w propagowaniu prozdrowotnych zachowań.

Ponadto, aktualnie Główny Inspektorat Sanitarny inicjuje przedsięwzięcia promocji zdrowego stylu życia, zwłaszcza w zakresie zbilansowanej diety i aktywności fizycznej, które wynikają z niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej chorób cywilizacyjnych w Polsce. Jednakże wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, na których obszarze działania występują choroby układu pokarmowego podejmowały w roku 2007 następujące działania:

- w województwie podlaskim – w powiecie bielskim i monieckim, pracownicy pionu promocji zdrowia Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (PSSE) we współpracy z pracownikami zakładów opieki zdrowotnej i władzami lokalnymi zorganizowali działania edukacyjne na temat profilaktyki zakażeń pokarmowych dla mieszkańców powiatu, zamieścili informację o wyżej wymienionym przedsięwzięciu na stronie internetowej, dokonali dystrybucji materiałów oświatowo-zdrowotnych do zakładów opieki zdrowotnej, udzielali porad w tym zakresie. Działaniami objęto około 30% mieszkańców wymienionych powiatów;

- w województwie pomorskim – Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (WSSE) w Gdańsku i wszystkie PSSE w województwie we współpracy z dyrektorami szkół i zakładów opieki zdrowotnej, pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania organizowali prelekcje dla uczestników obozów pod namiotami na temat profilaktyki zatruc pokarmowych, przygotowali także ekspozycje wizualne oraz dostarczyli na płycie CD Pt „Bezpieczne lato” dla wszystkich organizatorów wypoczynku letniego;

- w województwie śląskim – PSSE w Rybniku, we współpracy z nauczycielami zorganizowała „Turniej Wiedzy o Zdrowiu” adresowany do uczniów, w trakcie którego propagowane były zagadnienia dotyczące higieny osobistej i higieny otoczenia. Działaniami objęto 18% szkół podstawowych i 100% gimnazjów;

- w województwie małopolskim – PSSE w Krakowie w okresie od maja do sierpnia 2007 r. propagowała prozdrowotne zachowania wśród dzieci, młodzieży i dorosłych, dostarczyła odbiorcom działań materiały informacyjno-edukacyjne na temat profilaktyki zatruc pokarmowych. Działaniami objęto ponad 5 000 dzieci, 24 000 rodziców i opiekunów oraz 4 500 pacjentów zakładów opieki zdrowotnej;

- w województwie kujawsko-pomorskim – PSSE w Bydgoszczy przeprowadziła akcję profilaktyczną pt. „Uroczystości komunijne bez zatruc pokarmowych”, której głównym celem było zapobieganie zatruciom i zakażeniom pokarmowym w czasie organizowania uroczystości komunijnych poprzez działania informacyjno edukacyjne wśród społeczności lokalnej. Akcja przeprowadzona została w okresie od marca do sierpnia 2007 r. Grupą docelową byli rodzice i opiekunowie dzieci przystępujących do 1 Komunii. Ponadto Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Żninie wydał materiały nt. „Inspekcja Sanitarna przypomina i ostrzega”, natomiast Starostwo Powiatowe w Nakle sfinansowało wydanie ulotek „Jak należy postępować, aby uniknąć zatrucia pokarmowego”. PSSE w Nakle objęła wyżej wymienionymi działaniami ok. 20 000 rodziców i opiekunów;

- w województwie lubelskim – PSSE w Kraśniku we współpracy z dyrektorami szkół, TV Kablową zorganizowała szkolenia i pogadanki na temat profilaktyki zatruc pokarmowych w okresie letnio-jesiennym 2007 r. Odbiorcami szkoleń było ok. 203 000 uczestników wycieczki: dzieci, młodzieży i dorosłych. Ponadto PSSE Ryki przeprowadziła edukację dotyczącą profilaktyki zakażeń rotawirusami.

Powyższe przedsięwzięcia, inicjowane przez specjalistów ds. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynikały ze środowiskowych potrzeb zdrowotnych oraz bieżącej sytuacji epidemiologicznej. Działania w tym zakresie nadal są i będą kontynuowane w zależności od potrzeb i sytuacji epidemiologicznej.

Odnosząc się do wniosku zawartego w wystąpieniu dotyczącego *pilnego uruchomienia programów polityki zdrowotnej państwa adresowanych do ogółu społeczeństwa ale uwzględniających szczególne potrzeby grup podwyższonego ryzyka epidemicznego* uprzejmie informuję, że w świetle przedstawionych powyżej opinii nadzoru epidemiologicznego o sytuacji epidemiologicznej w kraju, a także niepotwierdzenia konieczności realizacji programu polityki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie przez Konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii, jak również mając na względzie bardzo ograniczone, nieadekwatne do potrzeb limity środków finansowych przewidzianych na programy zdrowotne Ministra Zdrowia – aktualnie, nie planuje się wdrożenia wnioskowanego programu. Obecnie, statystyki

medyczne wskazują, że głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce (ze względu na wysoką umieralność) są: choroby układu krążenia, nowotwory oraz wypadki i urazy. Realizowane obecnie programy zdrowotne Ministra Zdrowia dotyczą przede wszystkim tej problematyki.

Przedstawiając powyższe wyrażam ubolewanie, że ekspert Biura Rzecznika Praw Obywatelskich poddając, jak wykazano wyżej, często nieuzasadnionej i merytorycznie błędnej krytyce nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi oraz politykę zdrowotną prowadzoną przez poprzednich Ministrów Zdrowia, nie podjął jakichkolwiek prób uzyskania wiarygodnych wyjaśnień od Głównego Inspektora Sanitarnego kierującego Państwową Inspekcją Sanitarną na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), rzeczowo właściwego do opracowywania analiz epidemiologicznych w odniesieniu do występowania chorób zakaźnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-581156-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 15 grudnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji w sprawie zachorowań na biegunkę u dzieci do lat 2 (RPO-581156-X/08/JS z 11 lutego 2008 r. oraz MZ-ZP-D-073-10282-1/KC/08 z 14 marca 2008 r.) oraz w świetle naj-

nowszych danych o kształtowaniu się sytuacji epidemiologicznej w 2008 roku zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska oraz udzielenie informacji w przedmiocie podejmowanych przez resort środków zaradczych.

W pierwszym wystąpieniu Rzecznika zostały przywołane opinie ekspertów Ministerstwa Zdrowia formułowane już w 2004 roku, którzy, w kontekście zachorowań na biegunki u dzieci, wyrażali uzasadniony niepokój – przede wszystkim o stan i zakres diagnostyki mikrobiologicznej, nadzoru epidemiologicznego, a także o jakość opieki zdrowotnej nad dziećmi.

Ważnym źródłem informacji dla Rzecznika był też Raport 2005–2006 Rządowej Rady Ludnościowej – Sytuacja demograficzna Polski – zawierający dane i wnioski Krajowego Specjalisty ds. Epidemiologii, który biegunki u dzieci do lat dwóch uznał za poważny problem epidemiologiczny i zwrócił uwagę na niedostatki w zakresie prewencji i nadzoru epidemiologicznego.

Należy podkreślić, że dane epidemiologiczne za rok 2007, kiedy to zarejestrowano aż 22 683 biegunki, co oznaczało wzrost o niemal 40% w porównaniu do roku 2004, w pełni uzasadniały niepokój Rzecznika w kwestii zagrożenia bezpieczeństwa epidemiologicznego dzieci.

Sprawą przesądzającą o zajęciu się problemem przez Rzecznika Praw Obywatelskich były narastające na przełomie lat 2007/2008 zakłócenia w funkcjonowaniu szpitali pediatrycznych, co w opinii specjalistów, może mieć wpływ na pogorszenie się warunków sanitarnych oddziałów i szerzenie się zakażeń szpitalnych. Zagrożenie jest tym większe, iż na oddziałach szpitalnych wykonuje się za mało (pięciokrotnie mniej niż wynika to z potrzeb pacjentów) badań mikrobiologicznych.

Mimo tak niepokojących opinii ekspertów, w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na wystąpienie Rzecznika znalazły się przeciwstawne informacje odnośnie do:

- rzekomego narastania zagrożenia epidemiologicznego dla dzieci w wieku do lat 2, spowodowanego przez zakażenia jelitowe;
- rzekomego pogarszania się jakości nadzoru epidemiologicznego;
- rzekomych zaniedbań w zakresie zapobiegania biegunkom u dzieci do lat 2.

Argumentacja użyta do uzasadnienia tych twierdzeń wzbudziła jednak moje poważne wątpliwości.

Po pierwsze dla podważenia opinii lekarzy-epidemiologów o narastaniu zagrożenia epidemiologicznego przedstawione zostały liczby bezwzględne zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2. w okresie ostatniego XX-lecia. Tymczasem np. porównanie danych z roku 1989, kiedy to zarejestrowano

22233 dzieci do lat 2. chorujące na biegunki, z rokiem 2007, w którym odnotowano 22683 takich przypadków, nie oddaje rzeczywistego obciążenia populacji małych dzieci zachorowaniami, ponieważ w tym czasie populacja ta zmniejszyła się o jedną trzecią. Trudno zrozumieć dlaczego dla oceny zagrożenia epidemiologicznego nie zostały użyte standaryzowane współczynniki zachorowań w poszczególnych latach. Należy przy tym zauważyć, iż w: przypadku jersiniozy, które to zakażenie jelitowe w latach 2004–2007 odnotowano odpowiednio u 84; 135; 199; i 243 osób, nadzór sanitarny przekazał do opinii publicznej w połowie bieżącego roku informacje o alarmującym wzroście zachorowań (w okresie 11. miesiący 2008 roku zarejestrowano 224 zachorowania).

Po drugie zakwestionowanie ocen specjalistów i krajowych konsultantów o pogarszaniu się jakości nadzoru epidemiologicznego nie zostało uwiarygodnione w stopniu wystarczającym. Tymczasem dostępne są udokumentowane opinie ekspertów, iż niedostatki w nadzorze epidemiologicznym istnieją i utrudniają racjonalne planowanie działań z dziedziny zdrowia publicznego, w tym alokację środków finansowych, a także stanowią przeszkodę w pozyskiwaniu podstawowej wiedzy o zmianach rozpowszechnienia chorób i obciążenia społeczeństwa chorobami zakaźnymi. W dniu 19-05-2008 ukazał się dramatyczny w swej wymowie apel Krajowego Specjalisty ds. Epidemiologii do lekarzy o skrupulatne dokonywanie obowiązkowych zgłoszeń zachorowań i niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), uzasadniony faktem ciągle jeszcze niedostatecznej i bardzo zróżnicowanej terytorialnie zgłaszalności chorób zakaźnych i NOP w Polsce i zilustrowany m.in. w odniesieniu do biegunek u dzieci do lat 2. Pragnę w tym miejscu wyrazić przekonanie, iż apele mogą okazać się niewystarczającym instrumentem poprawy sytuacji i powinny im towarzyszyć konkretne przedsięwzięcia zaradcze organów i instytucji odpowiedzialnych za nadzór epidemiologiczny.

Po trzecie odrzucenie opinii co do zaniedbań w zakresie zapobiegania biegunkom u dzieci do lat 2. nie zostało poparte informacjami, które świadczyłyby o podjęciu skoordynowanych na szczeblu krajowym działań w zakresie oświaty zdrowotnej nakierowanych na zapobieganie infekcjom jelitowym u najmłodszych dzieci, w tym zakażeniom o etiologii rotawirusowej, oraz działań w zakresie poprawy warunków hospitalizacji małych dzieci, nakierowanych na eliminację czynników usposabiających do rozprzestrzeniania się infekcji jelitowych. Informacje o lokalnych inicjatywach oświatowych państwowej inspekcji sanitarnej dotyczą głównie niewielkich populacji dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym i obejmują przeważnie zapobieganie zatruciom pokarmowym w sezonie letnim i chorobom.

Inne stwierdzenia, np. że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci do lat 2. dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym a zakażenia rotawirusowe zazwyczaj mają lekki przebieg i nie powodują trwałych następstw zdrowotnych oraz wiążą się z niskimi kosztami leczenia, wydają się stać w sprzeczności z ogólnie dostępnymi w raportach i literaturze naukowej opiniami ekspertów, którzy alarmują o innych ważnych źródłach zakażeń, np. w środowisku szpitalnym. Ponadto podważanie wiarygodności obowiązującego sposobu rejestracji biegunek, poprzez uznanie go za historyczny, może przyczynić się do pogłębienia dysfunkcji obecnego systemu rejestracji. Tymczasem w Raporcie Rządowej Rady Ludnościowej podane są wyniki wielośrodkowych, przekrojowych badań prospektywnych, wg których oszacowano, że w latach 1997–2000 występowały co roku średnio 10753 biegunki szpitalne o etiologii rotawirusowej i były one przyczyną od 15054 do 26882 dni dodatkowo spędzonych w szpitalu. Uznano, iż czynnikami ryzyka biegunek szpitalnych są m.in. zaniedbania higieniczne w trakcie opieki, niewystarczająca liczba pielęgniarek na oddziałach niemowlęcych, a także wielołożkowe sale (trzykrotnie wyższe ryzyko zakażenia w sali 4-osobowej, niż w sali 1–2 osobowej). Wg specjalistów rotawirusy odpowiedzialne za większość tych infekcji charakteryzują się wysoką zakaźnością i są szczególnie niebezpieczne dla najmłodszych dzieci.

Powyższe uwagi przekazuję z nadzieją iż zostaną wykorzystane do przeprowadzenia pilnych analiz mających na celu ustalenie wszystkich uwarunkowań i przyczyn alarmującego wzrostu zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2. w roku bieżącym i do zaplanowania niezbędnych działań w obszarze zdrowia publicznego.

Wg meldunków NIZP-PZH w okresie 11. miesiący tego roku zarejestrowano 27066 dzieci chorujących na biegunki, co w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego (20749 zachorowań) oznacza wzrost o 6317 przypadków, tj. o ok. 30%. W okresie ostatnich dwudziestu lat nigdy nie odnotowano tak wysokiej liczby zachorowań. Już w ogłoszonym przez Ministra Zdrowia w dniu 30 kwietnia 2004 r. Narodowym Planie Zdrowotnym, zwrócono uwagę na fakt, że sytuacja epidemiologiczna biegunek stanowi wstępny, lecz ważny sygnał ostrzegawczy, gdyż zachorowania na biegunkę u dzieci do lat 2 uchodzą za czuły i wiarygodny wskaźnik stanu opieki zdrowotnej (nie tylko nad dziećmi).

Mimo to, jak wykazały wyniki przeprowadzonych przez pracowników Biura RPO analiz, Ministerstwo Zdrowia, wbrew ostrzeżeniom własnych ekspertów, pozostawało w przekonaniu, że zakażenia jelitowe w grupie wiekowej 0–2 lata nie wykazują trendu wzrostowego, a jedynie sezonową

i roczną zmienność a dalsze ograniczanie częstości występowania biegunek tylko w niewielkim stopniu zależy od działań kontrolnych organów państwa, a w większym stopniu od działań w zakresie promocji zdrowia i higieny codziennego życia polskich rodzin.

Niestety, analogiczne podejście prezentowane jest zarówno w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na wystąpienie Rzecznika, jak i w najnowszym raporcie Głównego Inspektora Sanitarnego – Stan sanitarny kraju 2007.

Wobec dramatycznego kształtowania się sytuacji epidemiologicznej biegunek u małych dzieci w roku 2008 i pilnej potrzeby podjęcia konkretnych kroków zaradczych zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą rozważenie możliwości przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego z uwzględnieniem ewentualnej weryfikacji dotychczasowego paradygmatu działania organów zdrowia publicznego.

Z punktu widzenia Rzecznika Praw Obywatelskich brakuje podstaw do obciążania środowiska domowego wyłączną odpowiedzialnością za systematyczny w ostatnich latach trend wzrostowy zachorowań na biegunki, w tym za alarmujący wzrost zakażeń w roku bieżącym, ponieważ nie są mi znane wiarygodne informacje o gwałtownym pogorszeniu się w tym czasie stanu sanitarnego gospodarstw domowych i radykalnym obniżeniu standardów higienicznych polskich rodzin. Dysponuję natomiast szeregiem wiarygodnych ekspertyz i opinii, w tym stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, odnośnie do pogarszania się standardów opieki profilaktyczno-leczniczej nad matką i dzieckiem oraz dysfunkcji w pediatrycznym leczeniu szpitalnym, co niewątpliwie powoduje wzrost zagrożeń zakażeniami szpitalnymi i powinno być wzięte pod uwagę w analizie sytuacji epidemiologicznej biegunek u małych dzieci. Wydaje się oczywiste, iż na podstawie wyników takich analiz powinny być podjęte na szczeblu krajowym dostosowane do rangi problem działania zaradcze w zakresie nadzoru epidemiologicznego i organizacji opieki nad małymi dziećmi oraz w zakresie profilaktyki i oświaty zdrowotnej.

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14. Poz. 147 ze zm.). zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w poruszonych kwestiach.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-10006-15/WS/09

Warszawa, 4 lutego 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 15 grudnia 2008 r. znak: RPO-581156-X-/08/JS, zawierające prośbę o rozważenie możliwości przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego „*wobec dramatycznego kształtowania się sytuacji epidemiologicznej biegunek u małych dzieci w roku 2008*”, uprzejmie informuję, że zgodnie z Pana prośbą postępowanie takie zostało przeprowadzone. Wyniki tego postępowania, jak również stanowisko Ministerstwa Zdrowia, przedstawiam poniżej. Równocześnie pragnę przeprosić za zwłokę w udzieleniu odpowiedzi, która spowodowana została koniecznością dokonania stosowanych wyjaśnień.

Podjmując wyjaśnienie sytuacji epidemiologicznej biegunek u małych dzieci w roku 2008, czuję się zobowiązany stwierdzić, że treść znacznej części wystąpienia Pana Rzecznika wskazuje na jego polemiczny charakter ze stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie z dnia 14 marca 2008 r., znak: MZ-ZP-n-073-10282-1/KC708, zawierającym ocenę zagrożenia epidemiologicznego oraz działań podejmowanych w zakresie zapobiegania biegunkom u dzieci do lat 2. Treść przesłanego aktualnie wystąpienia wydaje się wskazywać dążenie do udowodnienia wcześniej postawionej tezy o *dramatycznym kształtowaniu się sytuacji epidemiologicznej biegunek u małych dzieci* oraz wskazanie na *pilną potrzebę podjęcia konkretnych kroków zaradczych* w postaci wprowadzenia do Programu Szczepień Ochronnych powszechnego obowiązkowego szczepienia przeciwko wirusom *Rota* finansowanego z budżetu Ministra Zdrowia. W przedłożonym piśmie zakwestionowano bowiem rzetelność danych epidemiologicznych zawartych w odpowiedzi Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2008 r. oraz określono jako niedostateczną jakość nadzoru epidemiologicznego oraz działań profilaktycznych w zapobieganiu biegunkom u małych dzieci.

Mając na względzie potrzebę rzetelnego wyjaśnienia problemu, przedstawionego w wystąpieniu Pana Rzecznika, uwzględniającego najbardziej aktualną wiedzę medyczną oraz dane epidemiologiczne, z prośbą o stanowisko i merytoryczną opinię w tej sprawie Ministerstwo Zdrowia zwróciło

się do następujących osób i podmiotów: Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Z przedłożonych Ministrowi Zdrowia, pisemnych stanowisk ekspertów wynika, iż wymienieni eksperci nie podzielają opinii Pana Rzecznika o *dramatycznym wzroście zachorowań na biegunki dzieci do lat 2*. Według informacji przekazanej przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, w świetle danych z rutynowego nadzoru z lat 1998–2007, nie obserwowano w Polsce znaczącego zwiększania się zapadalności na biegunki dzieci do lat 2. Wstępne dane o zachorowaniach zarejestrowanych w 2008 r. oraz udostępnione przez GUS wstępne dane o przyczynach zgonów zarejestrowanych w 2007 r. wskazują, że trendy obserwowane w ostatniej dekadzie 2008 roku nie uległy zmianie. Dotyczy to również oceny niewątpliwie niekorzystnego zjawiska, jakim jest utrzymywanie się w ostatnim dziesięcioleciu zbliżonej zapadalności na biegunki, w których nie ustalono czynnika etiologicznego (załącznik, ryc. 1). W tym przypadku, od roku 2009 zostaną wprowadzone zmiany w sposobie raportowania zachorowań o nieustalonym czynniku etiologicznym, które dostarczą nadzorowi informacji, w jakim stopniu wynika, to z niepodejmowania żadnych badań diagnostycznych, a w jakim ze zbyt wąskiego zakresu wykonywanych badań. Zmiany w sposobie raportowania tak zgłoszonych zachorowań wprowadzone zostaną, między innymi, w następstwie wcześniejszego wystąpienia Pana Rzecznika. Czynnikiem, który stwarza realne możliwości poprawy nadzoru epidemicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce, u więc także nad biegunkami u dzieci, jest wejście w życie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 234, poz. 1570). Zgodnie z postanowieniami tej ustawy, koszty dokonywania zgłoszeń zachorowań – dotychczas ponoszone przez podmioty realizujące świadczenia zdrowotne pokrywane będą z budżetu państwa. Tak więc – wyprzedzając kolejne, potencjalne wystąpienie Pana Rzecznika w tej sprawie – informujemy, iż fakt ten może spowodować wzrost liczby rejestrowanych przypadków zachorowań, przede wszystkim na choroby o lżejszym przebiegu, nie powodujące zagrożenia życia.

W odniesieniu do opinii Pana Rzecznika, iż *dla oceny zagrożenia epidemiologicznego nie zostały użyte standaryzowane współczynniki zachorowań na poszczególne lata*, informuje, że stanowisko resortu zdrowia przygotowano w oparciu o dane nadzoru epidemiologicznego, który stanowi je-

dyne źródło rzetelnej i aktualnej wiedzy dotyczącej występowania chorób zakaźnych w Polsce, wykorzystywanych dla ocen sytuacji epidemiologicznej dokonywanych przez różne podmioty. Należy zaznaczyć, że przytoczone we wcześniejszym piśmie, dane epidemiologiczne o zachorowaniach dzieci w wieku do lat 2 na zakażenia pokarmowe zostały przedstawione (w uproszczonej formie) na podstawie danych epidemiologicznych o zachorowaniach na choroby zakaźne, opracowanych na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego przez Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, kierowany przez Pana Profesora Andrzeja Zielińskiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii. Dane te w sposób zbiorczy przedstawiają informacje o zachorowaniach na poszczególne choroby zakaźne w Polsce, uwzględniając zarówno terytorialny rozkład występowaniu tych chorób, grupy wiekowe osób chorych, jak również podział według płci i miejsca zamieszkania. Nie są nam znane inne źródła, które mogłyby przedstawiać w sposób odmienny i pełniejszy sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce. Pełne dane epidemiologiczne corocznie przygotowywane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, uwzględniają oczywiście standaryzowane współczynniki, wyrażające się zapadalnością na 100 000. Dane te są dostępne w opracowaniach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w ... roku”, publikowanych w wersji elektronicznej na stronie www.pzh.gov.pl. Wobec powyższego, niezrozumiałe jest odwoływanie się do publikacji Rządowej Rady Ludnościowej pt.: *Sytuacja Demograficzna Polski Raport 2005–2006*. Dokument ten – nie kwestionując jego wartości – nic jest źródłem informacji o sytuacji epidemiologicznej w Polsce, tym bardziej sytuacji w 2008 r.

Wobec informacji o wzroście liczby zakażeń pałeczką *Yersinia enterocolitica*, Departament Przeciwepidemiczny Głównego Inspektoratu Sanitarnego poinformował, iż wzrost liczby rozpoznawanych przypadków biegunek o potwierdzonej etiologii bakteryjnej świadczy o poprawianiu się swoistości nadzoru epidemiologicznego. Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne o przyczynach biegunek bakteryjnych w innych krajach, również w Polsce należy oczekiwać znacznie większej liczby przypadków potwierdzonych bakteriologicznie jorsinioz, niż jest aktualnie wykazywana. Przyczyną takiego stanu jest fakt, że najczęściej diagnostyka mikrobiologiczna przyczyn biegunek nic jest prowadzona w kierunku innych czynników chorobotwórczych biegunek, niż pałeczki jelitowe *Salmonella* i *Shigella*. Ponadto, duża część przypadków biegunek jest również rozpoznawana i zgłaszana przez lekarzy bez przeprowadzania badań mikrobiolo-

logicznych, jako biegunki o prawdopodobnie zakaźnej etiologii (kod A09 wg TCD10).

Informuję, że odmienna, od prezentowanej w wystąpieniach Pana Rzecznika, jest opinia specjalistów na temat przyczyn występowania biegunek u małych dzieci. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Główny Inspektorat Sanitarny wskazują, iż do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi najczęściej w środowisku domowym, zjawisko to jest pochodną niedostatecznej higieny osobistej oraz higieny przygotowania posiłków w środowisku zamieszkania dzieci, co w znacznym stopniu ogranicza możliwość podejmowania działań administracyjnych, które postuluje Pan Rzecznik w swoich wystąpieniach. Zapis art. 47 i 48 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej chroni bowiem rodzinę przed nadmierną ingerencją organów administracji w sferę życia prywatnego i rodzinnego. Tym samym – w świetle opinii Głównego Inspektora Sanitarnego – nie jest możliwe wprowadzenie obowiązku poddania się przez rodziców lub opiekunów dzieci badaniom dla celów sanitarno-epidemiologicznych, czy też administracyjne uzależnianie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej możliwości sprawowania opieki nad własnymi dziećmi od wyników kontroli stanu higieny miejsc zamieszkania i przygotowywania posiłków. Z tego też powodu, brak jest – co potwierdza Pan Rzecznik w swoim wystąpieniu – wiarygodnych danych na temat warunków higieniczno-sanitarnych gospodarstw domowych w Polsce. Fakt ten jednak nie uprawnia do kwestionowania opinii ekspertów, według których niedostatki higieny środowiska domowego stanowią główną przyczynę zachorowań małych dzieci na biegunki.

W związku z tym, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi najczęściej w środowisku domowym, Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej podkreślił ważną rolę oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia w zapobieganiu tym schorzeniom. Zadania te realizowane są przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej: lekarza rodzinnego, pielęgniarkę rodzinną, pielęgniarkę szkolną, położną rodzinną. Oświata zdrowotna w tym zakresie obejmuje informowanie osób pozostających w kontakcie z małym dzieckiem (rodziców, rodzeństwa oraz innych dorosłych) o źródłach i drogach zakażenia oraz kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych (częste mycie rąk, unikanie picia płynów z jednej butelki przez wiele osób, używanie wody pitnej, higieniczne korzystanie z toalety), Działania oświatowo-zdrowotne podejmowane są również przez terenowe organy inspekcji sanitarnej, w szczególności w przypadku zbiorowych zatruc i zakażeń, które najczęściej dotyczą dzieci starszych, młodzieży i dorosłych. W zależności od bie-

zących potrzeb, inspekcja sanitarna współpracuje z placówkami nauczania i wychowania, zakładami opieki zdrowotnej, władzami samorządowymi, mediami. Wbrew opinii Pana Rzecznika, działania te – choć nie dotyczą bezpośrednio małych dzieci – mają wpływ na umacnianie zdrowia osób z jego najbliższego środowiska, a tym samym na profilaktykę infekcji układu pokarmowego u dzieci do lat 2.

W ocenie Krajowego Konsultanta w dziedzinie pediatrii oraz Krajowego Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych, problemem pozostaje zjawisko zakażeń wirusowych w środowisku szpitalnym. Zakażenia te stanowią przyczynę występowania nieżytów żołądkowo-jelitowych u dzieci hospitalizowanych. Eksperti wskazują, iż zakażenia szpitalne, które są jedną z głównych przyczyn współczesnych chorób zakaźnych, są zjawiskiem globalnym i dotyczą wszystkich szpitali na świecie, nawet w najlepiej rozwiniętych krajach. Fakt występowania zakażeń szpitalnych nie jest uchybieniem szpitalu a nieodłącznym zjawiskiem hospitalizacji. Duże zgromadzenie chorych dzieci leczonych antybiotykami oraz stosowanie inwazyjnych technik diagnostycznych i leczniczych powoduje ryzyko zakażeń szpitalnych. Jak wynika z danych przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, badania prowadzone w Polsce wykazały, że wśród dzieci do lat 5 hospitalizowanych z powodu biegunek, około 41% było zakażonych rotawirusami. Zbliżone wskaźniki zakażeń rotawirusowych w ostrych zakażeniach jelitowych obserwowane są w innych krajach europejskich (Wiochy – 31%, Niemcy – 41%, Anglia – 41%, Francja 51%). Jak wynika z badań przeprowadzonych w poszczególnych szpitalach w Warszawie, Krakowie, Wrocławiu oraz Trójmieście, ilość zakażeń rotawirusowych pozaoddziałowych nie wzrasta, a nawet maleje. Niepokojący jest natomiast wprost liczby zakażeń wewnątrzoddziałowych, którym sprzyja duża zakaźność wirusa, odpornego na warunki środowiskowe. Wśród przyczyn tego zjawiska, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii wymienia: zwiększającą się liczbę hospitalizacji, trudności w izolacji dzieci, wysoki wskaźnik wykorzystania łóżek w niektórych oddziałach pediatrycznych oraz obecność rodziców dzieci, którzy nic przestrzegają regulaminów wewnętrznych dotyczących zasad higieny. Uwzględniając fakt, że mycie rąk i dezynfekcja redukuje o 30% liczbę zakażeń rotawirusowych, należy wskazać na konieczność przestrzegania tej podstawowej zasady obowiązującej nie tylko w szpitalach. W oddziałach pediatrycznych wprowadzono instrukcję mycia i dezynfekcji rąk, widoczną i dostępną przy każdym stanowisku do mycia rąk. Ponadto, przyjętą w Polsce praktyką ograniczania zakażeń szpitalnych u dzieci jest skracanie okresu hospitalizacji oraz stosowanie skutecznych probiotyków.

W opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, aktualne wystąpienie Pana Rzecznika nosi znamiona próby wpłynięcia na decyzje Ministra Zdrowia w sprawie wprowadzenia do Programu Szczepień Ochronnych obowiązkowego (finansowanego ze środków publicznych) szczepienia przeciwko wirusom *Rota*. Informuję, że powyższe decyzje podejmowane są przez Ministra Zdrowia w oparciu o rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, rekomendacje Pediatrycznego Zespołu Ekspertów do spraw Programu Szczepień Ochronnych, dane dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności szczepień oraz sytuację epidemiologiczną kraju. Obecnie – jak wynika z ocen ekspertów – z uwagi na wysoki koszt szczepionki, relatywnie niski wskaźnik kosztów do efektywności oraz brak udowodnionych rzetelnymi analizami pozytywnych skutków w populacji nie ma powodu do wprowadzania obowiązkowego szczepienia przeciw rotawirusom. Wnioski zgłaszane w tym zakresie przez, poszczególne osoby czy instytucje nie związane z pediatrią, czy nadzorem epidemiologicznym – zarówno zwolenników, jak i przeciwników szczepień – mają dla Ministra Zdrowia jedynie znaczenie informacyjne i pozostają bez wpływu na decyzje podejmowane w tym względzie.

Przedstawiając powyższe informacje będące efektem przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego, w tym analiz epidemiologicznych, stwierdzam, iż nic występują przesłanki potwierdzające opinię Pana Rzecznika o „alarmującym wzroście zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2”. Ponadto, pragnę zapewnić Pana Rzecznika, że Ministerstwo Zdrowia nie bagatelizuje opinii i ekspertyz mogących mieć wpływ na stan zdrowia społeczeństwa polskiego, w tym szczególnie dzieci. Zapewniani także, że trendy zachorowań na choroby zakaźne są systematycznie analizowane tak, aby umożliwić podjęcie stosownych działań, wówczas kiedy jest to uzasadnione.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-581156-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 20 marca 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Pragnę nawiązać do treści listów Ministerstwa Zdrowia (z dn. 14.03.08 i 04.02.09), które otrzymałem w odpowiedzi na moje wystąpienia do Pani Minister (z dn. 11.02.08 i 15.12.08) w sprawie niepokojącego wzrostu zachorowań małych dzieci na biegunki.

Z ubolewaniem i troską muszę zauważyć, że podniesiony przez mnie problem nie znajduje należytego zrozumienia w stanowisku Ministerstwa.

Wg meldunków NIZP-PZH w 2008 roku zarejestrowano 29 188 dzieci chorujących na biegunki, co w porównaniu do roku ubiegłego (22 706 zachorowań) oznacza wzrost o 6482 przypadków, tj. o ok. 30%. Tymczasem udzielane dotąd przez resort informacje w tej sprawie wydają się budzić wątpliwości. Należałoby zauważyć, że przytaczane w pismach Ministerstwa opinie niektórych specjalistów – na temat zachorowalności, przebiegu klinicznego choroby, jej uwarunkowań oraz zapobiegania – są odmienne niż opinie tych samych specjalistów opublikowane w dostępnych materiałach źródłowych (raporty, publikacje).

W odniesieniu do zapobiegania zakażeniom rotawirusowym, przyjąłem do wiadomości informacje resortu o wysokim koszcie szczepionek i uznałem, że możliwości budżetowe państwa mają istotne znaczenie, dlatego w ostatnim wystąpieniu sprawa szczepień została pominięta.

Zdumienie moje wzbudziła jednak informacja zawarta w Państwa odpowiedzi (sygnowanej przez Podsekretarz Stanu) o „braku udowodnionych rzetelnymi analizami pozytywnych skutków w populacji” w odniesieniu do szczepień przeciw rotawirusom. Tymczasem Główny Inspektor Sanitarny wprowadził te szczepienia do wykazu szczepień zalecanych – nie finansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

Wielu rodziców, ponosząc znaczne koszty, zastosowało się do tej sugestii – wg danych Państwowego Zakładu Higieny w 2007 r. przeciwko biegunce rotawirusowej zaszczepiono w kraju 11 069 dzieci w 1. roku życia.

Powstaje zatem wątpliwość, czy nie zostało naruszone prawo pacjenta i obywatela do rzetelnej informacji? Na jakiej podstawie powszechnie zalecono kosztowne świadczenie medyczne nie informując jednocześnie o braku jego udowodnionej badaniami skuteczności?

W związku z powyższym, pragnę poinformować Panią Minister, że na podstawie Art. 12. pkt 2 i 3) Ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich. (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147; z 2007 r. Dz. U. Nr 3, poz. 15) rozważam możliwość zwrócenia się o zbadanie sprawy do właściwych organów.

Jednocześnie zwracam się z prośbą do Pani Minister (na podstawie Art. 17. ust. 1 w zw. z Art. 13. powołanej ustawy) o udostępnienie dokumentów stanowiących podstawę wprowadzenia szczepień przeciwko rotawirusom jako szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia [Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 września 2008 r. (Dz. Urz. MZ z dnia 1 października 2008 r., Nr 11, poz. 76)]. Dotyczy to również dokumentów: przywołanych w piśmie MZ-ZP-D-073-10282-1/KC/08 z dnia 2008-03-14 stanowisk Krajowego Specjalisty ds. Epidemiologii, Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz departamentów merytorycznych Ministerstwa Zdrowia przywołanych w piśmie MZ-ZP-D-073-10006-15/WS/09 z dnia 2009-02-04 stanowisk i merytorycznych opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Byłbym także zobowiązany za przekazywanie mi na bieżąco (na mocy przytoczonej już podstawy prawnej) opracowywanych przez Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny meldunków o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce (dwutygodniowe, kwartalne, półroczne, roczne).

Pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że wyjaśnienie powyższych spraw i nasza dobra współpraca w tym względzie przyczyni się do poprawy sytuacji zdrowotnej dzieci w naszym kraju.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 23 kwietnia 2009 r.

MZ-ZP-D-073-10006-21/WS/09

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do wystąpienia z dnia 20 marca 2009 r. (data wpływu: 27 marca 2009 r.), w sprawie niepokojącego wzrostu zachorowań małych dzieci na biegunki oraz wyrażonej przez Pana Rzecznika w przedmiotowym piśmie opinii, iż problem ten nie znajduje należytego zrozumienia w stanowisku Ministerstwa, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Przedłożone przez Pana Rzecznika wystąpienie w sprawie wzrostu zachorowań na biegunki u małych dzieci wydaje się być świadectwem nieskuteczności drogi korespondencyjnej w przedstawieniu przez resort zdrowia działań, które podejmowane są w zapobieganiu biegunkom u małych dzieciom, takich jak: nadzór epidemiologiczny, profilaktyka oraz oświata zdrowotna.

Uznając konieczność i potrzebę przedłożenia Panu Rzecznikowi satysfakcjonujących wyjaśnień w przedmiotowej sprawie, pragnę uprzejmie zaprosić Pana Rzecznika do bezpośredniego spotkania, podczas którego zostałaby podjęta próba wyjaśnienia wątpliwości dotyczących zapobiegania biegunkom u małych dzieci, jakie wskazywał Pan Rzecznik w swoich wystąpieniach.

Pozwalam sobie zaproponować rozważenie przez Pana Rzecznika możliwości spotkania w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w dniu 4 maja 2009 r. o godz. 13.00.

Proponuję udział w spotkaniu ekspertów, których merytoryczne opinie stanowiły podstawę odpowiedzi w przedmiotowej sprawie, udzielonych przez Ministerstwo Zdrowia, tj.:

1. Główny Inspektor Sanitarny,
2. Konsultant Krajowy w dziedzinie epidemiologii,
3. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych,
4. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej,
5. Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii,
6. Prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Wyrażam nadzieję na pozytywne odniesienie się Pana Rzecznika do przedłożonej przeze mnie propozycji, która może przyczynić się do wypracowania konstruktywnych rozwiązań w zakresie przyszłych wspólnych działań Rzecznika Praw Obywatelskich i Ministra Zdrowia w obszarze ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Z wyrazami szacunku

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 30 kwietnia 2009 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-581156-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Pragnę gorąco podziękować za uprzejmy list i propozycję spotkania w gronie ekspertów, które mogłoby służyć wyjaśnieniu wielu problemów poruszanych w naszej korespondencji. Przyjmuję ten pomysł z zadowoleniem i nadzieją. Bezpośrednia rozmowa pozwoli szybciej wyeliminować ewentualne nieporozumienia i uzyskać zbliżenie stanowisk w ważnych dla obywateli (pacjentów) sprawach.

Muszę jednak z przykrością poinformować Panią Minister, że ze względu na finalne prace nad rocznym sprawozdaniem dla parlamentu oraz wyjazd zagraniczny, nie mam możliwości wzięcia udziału w spotkaniu ekspertów w zaproponowanym przez Panią terminie 04 maja br. Byłbym wdzięczny za rozważnie innej daty – po 18 maja br.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ *Janusz Kochanowski*

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 8 lutego 2008 r.

RPO-580991-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Powzięte przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich wiarygodne informacje na temat pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób przenoszonych drogą płciową mogą świadczyć o naruszeniu zasady bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i o pilnej potrzebie podjęcia skutecznych środków zaradczych ze strony organów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną państwa. Dlatego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 z póź. zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji w sprawie.

Udokumentowane dane z raportu Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową Akademii Medycznej w Warszawie, świadczą o tym, że w 2006 r. doszło do dalszego pogorszenia sytuacji epidemiologicznej, co w dużej mierze jest konsekwencją złego stanu profilaktyki, diagnostyki i nadzoru nad chorobami wenerycznymi.

1. Zanotowano istotny wzrost zachorowań na kiłę nabytą. W 2006 r. w Polsce zgłoszono 936 zachorowań na wszystkie postacie kiły, o 127 przypadków więcej w porównaniu z rokiem 2005. Zwiększył się wskaźnik zapadalności na kiłę utajoną wczesną. W 2006 r. najbardziej niekorzystna sytuacja epidemiologiczna pod względem wszystkich rejestrowanych chorób przenoszonych drogą płciową była, podobnie jak w latach ubiegłych, w województwie mazowieckim i lubuskim.

2. W dalszym ciągu rodzą się w Polsce dzieci z kiłą wrodzoną. Kiłę w czasie ciąży lub porodu stwierdzono w 2006 roku u 83 kobiet (w 2005 r. u 70 kobiet). Kiłę w czasie ciąży stwierdza się obecnie u podobnej liczby ciężarnych co w latach, gdy w Polsce rodziło się ponad 100.000 dzieci więcej. W 2006 r. kiłę wrodzoną rozpoznano u 14 dzieci (w 2005 r. u 8 dzieci).

Wg specjalistów pogorszenie sytuacji epidemiologicznej ma ścisły związek z obserwowanym od 1998 roku demontażem sieci nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, drastycznym ograniczaniem wykonywania badań przesiewowych w kierunku kiły i pogłębiającym się z roku na rok spadkiem liczby badań serologicznych w kierunku kiły w pionie skórno-wenerologicznym, co stawia pod znakiem zapytania wiarygodność danych pochodzących z rejestracji. W 2006 r. zbadano 943.380 próbek krwi, co oznacza w porównaniu do roku 1995 **siedmiokrotny spadek** liczby badań. W konsekwencji niedostateczne jest rozpoznawanie kiły utajonej.

Nie poprawiają się wskaźniki leczenia natychmiastowego (profilaktycznego) tzw. kontaktów, w przypadku kiły i rzeżączki. Pacjenci nie ujawniają personaliów swoich partnerów seksualnych i często nie informują ich o konieczności zgłoszenia się do lekarza.

Obecne regulacje prawne (ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach – Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z póź. zm.) powodują ograniczenia w dostępności do leczenia, ponieważ nie zapewniają bezpłatnego diagnozowania, leczenia i kontroli po leczeniu dla wszystkich chorych. Bezpłatną opiekę wenerologiczną mają zapewnioną osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.

Nadzór epidemiologiczny, w tym rejestracja chorych wenerycznie działa niesprawnie, ponieważ fundusze przekazywane na ten cel przez Główny Inspektorat Sanitarny są niewystarczające, a ponadto część lekarzy nie dopełnia ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań. Dlatego dane o zachorowaniach są niepełne.

Poważne zaniedbania odnotowuje się na polu oświaty zdrowotnej. Brak środków na prowadzenie badań profilaktycznych i działań edukacyjnych sprawił, że od 2000 r., mimo niskiego w tym zakresie poziomu świadomości znacznej części naszego społeczeństwa, nie ukazały się w Polsce jakiegokolwiek materiały informacyjne o chorobach przenoszonych drogą płciową.

Wprawdzie niekorzystny wpływ na szerzenie się chorób wenerycznych w Polsce ma także zła sytuacja epidemiologiczna za wschodnią granicą (szczególnie w Rosji na Ukrainie i na Białorusi), a także łatwy dostęp do usług seksualnych (agencje towarzyskie, prostytutka przydrożna), to jednak czynniki te przemawiają raczej za koniecznością wzmocnienia a nie demontowania systemu nadzoru, profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową.

Mając na uwadze poważne następstwa zdrowotne i społeczne niekorzystnego kształtowania się sytuacji epidemiologicznej zwracam się do Pani Minister uprzejmą prośbą o spowodowanie szybkiego zweryfikowania sze-

roko rozumianej polityki w zakresie zapobiegania chorobom szerzącym się drogą seksualną. Szczególnie pilne wydaje się zapewnienie środków finansowych koniecznych do bezpłatnego leczenia wszystkich pacjentów, zwiększenia zakresu i liczby wykonywanych badań profilaktycznych i odbudowania oświaty zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZPS-078-9966-2/DW/08

Warszawa, 11 marca 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Nawiązując do pisma z dnia 8 lutego 2008 r. (znak:RPO-580991-X/08/JS) w sprawie pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób przenoszonych drogą płciową, uprzejmie przekazuję poniższe wyjaśnienia w sprawie.

Na wstępie pragnę zaznaczyć, że ww. pismo zostało wystosowane, po zapoznaniu się z *informacjami dotyczącymi sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową opublikowanymi w raporcie Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową*. Ww. raport jest sporządzany na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego w oparciu o dane o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową nadsyłane przez wskazane przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych jednostki specjalistyczne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową w poszczególnych województwach.

Należy podkreślić, że nie jest możliwe oszacowanie liczby przypadków zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową rozpoznanych, a nie

zgłoszonych do rejestrów zachorowań prowadzonych przez wojewódzkie poradnie wenerologiczne.

Odrębną, istotną kwestią jest analiza przyczyn wzrostu zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową rejestrowanych w Polsce w roku 2006. Pragnę podkreślić, że chociaż nadal występują w Polsce zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową, w szczególności na kiłę i rzeżączkę, to, co również jest zaznaczone w przytaczanym raporcie Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową, sytuacja epidemiologiczna chorób przenoszonych drogą płciową jest w Polsce stabilna w porównaniu do sąsiednich krajów (Rosji, Ukrainy i Białorusi), w których zapadalność na kiłę nabytą jest 25–50 krotnie większa, zaś zapadalność na rzeżączkę jest nawet 100 krotnie większa. Obserwowany w Polsce wzrost zachorowań na wszystkie postaci kiły w wymiarze 15,7% wynika głównie ze wzrostu liczby rozpoznanych przypadków kiły nabytej wczesnej objawowej (o 19,7%). Liczba przypadków kiły utajonej tj. rozpoznawanej na podstawie badań laboratoryjnych nie uległa znaczącemu wzrostowi. Nie obserwuje się również znaczącego wzrostu zachorowań na późne postaci kiły, będące następstwem nierozpoznanych przypadków zachorowań we wczesnym okresie choroby (wzrost z 202 przypadków w 2005 roku do 225 przypadków w 2006 roku).

Wzrost rozpoznanych przypadków kiły wrodzonej z 70 w 2005 do 83 w 2006 roku świadczy, iż problem kiły w największym stopniu dotyczy osób młodych (kobiet w wieku rozrodczym i ich partnerów seksualnych). Gdyby istotnie doszło do załamania się po 1998 roku nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonym drogą płciową, to obserwowano by przede wszystkim nieproporcjonalnie duży wzrost liczby zachorowań na postaci kiły późnej oraz na kiłę wrodzoną – wyraźnie większe niż w przypadku wykazanych w raporcie wzrostów liczby przypadków kiły wczesnej objawowej. W związku z powyższym obawy, co do załamania się nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości.

Bez przeprowadzenia analizy wieloletnich trendów liczby zachorowań nie jest możliwe ustalenie przyczyn obserwowanego wzrostu zachorowań. Niewątpliwie wpływ na obserwowany wzrost liczby zachorowań może mieć podejmowanie aktywności seksualnej przez grupy wiekowe wyżu demograficznego, ale również zmiany społeczne związane z czasową emigracją osób młodych oraz napływ emigrantów z Europy Wschodniej.

Ponadto pragnę poinformować, że nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości również stwierdzenie, iż wielkość funduszy przekazywanych przez Główny Inspektorat Sanitarny na wykonywanie zadań z zakresu nad-

zoru epidemiologicznego (tj. prowadzenie rejestrów zachorowań i sporządzanie raportów o zachorowaniach) jest niewystarczająca, co skutkuje pogorszeniem jakości nadzoru. Ogół środków budżetowych przekazywanych wszystkim organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej na realizację całości nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi jest rozdysponowywany na realizację nadzoru również nad innymi chorobami zakaźnymi. Badania diagnostyczne i leczenie osób zakażonych lub podejrzanych o zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową nie należą do kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zadania te są finansowane ze środków NFZ zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135, z późn. zm.) w odniesieniu do osób ubezpieczonych, osób do 18 roku życia oraz kobiet w ciąży, w trakcie porodu lub porożu. Przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr poz. 1384, z późn. zm.) nie zapewniają bezpłatnego diagnozowania i leczenia osób innych niż ww. wskazanych nieubezpieczonych chorych na choroby przenoszone drogą płciową. Ponadto ww. ustawa uchyliła obowiązujące do 2001 roku rygorystyczne przepisy dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz. U z 1949 r. Nr 51 poz. 294, z późn. zm.) i rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1964 r. w sprawie badań lekarskich mających na celu wykrywanie chorób wenerycznych (Dz. U. Nr 34 poz. 223). Skutkowało to zaprzestaniem powszechnego wykonywania obowiązkowych badań przesiewowych w celu wykrycia chorób wenerycznych u wszystkich osób np. podejmujących pracę, służbę wojskową, przyjmowanych do szpitala niezależnie od przyczyny hospitalizacji, co skutkowało wspomnianym w ww. wystąpieniu siedmiokrotnym spadkiem liczby wykonywanych badań przesiewowych po 1998 roku. Jest to jednak skutkiem przyjętych jeszcze w 2001 roku rozwiązań prawnych.

Przygotowany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym projekt nowej ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (który aktualnie znajduje się w Parlamencie) przewiduje przywrócenie finansowania z budżetu Ministra Zdrowia kosztów diagnozowania i leczenia osób nieubezpieczonych chorych na kiłę lub rzeżączkę, w tym również uwzględniającego koszty leków. Nie przewiduje się natomiast prowadzenia szeroko zakrojonych badań przesiewowych w celu wykrywania chorych na choroby weneryczne, a jedynie diagnozowanie osób podejrzanych o zakażenie chorobami wenerycznymi. W obecnej, stabilnej sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie ma bowiem uzasadnienia do nakładania tak szerokiego obowiązku, zaś jego

efektywność w zwalczaniu chorób wenerycznych mierzona w stosunku do ponoszonych na ten cel nakładów byłaby niska.

Jednocześnie pragnę poinformować, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach swoich obowiązków ustawowych inicjują, organizują, nadzorują i prowadzą działalność z zakresu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. Jako organ administracji rządowej, od początku epidemii HIV/AIDS w Polsce, Państwowa Inspekcja Sanitarna uczestniczy w realizacji kolejnych edycji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV. Prowadzone działania edukacyjne w tym zakresie ukierunkowane są na przestrzeganie zasad bezpiecznych zachowań dotyczących zapobiegania wszystkim chorobom zakaźnym przenoszonym drogą płciową. Prowadzona jest systematyczna edukacja i uświadamianie społeczeństwa, ze szczególnym ukierunkowaniem na młodzież oraz wybrane grupy zawodowe, szczególnie narażone na zakażenie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-580991-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 11 grudnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji w sprawie sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową (RPO-580991-X/08/JS z 8 lutego 2008 r.; MZ-ZPŚ-078-9966-2/DW/08 z 11.03.2008) pragnę wyrazić satysfakcję z finalizowania procesu legislacyjnego nowej ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Przywrócenie finansowania z budżetu Ministra Zdrowia kosztów diagnozowania i leczenia osób nieubezpieczonych chorych na kiłę lub rzeżączkę, w tym również kosztów leków, będzie spełnieniem wysuwanych od kilku lat postulatów środowiska epidemiologów i wenerologów.

Uwzględniając jednak najnowszy raport Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (CDiLChPDP) zamieszczony w meldunku Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH i Głównego Inspektoratu Sanitarnego nr II/A/08 o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach, poczuwam się do obowiązku zwrócenia się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o dokonanie ponownej analizy sytuacji epidemiologicznej i ewentualną weryfikację dotychczas zajmowanego przez resort stanowiska w tej sprawie.

Rzecznik Praw Obywatelskich, mając na uwadze poważne następstwa zdrowotne i społeczne niekorzystnego kształtowania się sytuacji epidemiologicznej, zwrócił się w pierwszym wystąpieniu do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie szybkiego zweryfikowania szeroko rozumianej polityki w zakresie zapobiegania chorobom szerzącym się drogą seksualną. Udokumentowane dane z raportu Centrum DiLChPDP, świadczyły o tym, że w 2006 r., wskutek złego stanu profilaktyki, diagnostyki i nadzoru nad chorobami wenerycznymi, doszło do dalszego pogorszenia sytuacji epidemiologicznej. Wg specjalistów pogorszenie sytuacji epidemiologicznej miało ścisły związek z następującymi uwarunkowaniami:

- obserwowanym od 1998 roku demontażem sieci nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową;
- drastycznym ograniczaniem wykonywania badań przesiewowych w kierunku kiły;
- pogłębiającym się z roku na rok spadkiem liczby badań serologicznych w kierunku kiły w pionie skórno-wenerologicznym i niską wiarygodnością danych pochodzących z rejestracji;
- niesprawnością nadzoru epidemiologicznego, w tym rejestracji chorych wenerycznie, wskutek niewystarczającego finansowania tego zadania przez Główny Inspektorat Sanitarny;
- niedopełnianiem przez część lekarzy ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań poważnymi zaniedbaniami na polu oświaty zdrowotnej.

W sygnowanej przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzi uznano, iż:

- obawy, co do załamania się nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości;

– nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości stwierdzenie, iż wielkość funduszy przekazywanych przez Główny Inspektorat Sanitarny na wykonywanie zadań z zakresu nadzoru epidemiologicznego (tj. prowadzenie rejestrów zachorowań i sporządzanie raportów o zachorowaniach) jest niewystarczająca;

– w obecnej, stabilnej sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie ma uzasadnienia do nakładania obowiązku szeroko zakrojonych badań przesiewowych w celu wykrywania chorych na choroby weneryczne – efektywność tych badań mierzona w stosunku do ponoszonych na ten cel nakładów byłaby niska;

– prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną działania edukacyjne ukierunkowane są na przestrzeganie zasad bezpiecznych zachowań dotyczących zapobiegania wszystkim chorobom zakaźnym przenoszonym drogą płciową.

Tymczasem listopadowy meldunek o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach przynosi obszerną i budzącą niepokój, opartą na podstawie „Rocznych sprawozdań o leczonych w poradniach skórno-wenerologicznych” (form. MZ-14) nadesłanych do Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową WUM, informację o sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w 2007 roku:

Utrwalił się odnotowany w 2006 r. istotny wzrost zachorowań na kiłę nabytą. W dalszym ciągu rodzą się w Polsce dzieci z kiłą wrodzoną, spada liczba wykonywanych badań serologicznych w kierunku kiły. Nie poprawiają się wskaźniki leczenia natychmiastowego (profilaktycznego) tzw. kontaktów w przypadku kiły i rzeżączki.

W pionie skórno-wenerologicznym w 2007 r. zbadano 514.969 próbek krwi, co stanowi zaledwie 7% badań sprzed 10 lat. Ma to bezpośredni wpływ na niedostateczne rozpoznawanie kiły utajonej wczesnej i późnej, którą diagnozuje się na podstawie badań krwi. Niedostateczne rozpoznawanie kiły utajonej związane jest także z ograniczeniem wykonywania badań przesiewowych w kierunku kiły do krwiodawców i ciężarnych. Kiłę w czasie ciąży stwierdza się obecnie u podobnej liczby ciężarnych co w latach, gdy w Polsce rodziło się ponad 100.000 dzieci więcej. W 2007 r. kiłę wrodzoną rozpoznano u 6 dzieci.

Nie wszyscy lekarze, szczególnie prowadzący prywatne praktyki i innych specjalności niż dermatologia, dopełniają ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań. Stąd też dane o zachorowaniach są niepełne. Przyczynia się też do tego brak środków na utrzymanie sprawnie funkcjonującego nadzoru epidemiologicznego – w tym rejestrów chorych wenerycznie, które w połowie województw funkcjonują przy Centrach Zdrowia

Publicznego i Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych – w oderwaniu od lecznictwa skórno-wenerologicznego. Dowodem na fragmentaryczności danych ogólnokrajowych jest fakt, że 1/3 wszystkich kił i 1/5 rzeżączek diagnozowana jest i leczona w jednej tylko poradni – w Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową WUM.

Wskaźniki leczenia profilaktycznego kiły i rzeżączki od lat są bardzo niskie. Pacjenci nie ujawniają personaliów swoich partnerów seksualnych i często nie informują ich o konieczności zgłoszenia się do lekarza. (...)

Na istotne ograniczenia w dostępności leczenia wpływa także długi okres oczekiwania na wizytę u specjalisty. Istotne znaczenie ma również bardzo zła sytuacja epidemiologiczna w krajach byłego Związku Radzieckiego, gdzie wskaźniki zapadalności przewyższają wielokrotnie wskaźniki notowane w Polsce.

Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną ma brak środków na prowadzenie badań profilaktycznych i działań edukacyjnych. Od 7 lat nie powstały w Polsce jakiegokolwiek materiały informacyjne o chorobach przenoszonych drogą płciową dla pacjentów, a poziom świadomości zdrowotnej w polskim społeczeństwie niestety jest niski. Szerzeniu się chorób przenoszonych drogą płciową sprzyja także łatwy dostęp do usług seksualnych (agencje towarzyskie, prostytutka przydrożna).

Nie wiadomo jakie będą przyszłe koszty zdrowotne i społeczne czynionych przez ostatnie lata oszczędności. Polityka państwa w zakresie zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową powinna uwzględnić ich społeczny charakter i zapewnić środki finansowe konieczne do bezpłatnego leczenia, badań profilaktycznych i działań edukacyjnych. Jest to ważne również ze względu na stały wzrost w Polsce liczby osób zakażonych HIV w wyniku kontaktów płciowych oraz fakt, że objawy „klasycznych” chorób wenerycznych wielokrotnie zwiększają zakaźność HIV.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich nie mogą przejść obojętnie wobec rażącej rozbieżności między udokumentowanymi informacjami z raportu Krajowego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową a uspokajającym, niestety tylko w wymiarze statystycznym, stanowiskiem reprezentowanym w dotychczasowej korespondencji przez Ministerstwo Zdrowia. Nie mogę zbagatelizować, bez opartego na faktach wyjaśnienia, dramatycznej w swej wymowie konstatacji wybitnych specjalistów medycznych: Przy coraz gorzej działającym nadzorze epidemiologicznym, ograniczonym dostępie do poradnictwa wenerologicznego i przy braku działań oświatowo-zdrowotnych mamy szansę na całkowite zlikwidowanie problemu chorób wenerycznych. Będzie to niestety sukces jedynie w wymiarze statystycznym.

Dlatego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o udzielenie wyjaśnień i informacji w sprawie podjętych działań.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZPŚ-078-9966-4/DW/09

Warszawa, 14 stycznia 2009 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Nawiązując do pisma z dnia 11 grudnia 2008 r. (znak:RPO-580991-X/08/JS) w sprawie pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób przenoszonych drogą płciową, po ponownej analizie przekazanych informacji, uprzejmie przekazuję dodatkowe wyjaśnienia w przedmiotowej w sprawie.

Zgodnie z najnowszym raportem Pana prof. dr hab. Sławomira Majewskiego z Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który został opracowany na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, w 2007 roku nie doszło do pogorszenia sytuacji epidemiologicznej. Wzrost zachorowań dotyczył jedynie rzeżączki.

Uprzejmie pragnę wyjaśnić, że ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.) zlikwidowała odrębność nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową i przekazała całość nadzoru nad chorobami zakaźnymi do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Przepisy uchwalonej już ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi również nie przewidują prowadzenia odrębnego nadzoru w tym zakresie.

Ponadto pragnę poinformować, że Główny Inspektorat Sanitarny zawarł umowę z Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych

Drogą Płciową Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w ramach której zleceniobiorca wykonuje następujące zadania:

- 1) współpracuje z wojewódzkimi rejestratorami chorób zakaźnych;
- 2) gromadzi zweryfikowane dane o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową napływające z 16 województw;
- 3) dokonuje oceny sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową w poszczególnych regionach i w całym kraju;
- 4) sporządza roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową w trybie i terminach wynikających z przepisów o statystyce publicznej;
- 5) informuje na bieżąco Główny Inspektorat Sanitarny o wystąpieniu szczególnie niebezpiecznych zjawisk epidemiologicznych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową oraz wydaje doraźnie – każdorazowo na wniosek Głównego Inspektoratu Sanitarnego – opinie o sytuacji epidemiologicznej.

W ramach umowy na podstawie raportów o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową przekazanych z rejestrów w poszczególnych województwach, przedstawia się sprawozdania dla Głównego Urzędu Statystycznego.

W tym miejscu pragnę zaznaczyć, że Główny Inspektorat Sanitarny w 2008 roku nie był informowany o występowaniu szczególnie niebezpiecznych zjawisk epidemiologicznych w zakresie omawianych chorób.

Nadzór epidemiologiczny nad chorobami przenoszonymi drogą płciową wykonują natomiast państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni w ramach nadzoru nad chorobami zakaźnymi.

Jednocześnie w części województw niektóre zadania zostały przekazane przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych w drodze umów wybranym poradniom specjalistycznym skórno-wenerologicznym i są odrębnie finansowane z budżetu wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Jednocześnie należy wyjaśnić, że spadek z roku na rok liczby badań serologicznych w kierunku kiły jest niedookreślony w związku z niedopełnianiem przez lekarzy ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań.

Pragnę zaznaczyć, że system rejestracji chorób zakaźnych w Polsce, w tym chorób przenoszonych drogą płciową, jest oparty o zgłaszanie przez lekarzy rozpoznanych zachorowań chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania, jak również zgłaszanie przez laboratoria dodatnich wyników potwierdzających zakażenie wybranymi czynnikami chorobotwórczymi, m.in. obowiązek zgłaszania przez laboratoria dotyczy każdorazowo stwierdzenia wyniku potwierdzającego zakażenie krętkiem bladym wywołującym kiłę.

Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową są prowadzone głównie przez specjalistyczne poradnie skórno-wenerologiczne.

Nawet gdyby przyjąć, iż rzeczywista sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową nie różni się od informacji, o których mowa w piśmie Rzecznika Praw Obywatelskich, to powinny współistnieć inne niepokojące zjawiska epidemiologiczne potwierdzające tą tezę.

Czułymi wskaźnikami wzrostu liczby nierozpoznanych zachorowań na kiłę utajoną i zarazem świadczącymi o pogarszaniu się jakości nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową byłoby przede wszystkim:

- zwiększenie liczby dzieci z kiłą wrodzoną urodzonych przez zakażone krętkiem bladym kobiety – chorobą przebiegającą z bogatą symptomatologią i trudną do przeoczenia. Lekarze pediatrzy, którzy w sposób rzetelny dokonują zgłoszeń rozpoznań chorób zakaźnych nie nadsyłają zwiększonej liczby takich zgłoszeń do celów nadzoru epidemiologicznego. Powoływany w wystąpieniu RPO raport zawiera natomiast informację o spadku liczby przypadków kiły wrodzonej z 14 w 2006 roku do 6 przypadków w 2007 roku,

- występowanie przypadków kiły późnej, w tym szczególnie kiły ośrodkowego układu nerwowego – podczas gdy w Polsce przypadki zapaleń ośrodkowego układu nerwowego o etiologii *Treponema pallidum* występują kazuistycznie.

Wyrażony niepokój Rzecznika Praw Obywatelskich, czy fakt dobrej sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce jest realny, nie znajduje, zatem potwierdzenia w ocenie dokonanej przez Główny Inspektorat Sanitarny.

Mając powyższe na uwadze, podtrzymuję wyrażone w piśmie z dnia 11 marca 2008 r. stanowisko o braku przesłanek do wprowadzenia szeroko zakrojonych badań przesiewowych ludności w celu wykrywania chorych na choroby weneryczne.

W obecnej sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie ma bowiem uzasadnienia dla nakładania powszechnego obowiązku poddawania się tym badaniom, zaś efektywność badań przesiewowych w zwalczaniu chorób wenerycznych mierzona liczbą rozpoznanych utajonych zakażeń w stosunku do wielkości ponoszonych na ten cel nakładów byłaby bardzo niska.

Jednocześnie pragnę poinformować, że prozdrowotne działania edukacyjne prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną, od połowy lat 80. ubiegłego wieku (początek epidemii HIV/AIDS), dotyczą ogólnego przekazu zapobiegania chorobom zakaźnym przenoszonym drogą płciową.

Edukacja polega na przekazywaniu wiedzy i nabywania umiejętności w zakresie:

1) unikania ryzykownych kontaktów seksualnych – 1 stały zdrowy partner;

2) stosowania zabezpieczeń w trakcie podejmowania ryzykownych kontaktów seksualnych;

3) wykonywania badań profilaktycznych (testów) po ryzykownych zachowaniach seksualnych w kierunku HIV (badania można wykonać anonimowo i nieodpłatnie), w tym w kilku stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Powyższe działania informacyjno-edukacyjne adresowane są do całej populacji ze szczególnym ukierunkowaniem na ludzi młodych.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam nadzieję, że przedstawione wyjaśnienia zweryfikują obawy Pana Rzecznika odnośnie znacznego pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-599848-X/08/JS

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 21 października 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W ciągu ostatniego roku kilkakrotnie Rzecznik Praw Obywatelskich zwracał się do Pani Minister w sprawach związanych z niepokojącą sy-

tuacją epidemiologiczną zakażeń i chorób zakaźnych, w tym zakażeń szpitalnych, chorób przenoszonych drogą płciową, biegunek u małych dzieci.

Napływają kolejne sygnały w pełni potwierdzające zasadność obaw dotyczących funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Np. ostatnio w dzienniku „Polska” (z dnia 2 i 3 października) opisano sytuację 163 uczniów i 30 nauczycieli z Zespołu Szkoły Podstawowej i Gimnazjum Publicznego w Buczku pod Sieradzem, którzy mieli kontakt z nauczycielką chorą na gruźlicę i od czerwca 2008 r., do chwili obecnej zagrożone infekcją dzieci nie zostały poddane badaniom. Według autorów publikacji, rola kierownika Oddziału Nadzoru Epidemiologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi ograniczyła się do pomocy w ustaleniu listy uczniów i wskazaniu Wojewódzkiego Centrum Leczenia Chorób Płuc zlokalizowanego w odległości 40 km od miejsca zamieszkania dzieci jako placówki, która miała podjąć dalsze kroki. Jest przy tym znamienne, że w sprawie nie pojawia się w żadnym wymiarze lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Trwa ponadto spór, kto winien ponieść koszty badań profilaktycznych dzieci zagrożonych zakażeniem.

Opisana przez prasę sytuacja zdaje się być odzwierciedleniem szerszych zjawisk. Wg danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Polska zajmuje 21 miejsce wśród Państw Unii Europejskiej w zakresie zachorowalności na tę chorobę. W 2007 roku zachorowalność na gruźlicę w Polsce była dwukrotnie wyższa od średniej zachorowalności w krajach „starej” UE, o ok. 30% wyższa od średniej w rozszerzonej UE; zaś czterokrotnie wyższa niż w Szwecji czy Norwegii, trzykrotnie wyższa niż w Niemczech, Dani i Holandii.

Należałoby podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia ustawicznie przypomina o ponownym wzroście zagrożenia wieloma chorobami zakaźnymi (w tym gruźlicą), jako tzw. chorobami nawracającymi. SOZ jako gwarancję skuteczności programów zwalczania gruźlicy, traktuje sprawny system organizacji i nadzoru. Jako niezbędny element nowoczesnych programów zwalczania gruźlicy, SOZ zaleca bezpośrednio nadzorowane leczenie (DOT), realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wydaje się, że – jak dotychczas – nie udało się zbudować w Polsce skutecznego systemu leczenia bezpośrednio nadzorowanego, zaś istotne niedostatki w zakresie opieki podstawowej, potwierdziły ostatnio wyniki kontroli NIK.

Według raportu Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, z roku na rok pogarsza się funkcjonowanie Krajowego Rejestru Wyników Leczenia Przeciw-

prątkowego. Rejestr ten stanowił przez lata ważne narzędzie oceny sytuacji epidemiologicznych w zakresie gruźlicy, tak w skali kraju jak i poszczególnych województw. Wiarygodność tego Rejestru zdaje się jednak być obecnie gorsza, wskutek uchybień w realizacji ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowania (także zgonu) na gruźlicę przez wielu fachowych pracowników ochrony zdrowia. Docierają także sygnały o zakłóceniach we wczesnym wykrywaniu chorych.

Opisana sytuacja zdaje się przemawiać za potrzebą weryfikacji polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, w tym przede wszystkim gruźlicy. Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 roku o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do poruszonych problemów oraz udzielenie informacji, dotyczącej oceny sytuacji oraz przewidywanych działań na rzecz podniesienia bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-ZP-D-073-12604-4/WS/8

Warszawa, 1 grudnia 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 21 października 2008 r., znak: RPO-599848-X/08/JS zawierające prośbę o *ustosunkowanie się do problemu zachorowań na gruźlicę oraz ocenę sytuacji i działania na rzecz podniesienia bezpieczeństwa epidemiologicznego* uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zasady i tryb postępowania w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych u ludzi określa ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.). W myśl przepisów ustawy, rozpoznawanie i śledzenie sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń, jest przedmiotem szczegółowego nadzoru epidemiologicznego prowadzonego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Podejrzanie lub rozpoznanie zachorowania na gruźlicę lekarz, lub felczer ma obowiązek zgłosić (w oparciu o *Formularz zgłoszenia zachorowania/ podejrzania zachorowania na gruźlicę*) właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc. Właściwy inspektor sanitarny lub wskazana przez niego jednostka, po otrzymaniu zgłoszenia chorób i zakażeń podlegających rejestracji obowiązany jest niezwłocznie podjąć czynności mające na celu zapobieżenia szerzeniu się tych chorób i zakażeń. Monitorowanie gruźlicy prowadzi Państwowy Inspektor Sanitarny we współpracy z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc.

Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegania gruźlicy obejmują także nadzór nad realizacją szczepień ochronnych. Aktualnie, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wykonywanie jednego szczepienia przeciw gruźlicy (BCG) w wieku noworodkowym w krajach o wysokim ryzyku zachorowania na gruźlicę. WHO nie rekomenduje wykonywania rewakynacji (tzw. szczepień przypominających). W Polsce szczepienie przeciw gruźlicy jest obowiązkowe – zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych – wykonywane u noworodków w ciągu 24 godzin po urodzeniu. Z budżetu Ministra Zdrowia finansowany jest zakup preparatów szczepionkowych; Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje procedurę kwalifikacji do szczepienia i wykonanie szczepienia. W opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii, w ostatnich latach stan wyszczepienia dzieci utrzymywał się na najwyższym poziomie i wynosił: w 2005 r. – 99,9%, w 2006 r. – 99,6%, w 2007 r. – 99,7%,

Zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027). Zgodnie z art. 12 ust. 6, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane chorym na gruźlicę są bezpłatne bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i obejmują leczenie szpitalne, leczenie ambulatoryjne oraz zaopatrzenie w leki przeciwprątkowe. W myśl art. 57 ustawy, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne dla osób chorych na gruźlicę udzielane są bez skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając na względzie odpowiedzialność za zdrowie publiczne oraz kształtowanie polityki zdrowotnej, Minister Zdrowia powołuje organy i zespoły, które w oparciu o specjalistyczną wiedzę i doświadczenie, opiniują i doradzają w zakresie podejmowania optymalnych rozwiązań. Organem opiniotwórczo-doradczym dla Ministra Zdrowia w zakresie gruźlicy i chorób płuc jest *Krajowy Konsultant w dziedzinie chorób płuc*, który analizuje otrzymywane dane, ocenia stan opieki medycznej w tej dziedzinie oraz wskazuje kierunki działań naprawczych.

W celu rozpoznania zagadnień poruszonych w wystąpieniu Pana Rzecznika, zwróciliśmy się do *Krajowego Konsultanta w dziedzinie chorób płuc* z prośbą o wyjaśnienia, dotyczące przedstawionej incydentalnej sytuacji kontaktu dzieci z nauczycielką chorą na gruźlicę w szkole w Buczku koło Sieradza. Z przedstawionej przez *Krajowego Konsultanta* informacji wynika, że:

Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc nie potwierdził informacji, iż do chwili obecnej zagrożone infekcją dzieci nie zostały poddane badaniom. W omawianym przypadku zastosowano procedury przewidziane przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.). Od początku roku szkolnego sytuacja dzieci ze szkoły w Buczku była stale monitorowana. We współpracy z Wojewódzką Stacją Sanitarno Epidemiologiczną w Łodzi, *Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc* zlecił odpowiednie postępowanie profilaktyczne oraz odbył spotkanie z rodzicami uczniów z kontaktu z chorą nauczycielką. Badania dzieci odbywały się w Buczku, a nie w Łodzi (jak podawano w prasie). Do 31 października przebadano 281 osób, które miały lub mogły mieć styczność z chorą nauczycielką. Wśród przebadanych nic stwierdzono dotychczas zachorowania na gruźlicę.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Głównego Inspektora Sanitarnego, mając na względzie wzmocnienie i poprawę skuteczności nadzoru epidemiologicznego po zgłoszeniu rozpoznania gruźlicy u ludzi Główny Inspektorat Sanitarny wystosował do wszystkich państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych pismo przypominające o obowiązku podejmowania każdorazowo w przypadku zaistnienia przesłanek epidemiologicznych do wydania decyzji administracyjnych oraz dochowanie właściwej prawnej formy działań kończących postępowanie epidemiologiczne.

Dążąc do wzmocnienia działań przeciwepidemicznych prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w Głównym Inspektoracie Sanitarnym został opracowany projekt ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Aktualnie Parlament RP kończy pra-

ce nad projektem rządowym wymienionej ustawy. Wprowadzenie nowej ustawy w życie ma wielkie znaczenie dla ochrony zdrowia publicznego w świetle aktualnych zagrożeń chorobami zakaźnymi, w tym także szczególnie niebezpiecznymi. Realizacja przepisów nowej ustawy pozwoli na koordynację działań służb sanitarnych, organów administracji publicznej odpowiedzialnych za bezpieczeństwo publiczne oraz podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne, mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie ognisk zachorowań i ograniczanie rozprzestrzeniania się epidemii. Ustawa umożliwi realizację kompleksowego programu nadzoru epidemiologicznego, obejmującego badania epidemiologiczne (wraz z oceną aktualnej sytuacji), monitorowanie zachorowalności i umieralności z powodu zakażeń, kompleksowej profilaktyki, nowoczesnej diagnostyki oraz terapii zakażeń i chorób zakaźnych. W uzasadnionych sytuacjach pozwala zastosować przymus poddania się leczeniu i reguluje sposób jego egzekucji.

Krajowy Konsultant w dziedzinie chorób płuc przedstawił także ocenę aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie gruźlicy i tak:

1. Polska znajduje się na 7 miejscu wśród krajów o najwyższej zachorowalności na gruźlicę spośród 27 krajów Unii Europejskiej. Zapadalność na gruźlicę jest w Polsce 3-krotnie wyższa niż w krajach o najlepszej sytuacji epidemiologicznej (kraje skandynawskie, Holandia i Niemcy). Dystans dzielący nas od tych krajów szacowany jest na 25 lat i nie zmienia się, mimo podejmowanych działań w zakresie zapobiegania i leczenia tego schorzenia. Sytuacja ta jest w znacznej mierze następstwem odmienienia historii gruźlicy w Polsce i w krajach Europy Zachodniej. W tych ostatnich – odwrót gruźlicy rozpoczął się już w ostatnich dziesięcioleciach XIX wieku, przed wprowadzeniem leków przeciwprątkowych. W Polsce zjawisko to wystąpiło 50–70 lat później – dopiero w latach 50 ubiegłego wieku.

2. W 2007 roku, po raz pierwszy od 1994 r., nie zarejestrowano spadku zachorowań na gruźlicę; nastąpił nawet nieznaczny wzrost o 0,9%. Ten niewielki jak na razie jednorazowy wzrost, przy występującej od wielu lat znacznej zmienności tempa spadku współczynnika zapadalności nie upoważnia jednak do stwierdzenia, że nastąpiło odwrócenie wieloletniego trendu spadkowego. Takie stanowisko zdaje się potwierdzać liczba zachorowań na gruźlicę w pierwszym półroczu 2008 r., która jest mniejsza od zarejestrowanej w takim samym okresie 2007 r. Należy jednak stwierdzić, że tempo spadku zapadalności na gruźlicę w latach 2003–2007 wynosiło 3,3% i było niższe niż w poprzednim pięcioleciu – 4,3%. Jest ono mierne w skali krajów Unii Europejskiej; tym samym – nic zmniejsza się dystans dzielący Polskę od tych krajów.

3. Na relatywnie niskim poziomie utrzymuje się zachorowalność na gruźlicę wśród dzieci: w 2006 r. – 69 przypadków zachorowań; w 2007 r. – 65. Tempo zapadalności na gruźlicę u dzieci (0–14 r.ż.) w latach 199X1 – 2007 obniżało się i wynosiło (wskaźnik na 100.000); 1990 – 2,0; 2000 – 1,4; 2005 1,6; 2006 1,1; 2007 – 1,2. Zachorowania wśród dzieci stanowiły 0,8% ogółu zachorowań.

4. Najważniejszym problemem w opanowaniu gruźlicy w Polsce jest brak dyscypliny leczenia – co ósmy chory przerywa leczenie i zwiększa liczbę chorych prątkujących, stanowiąc źródło zakażenia. Rezultatem samowolnego przerywania leczenia oraz zmian w zakresie przyjmowanych leków i ich dawek jest powstawanie lekooporności (w tym wielolekowej) prątków, która znacznie zmniejsza szanse wyleczenia i istotnie zwiększa koszty leczenia.

5. Większość chorych na gruźlicę odbywa pierwszy etap leczenia w warunkach szpitalnych, co powinno gwarantować leczenie nadzorowane. Drugi etap leczenia gwarantujący trwałe wyleczenie odbywa się w wielu przypadkach poza nadzorem. Bazą leczenia drugiego etapu winny być placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

6. Występują zakłócenia w wykrywaniu i zgłaszaniu zachorowań na gruźlicę przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze przedłożoną analizę sytuacji oraz uwzględniając konieczność podjęcia działań na rzecz poprawy monitorowania gruźlicy i zwrócenie uwagi lekarzy rodzinnych na ten problem, przewiduję przekazanie powyższych informacji o sytuacji epidemiologicznej w dziedzinie gruźlicy *Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Polskiemu Towarzystwu Medycyny Rodzinnej* w celu wypracowania, w porozumieniu z *Krajowym Konsultantem w dziedzinie chorób płuc* oraz Państwową Inspekcją Sanitarną, sposobu postępowaniu z pacjentami chorymi na gruźlicę, na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Adam Fronczak

2.6. Sprawy personelu medycznego

2.6.1. Migracje zarobkowe i uprawnienia pracownicze

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-527434-VIII/06/MPR

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 3 kwietnia 2006 r.

Pan
Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Od dłuższego czasu polskie media publikują informacje o odpływie wykwalifikowanych pracowników z polskiego rynku pracy. Najczęstszym kierunkiem migracji zarobkowej są kraje tzw. „Starej Unii”, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, a także kraje położone na kontynencie północnoamerykańskim.

Obserwuję z dużym niepokojem, że proces ten dotyczy także członków personelu medycznego. Powody wyjazdów z Polski bywają różne. Jednak za każdym z nich pojawia się jeden główny wątek, którym są zbyt niskie wynagrodzenia w stosunku do wkładanego w pracę wysiłku. Treść różnorodnych publikacji wskazuje na to, że już w tej chwili w niektórych rejonach Polski brakuje lekarzy, pielęgniarek lub też położnych, a przedstawiane prognozy zakładają iż sytuacja w najbliższych latach jeszcze się pogorszy. Z wypowiedzi osób pracujących poza granicą Polski (przeważnie lekarzy) należy wnioskować, że pobyt w innych krajach traktowany jest jako docelowy – przynajmniej do końca kariery zawodowej.

Zjawisko migracji jest dwójnasób szkodliwe, gdyż po pierwsze państwo polskie szkoli wykwalifikowany personel, który nie wykorzystuje swoich umiejętności w Polsce, zaś po drugie proces ten utrudnia dostęp do opieki medycznej.

W związku z powyższym działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147) zwracam się

z uprzejmą prośbą do Pana Ministra o szczegółowe informacje dotyczące skali problemu – odpływu personelu medycznego z polskiego rynku pracy – na podstawie informacji posiadanych przez Ministerstwo oraz o krokach jakie są podejmowane lub mają być podjęte w celu wyeliminowania tego niekorzystnego dla Polski procesu.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu

Anna GRĘZIAK

MZ-DS-W-073-1464-1/IG/06

Warszawa, 8 maja 2006 r.

Pan

Janusz Kochanowski

Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-527434-VIII/06/MRP w sprawie migracji zarobkowej personelu medycznego, zwracam się z prośbą o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Mając na uwadze zaistniałe po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej obawy przed odpływem z kraju pracowników ochrony zdrowia, Ministerstwo Zdrowia podjęło próbę przygotowania analizy procesu migracji, po roku obecności Polski w Unii Europejskiej. W październiku 2005 r. Rząd przyjął „Informację na temat zjawiska migracji personelu medycznego i kierunków działań ograniczających możliwe zagrożenia”. Celem opracowania przedmiotowego dokumentu było dokonanie oceny aktualnej skali i przyczyn migracji personelu medycznego, określenie głównych tendencji i kierunków migracji oraz stanu zabezpieczenia kadr medycznych w kraju, a także opracowanie informacji dotyczących potrzeb kształcenia specjalistów ochrony zdrowia.

Z powziętych ustaleń wynika, iż najczęstszymi czynnikami warunkującymi podjęcie decyzji o migracji są niskie wynagrodzenie w ochronie zdrowia, trudne warunki pracy oraz ograniczone możliwości rozwoju zawodowego.

Za podstawę do oszacowania skali zainteresowania wyjazdem za granicę przyjęto liczbę zaświadczeń wydanych w celu uznania kwalifikacji zawodowych w innych państwach członkowskich UE. W chwili obecnej nie jest jednak znana liczba osób, które podjęły pracę za granicą po przystąpieniu Polski do UE. Ilość wydanych zaświadczeń świadczy jedynie o zainteresowaniu podjęciem pracy za granicą. Ww. dane nie mogą zatem stanowić podstawy do sporządzenia pełnej oceny skali migracji personelu medycznego. Można natomiast wnioskować, iż odpływ specjalistów z Polski nie jest obecnie procesem masowym i nie powinien w najbliższym czasie spowodować zagrożenia dla systemu ochrony zdrowia.

Jak wynika z informacji podanych przez samorzady zawodowe, według stanu na dzień 31 grudnia 2005 r., spośród personelu aktywnego zawodowo procentowa liczba ogółem wydanych zaświadczeń wynosiła dla lekarzy 3,6%, dla lekarzy dentyistów 4,6%, a łącznie dla pielęgniarek i położnych 1,4%.

Należy również mieć na uwadze, że migracja specjalistów ochrony zdrowia zależy od rodzaju posiadanej specjalizacji oraz uwarunkowań regionalnych. Największe zainteresowanie pobieraniem zaświadczeń pozwalających ubiegać się o zatrudnienie w innych krajach UE, według stanu na dzień 31 grudnia 2005 r. odnotowano wśród lekarzy posiadających następujące specjalizacje:

- anestezjologii i intensywnej terapii (13,8%),
- chirurgii klatki piersiowej (11,2%),
- chirurgii plastycznej (11,9%),
- chirurgii ogólnej (5,08%).

Na obecnym etapie trudno prognozować dalszy przebieg zjawiska migracji. Jednakże mając na uwadze fakt, iż nadmierny odpływ wykwalifikowanych kadr medycznych może spowodować zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia, migracja pracowników ochrony zdrowia wymaga wnikliwej obserwacji oraz wdrożenia działań zapobiegających ewentualnym zagrożeniom. Dlatego też w bieżącym roku kontynuowany jest monitoring przedmiotowego zjawiska.

Powyższy dokument opracowany zostanie, wg harmonogramu zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia przewidującego współpracę z:

- Centrum Monitorowania Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, przedstawicielami samorządów zawodowych lekarzy i pielęgniarek,
- Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia,
- Konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w poszczególnych dziedzinach medycyny,

- Głównym Urzędem Statystycznym,
- przedstawicielami wojewódzkich samorządów terytorialnych,
- Urzędem Integracji Europejskiej w zakresie opracowania dalszych ekspertyz nt migracji personelu wysokowykwalifikowanego,
 - WHO w zakresie monitoringu migracji personelu medycznego.

Realizacja zadania monitorowania procesu migracji personelu medycznego następowała będzie poprzez:

- dokonanie oceny aktualnych zasobów kadr medycznych funkcjonujących w publicznych i niepublicznych podmiotach ochrony zdrowia według danych statystyki medycznej,
 - dokonanie oceny aktualnych zasobów kadr medycznych w poszczególnych województwach ze szczególnym uwzględnieniem optymalnego rozmieszczenia kadr na terytorium kraju,
 - dokonanie oceny dynamiki zjawiska migracji na podstawie liczby wydawanych zaświadczeń do celów uznania kwalifikacji personelu medycznego za granicą, w okresach półrocznych,
 - dostosowanie limitów kształcenia kadr medycznych do potrzeb rynku ochrony zdrowia wobec zjawiska migracji,
 - opracowanie priorytetowych zadań zmierzających do przeciwdziałania negatywnym
 - skutkom migracji personelu medycznego.

Dokonanie oceny zabezpieczenia kadr medycznych w kraju zostanie opracowane dla poszczególnych regionów. W tym celu wystosowana została do wojewodów prośba o współpracę i dokonanie oceny zabezpieczenia kadr medycznych na terenie województwa. We współpracy z korporacjami zawodowymi kolejnej analizie poddana będzie liczba wydawanych zaświadczeń w korelacji z liczbą aktywnych zawodowo na terenie kraju lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych. Ponadto, w razie wystąpienia problemów na rynku pracy Minister Zdrowia w ramach posiadanych kompetencji będzie mógł rozszerzyć limity przyjęć na uczelnie medyczne oraz zwiększyć liczbę miejsc rezydenckich finansowanych z budżetu państwa.

Jednocześnie podkreślić należy, iż jednym z rozwiązań mających zapobiec rozszerzeniu się skali migracji personelu medycznego są podejmowane w ostatnim czasie przez Rząd działania zmierzające do zwiększenia wysokości wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. Zgodnie z poleceniem Prezesa Rady Ministrów, Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia zajął się wypracowaniem propozycji rozwiązań, jakie stanowiąc będą podstawę do przeznaczenia możliwie największej części dodatkowych środków finansowych, które zgodnie z obecnymi przewidywaniami

zasilą system ochrony zdrowia w 2007 r., na podwyższenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. W skład specjalnie powołanego dla powyższego celu podzespołu działającego przy Trójstronnym Zespole weszli przedstawiciele strony rządowej, pracodawców działających w ochronie zdrowia oraz związków zawodowych zrzeszających pracowników ochrony zdrowia. W pracach uczestniczył również, w charakterze obserwatora przedstawiciel Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. Opracowane rozwiązania umożliwiają przekazanie zakładom opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych z przeznaczeniem na podwyższenie o 30% wynagrodzeń, przy jednoczesnym określeniu ustawowych gwarancji, że środki te nie będą przez kierowników zakładów wykorzystane na inne cele.

Sfinansowanie wzrostu wynagrodzeń możliwe będzie dzięki przeznaczeniu dodatkowych środków w wysokości ok. 4 mld zł, które wpłyną do Narodowego Funduszu Zdrowia w 2007 r. i pochodzić będą z trzech źródeł:

- finansowania systemu ratownictwa medycznego z budżetu państwa przy jednoczesnym pozostawieniu w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia środków obecnie przeznaczanych na ten cel,
- wzrostu składki ubezpieczenia zdrowotnego o 0,25% do poziomu 9% podstawy wymiaru, określonego w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- przybliżenia wysokości środków przekazywanych na pokrycie składek osób ubezpieczonych, za które składki opłacane są z budżetu państwa do wysokości składki opłacanej przez pozostałych ubezpieczonych.

Dodatkowe środki planuje się również uzyskać przeprowadzając dalszą racjonalizację wydatków na leki oraz poprawiając efektywność wydatkowania środków w ochronie zdrowia. Środki finansowe na ochronę zdrowia wzrosną w 2007 r. szacunkowo o ok. 15% w stosunku do ilości środków finansowych przeznaczanych obecnie w systemie ochrony zdrowia.

Z poważaniem

/-/ Anna Gręziak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-527434-VIII/06/MPR

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 23 stycznia 2007 r.

Pan
Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 maja 2006 r., znak: MZ-DS-W-073-1464/IG/06, w którym Rzecznik Praw Obywatelskich został poinformowany o przygotowywanych planach rozwiązań mających zapobiec rozszerzeniu się skali migracji personelu medycznego, pragnę poinformować Pana Ministra, iż Rzecznik w dalszym ciągu jest zainteresowany podjętymi (jak i planowanymi) w tej sprawie działaniami.

Z informacji zawartej w artykule pt.: „Szpitalom brakuje młodych lekarzy i specjalistów”, który pojawił się w „Gazecie Prawnej” dnia 18 stycznia 2007 r. wynika, iż Ministerstwo Zdrowia opracowuje kompleksowy raport oceniający skalę zjawiska migracji personelu medycznego od momentu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej.

Mając na uwadze powyższe zwracam się na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147) do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o przekazanie rzezczonego raportu oraz o poinformowanie o działaniach jakie są podejmowane lub mają być podjęte w celu zapobieżenia zjawisku masowej migracji pracowników służby zdrowia i jego negatywnym skutkom.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DS-W-641-2166-1/KN/07

Warszawa, 15 lutego 2007 r.

Pan
Prof. Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 stycznia 2007 r. znak RPO-527434-VII/06/MRP w sprawie działań mających zapobiec rozszerzeniu się skali zjawiska migracji personelu medycznego uprzejmie przekazuję następujące informacje w sprawie.

Wyniki monitorowania migracji lekarzy, pielęgniarek i położnych w celu podjęcia pracy w innych krajach wykazują, że w pierwszym roku po akcesji Polski do Unii zainteresowanie pracą za granicą było znacznie wyższe niż w roku następnym. Migracja personelu medycznego jest zjawiskiem negatywnym dla systemu ochrony zdrowia, bowiem stanowi utratę wykwalifikowanych profesjonalistów. Kształcenie kadr medycznych jest kosztowne i długotrwałe. Zahamowanie tego zjawiska wymaga kompleksowych działań reformujących system ochrony zdrowia.

Działania te realizowane są w ramach programu określonego w przyjętej przez Radę Ministrów „Informacji o sytuacji w ochronie zdrowia” zaprezentowanej dnia 7 czerwca 2006 r. przez Ministra Zdrowia w Sejmie RP. Zawarty w Informacji program działań zmierzających do naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce obejmuje w szczególności:

- uruchomienie systemu ratownictwa medycznego,
- utworzenie sieci szpitali,
- opracowanie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, usprawnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia,
- wprowadzenie nowych form ubezpieczeń zdrowotnych (dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych, obowiązkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych),
- włączenie funduszu chorobowego administrowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
- wprowadzenie finansowania kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC,
- opracowanie projektu ustawy o ustroju ochrony zdrowia.

W dokumencie tym określone zostały również źródła sfinansowania wskazanych wyżej działań oraz wskazana została projekcja wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007–2009. Aktualnie część wymienionych powyżej działań jest już zrealizowana a inne są na etapie zaawansowanej realizacji.

W ramach realizacji zadań określonych w ww. dokumencie opracowana została ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz.1076) umożliwiająca Narodowemu Funduszowi Zdrowia przekazanie świadczeniodawcom środków na podwyższenie wynagrodzeń zatrudnianych przez nich osób. Z uwagi na fakt, iż środki na wzrost wynagrodzeń przekazywane w ramach ww. ustawy pochodzą z NFZ koniecznym było równe potraktowanie wszystkich świadczeniodawców – publicznych jak i niepublicznych. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) w oparciu o którą działa Narodowy Fundusz Zdrowia statuuje bowiem zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców.

Ograniczenie czasowe obowiązywania regulacji zawartych w ustawie do lat 2006–2007 nie oznacza, że po upływie tego okresu środki na podwyższenie wynagrodzeń zostaną wycofane z systemu. Ukształtowane w wyniku zastosowania ustawy wynagrodzenia w roku 2008 i latach kolejnych będą mogły być podwyższane na zasadach ogólnych w ramach wzrostu wartości kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców z NFZ.

Jednocześnie należy wyjaśnić, iż szereg czynników sprzyjających podejmowaniu pracy w innych krajach przez polskich lekarzy i pielęgniarki leży poza możliwościami naszego oddziaływania. Wiele krajów na świecie boryka się z brakiem wystarczającej liczby wykwalifikowanych kadr medycznych. W związku z tym między innymi z takich krajów jak Polska, personel medyczny jest aktywnie werbowany do pracy za granicą przez odpowiednie firmy.

Zjawisko migracji personelu medycznego wymaga dalszego systematycznego monitorowania i takie zadanie będzie kontynuowane. Raport z realizacji programu monitorowania migracji lekarzy, pielęgniarek i położnych w okresie dwóch lat po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, którego treść przysyłam również w załączeniu.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Jarosław Pinkas

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 12 marca 2008 r.

RPO-527434-III/06/MPR

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do pisma z dnia 15 lutego 2007 r., znak: MZ-D-S-W-641-2166/KN/07 i raportu przekazanego dnia 20 lutego 2007 r., pt.: „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” – pragnę poinformować Panią Ministra, iż Rzecznik Praw Obywatelskich w dalszym ciągu jest zainteresowany różnorodnymi zagadnieniami związanymi z migracją personelu medycznego.

W kręgu zainteresowań Rzecznika przede wszystkim pozostają zagadnienia związane ze skalą migracji personelu medycznego i podejmowanymi przez Ministerstwo Zdrowia działaniami, których celem jest zapobieżenie powyższemu zjawisku (oczywiście, gdy migracja przybiera „lawinowe” rozmiary) oraz jego negatywnym skutkom.

W związku z tym zwracam się, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), z uprzejmą prośbą do Pani Minister o informacje o skali migracji personelu medycznego, a także o informacje o działaniach podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DS.-W 073-2540-5/KN/08

Warszawa, 27 marca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo z dnia 12 marca znak:RPO-527434-III/06/MRP, w sprawie migracji personelu medycznego, przedstawiam następujące wyjaśnienia.

Zgodnie z raportem przekazanym dnia 20 lutego 2007 r., pt. „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” rzeczywista liczba personelu medycznego, który podjął pracę za granicą nie jest znana. Monitorowanie skali migracji kadr medycznych prowadzi się nadal w oparciu o analizę danych o liczbie wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych przez samorządy zawodowe.

Według danych z dnia 31. 12 2007 r., pracę za granicami kraju mogło podjąć ok. 6 724 lekarzy, 1 924 lekarzy dentyistów oraz 9 316 pielęgniarek i położnych.

Jednoznacznie należy stwierdzić, że w Polsce mamy poważny deficyt kadr medycznych.

Przyczyn tego deficytu należy doszukiwać się w wieloletnim nie dofinansowaniu zarówno w kształcenie kadr jak i w cały system ochrony zdrowia.

Przyczyna emigracji kadr medycznych to przede wszystkim niskie wynagrodzenie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, ale również trudne warunki pracy i kształcenia podyplomowego. Zmiana tej sytuacji może nastąpić wyłącznie poprzez głębokie zmiany systemowe i takie kierunki działań podejmuje resort zdrowia.

W Ministerstwie Zdrowia został opracowany program działań na rzecz reemigracji kadr medycznych, który przewiduje również liczne działania likwidowania barier zdobywania specjalizacji i innych form dokoształcania, o które od kilku lat postulowało środowisko zawodowe. Program przewiduje następujące działania:

1. Ułatwienia dla osób wykonujących zawód lekarza w zakresie uzyskiwania specjalizacji lekarskich

- Zniesienie podziału na specjalizacje podstawowe i szczegółowe (tzw. modułowy system specjalizacji), co doprowadzi do skrócenia okresu spe-

cializacji (zwłaszcza w specjalizacjach szczegółowych) oraz dostosowanie długości programu specjalizacji do wymagań dyrektywy unijnej i zaleceń Europejskiej Unii Specjalizacji Medycznych,

- Zamiar zniesienia stażu podyplomowego (13-miesięcznego) i rozpoczęcia specjalizacji w trybie rezydentury po zaliczeniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) od 15 września.

- Rezygnacja z rozmowy kwalifikacyjnej w postępowaniu kwalifikacyjnym do specjalizacji (pozwoli na skrócenie i zobiektywizowanie postępowania kwalifikacyjnego opierając go przede wszystkim o wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) i inne obiektywne kryteria takie jak np. oceny z przedmiotów cząstkowych wymaganych na LEP),

- Zmiana warunków akredytacji – weryfikacja wymogów stawianych jednostkom (np. w odniesieniu do wymagań odnoszących się do bazy sprzętowej lub dydaktycznej tam gdzie nie jest to niezbędne) tak aby znacząco zwiększyć liczbę miejsc akredytowanych, co obecnie stanowi istotną barierę w możliwości otwierania specjalizacji,

- Weryfikacja i urealnienie programów specjalizacji, które w niektórych przypadkach są nadmiernie rozbudowane, przez co tworzą barierę dla osób specjalizujących się w mniejszych ośrodkach,

- Rezygnacja z egzaminu praktycznego w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym (PES) kończącym specjalizację,

- Zróżnicowanie uposażenia rezydenta w zależności od etapu stażu specjalizacyjnego (wyższe uposażenie w drugim etapie specjalizacji),

- Wykorzystanie środków Europejskiego Funduszu Społecznego w priorytecie Kapitał Ludzki, do dofinansowania kosztów kursów specjalizacyjnych w wybranych, istotnych z punktu widzenia społecznego i epidemiologicznego specjalizacjach (działanie nie wymagające zmian w rozporządzeniu),

- Zmiana rozporządzenia o obowiązku doskonalenia zawodowego, poprzez zwiększenie liczby punktów edukacyjnych uzyskiwanych przez osoby pełniące funkcje kierowników specjalizacji, co będzie stanowiło zachętę do prowadzenia w jednostce specjalizacji.

2. Dostosowanie systemu kształcenia kadr medycznych do zmieniających się warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

- Utworzenie nowych kierunków kształcenia w systemie szkolnictwa średniego (np. opiekun medyczny)

- Wprowadzenie zmian w systemie kształcenia terapeutów zajęciowych polegających na umożliwieniu kształcenia w systemie szkolnictwa wyższego na studiach pierwszego stopnia kierunku terapia zajęciowa, co również umożliwi osobom posiadającym tytuł zawodowy terapeuty zaję-

ciowego uzyskanie wysokich kwalifikacji zawodowych poprzez podejmowanie studiów pierwszego stopnia.

- Wprowadzenie mechanizmów prawnych umożliwiających prowadzenie studiów pomostowych na niektórych kierunkach studiach m, in, analityka medyczna, fizjoterapia, techniki dentystyczne, ratownictwo medyczne, dietetyka.

3. Dostosowanie systemu kształcenia kadr medycznych do rozwoju wiedzy medycznej i wzrostu aspiracji edukacyjnych w poszczególnych zawodach medycznych

- Zamykanie w systemie szkolnictwa średniego kształcenia w wybranych zawodach medycznych oraz równoległe kształcenie w wybranych zawodach w systemie szkolnictwa średniego i wyższego wynika z rozwoju wiedzy medycznej i wzrostu aspiracji edukacyjnych w poszczególnych zawodach medycznych.

- Dostosowanie systemu kształcenia w zawodach medycznych do kształcenia w innych krajach Unii Europejskiej. Przykładem jest tutaj zawód elektroradiologa – niemal we wszystkich krajach Unii Europejskiej kształcenie w zawodzie elektroradiologa odbywa się w systemie szkolnictwa wyższego.

4. Uregulowanie kwalifikacji i zasad wykonywania zawodu farmaceuty

- Opracowanie projektu ustawy o zawodzie farmaceuty, która uporządkuje w jednym akcie prawnym określone w dotychczasowych aktach prawnych wymagania kwalifikacyjne uprawniające do podejmowania i wykonywania zawodu farmaceuty, zasady dostępu do wykonywania zawodu farmaceuty, wymogi formalne, które muszą być spełnione w przypadku świadczenia przez farmaceutów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej usług w tym zakresie oraz zasady doskonalenia zawodowego.

- Koszty związane ze specjalizacją, tj. opłaty za postępowanie kwalifikacyjne, realizację programu specjalizacji oraz egzamin państwowy, ponosi farmaceuta. Jednakże kompatybilnie do przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, projekt przewiduje możliwość dofinansowania kursów realizowanych przez jednostki szkolące z budżetu państwa z części właściwej dla ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Uregulowanie kwalifikacji i zasad wykonywania zawodów medycznych, które nie są objęte dotychczas regulacjami ustawowymi

- Przygotowany jest projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych, który w sposób kompleksowy ureguje kwalifikacje i zasady wy-

konywania wybranych zawodów medycznych, które nie są objęte dotychczas regulacjami ustawowymi w Rzeczypospolitej Polskiej a uregulowane są w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej tj. asystentka dentystyczna, dietetyk, fizjoterapeuta, higienistka dentystyczna, higienistka szkolna, logopeda, masażysta, opiekunka dziecięca, optometrysta, optyk okularowy, ortoptystka protetyk słuchu, psychoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy.

- Uregulowanie kwalifikacji i zasad wykonywania zawodów medycznych, objętych ww. projektem ustawy wpłynie na zatrudnianie w zakładach opieki zdrowotnej osób o wysokich kwalifikacjach oraz stworzy możliwość doskonalenia i rozwoju zawodowego osobom wykonującym zawód medyczny.

6. Zagwarantowanie powszechnego dostępu kadr medycznych, w ramach kształcenia podyplomowego, do zdobywania i odnawiania wiedzy i umiejętności

- W zakresie kształcenia ustawicznego pozostałych kadr medycznych zasadnym wydaje się opracowanie i wdrożenie na podstawie delegacji zawartych w projekcie ustawy o niektórych zawodach medycznych – systemu doskonalenia zawodowego w pozostałych zawodach medycznych.

- Niezbędne będzie dokonanie ewaluacji systemu kształcenia ustawicznego ratowników medycznych, farmaceutów oraz uregulowanie sposobu i trybu kształcenia ustawicznego dla pozostałych zawodów medycznych np. techników dentystycznych, fizjoterapeutów, dietetyków, techników farmaceutycznych.

- Opracowanie i wdrożenie na podstawie delegacji zawartej w projekcie ustawy o niektórych zawodach medycznych, przepisów umożliwiających dofinansowanie odbywanych w ramach kształcenia ustawicznego, specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych. Osoby wykonujące zawody medyczne objęte projektowaną ustawą nie miały dofinansowanych kosztów specjalizacji (np. fizjoterapeuci, logopedzi, technicy dentystyczni).

- Usprawnienie procedur związanych z realizowaniem procesu specjalizacji diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów oraz innych osób wykonujących zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, co umożliwi osobom przystępującym do specjalizacji podniesienie kwalifikacji poprzez uzyskanie specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie.

7. Rozwój nauk medycznych oraz umocnienie pozycji jednostek naukowo-badawczych

- Zachętę do powrotu do kraju mogą stanowić widoczny i dynamiczny rozwój nauk medycznych oraz umocnienie ich pozycji w Europie, a także umocnienie pozycji jednostek badawczo-rozwojowych kreujących postęp nauki i wdrażających wyniki prac badawczych w praktyce jako świadczeniodawcy usług na najwyższym poziomie referencyjnym.

8. Działania w zakresie poprawy warunków pracy i wynagrodzenia kadr medycznych

A. Systemowe zmiany w ochronie zdrowia dotyczące zarządzanie ochroną zdrowia;

- zrównanie sytuacji prawnej publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej;

- wyeliminowanie zjawiska przenoszenia kosztów prywatnego leczenia na publiczny system ochrony zdrowia;

- zwiększenie nadzoru ze strony Ministra Zdrowia nad działalnością w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych – UNUZ,

B. Systemowe zmiany w ochronie zdrowia w zakresie finansowania świadczeń medycznych

- wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, co pozwoli zasilić system publicznej ochrony zdrowia dodatkową kwotą ok. 3 mld zł rocznie.

- ustalenie przejrzystych zasad tworzenia listy leków refundowanych.

C. Systemowe zmiany w ochronie zdrowia dotyczące pracowników ochrony zdrowia

- zmiany na rzecz młodych lekarzy i pielęgniarek w zakresie ułatwienia doskonalenia zawodowego,

- podwyżki dla stażystów i rezydentów (rezydenci o 41%)

- zwiększenie liczby rezydentur o ok. 1000

- ułatwienie specjalizacji młodych lekarzy – korzystne dla młodych lekarzy zmiany w zasadach przystępowania do LEP,

- otwieramy dostęp do deficytowych specjalizacji

Aktualnie trwają prace legislacyjne w Sejmie nad projektami systemowych zmian w ochronie zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 20 marca 2009 r.

RPO-527434-III/06/MPR

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do treści pisma z dnia 27 marca 2008 r., znak: MZ-D-S-W-073-2540-5/KN/08 i przedstawionego w nim wielopunktowego programu na rzecz reemigracji kadr medycznych, pragnę poinformować Panią Minister, iż Rzecznik Praw Obywatelskich w dalszym ciągu jest zainteresowany zagadnieniami związanymi z migracją personelu medycznego. W kręgu zainteresowań Rzecznika pozostają zagadnienia dotyczące skali migracji personelu medycznego i działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia, których celem jest zapobieżenie negatywnym skutkom tego zjawiska.

Zdaniem Rzecznika zjawisko odpływu personelu medycznego z polskiego rynku pracy – mimo nasilającego się zjawiska reemigracji – w dalszym ciągu będzie występowało i może nawet ulec nasileniu. Świadczyć o tym mogą pojawiające się w mediach informacje o zapotrzebowaniu w poszczególnych krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego (oraz innych krajach, np. Australii) na przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych wchodzących w skład personelu medycznego (najczęściej lekarzy). Jednocześnie trzeba zauważyć, że Polska nie jest atrakcyjnym migracyjnie państwem dla wysoko wykwalifikowanych obcokrajowców. W związku z czym w najbliższej przyszłości mogą ujawnić się problemy wynikające z niedoboru personelu medycznego.

Mając na uwadze powyższe i działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o informacje o skali migracji personelu medycznego a także o informację o działaniach podejmowanych w poruszanej sprawie przez Ministerstwo Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20 kwietnia 2009 r.

MZ-DS-OP-079-2865-3/MM/09

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

Odpowiadając na pismo z dnia 20 marca br. (znak: RPO-527434-III/06/MPR) dotyczące migracji personelu medycznego, przedstawiam poniżej informacje na temat skali migracji personelu medycznego oraz informacje o działaniach podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Zjawisko migracji personelu medycznego monitorowane jest poprzez rejestrację liczby wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w celu podjęcia pracy w krajach UE. Jednocześnie, należy zaznaczyć że, liczba wydanych zaświadczeń nie jest jednoznaczna z liczbą osób, które faktycznie wyjechały z kraju i podjęły pracę w innym kraju UE. Liczbę tę należy traktować jako wskaźnik zainteresowania personelu medycznego podjęciem pracy za granicą. Liczba osób, które faktycznie podjęły pracę za granicą po przystąpieniu RP do UE nie jest dokładnie znana.

Z informacji uzyskanych z Naczelnej Izby Lekarskiej i Związku Zawodowego Anestezjologów wynika, że znaczna większość lekarzy pobierających zaświadczenia podejmuje pracę za granicą na czas określony np.: na 3 miesiące. W praktyce stosowane są również takie umowy z pracodawcą zagranicznym, że 4 lekarzy podpisuje umowę na rok po 3 miesiące każdy z nich. Wówczas, kiedy lekarz po trzech miesiącach pracy za granicą wraca do kraju, następny z nich wyjeżdża z kraju do pracy za granicą. Inną stosowaną formą zatrudnienia lekarzy za granicą jest umowa na pracę w weekendy. Przytaczane są również przykłady, kiedy po otrzymaniu zaświadczenia przez lekarza nie podejmuje on żadnej formy zatrudnienia za granicą. Natomiast w środowisku pielęgniarek obserwowane jest zjawisko migracji do pracy za granicą bez pobierania zaświadczeń o kwalifikacjach. Pielęgniarki często podejmują pracę za granicą w opiece długoterminowej lub domach opieki społecznej w okresie urlopu bezpłatnego uzyskanego w swoim zakładzie pracy.

Lekarze

Według danych uzyskanych z NIL w okresie pierwszego roku po przystąpieniu Polski do UE spośród lekarzy aktywnych zawodowo w kraju, 3% lekarzy pobrało zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do podjęcia pracy w innych krajach UE.

Na koniec 2008 roku liczba wydanych zaświadczeń stanowiła 6,13%. Dla lekarzy dentyków ze specjalizacją do dnia 31 grudnia 2008 r. wydano 2069 zaświadczeń, co stanowi 6,70% osób zarejestrowanych jako aktywnych zawodowo w kraju.

Ponadto, według aktualnych danych, od dnia przystąpienia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej do dnia 31 marca 2009 r., Minister Zdrowia jako organ właściwy do wydawania zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje do wykonywania na terytorium RP tzw. *regulowanych zawodów medycznych*, wydał łącznie 1535 zaświadczeń, w tym 1093 dla fizjoterapeutów. Do katalogu *regulowanych zawodów medycznych* należą: asystentka dentycka, diagnosta laboratoryjny, dietetyk, felczer, fizjoterapeuta, higienistka dentycka, higienistka szkolna, logopeda, masażysta, opiekunka dziecięca, optometrysta, optyk okularowy, ortoptysta, protetyk sluchu, ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, technik analityki medycznej, technik dentycki, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda. Należy jednak podkreślić, iż liczba wydanych zaświadczeń dla ww. grupy zawodów nie jest równoznaczna z liczbą personelu medycznego, który w rzeczywistości zdecydował się na podjęcie za granicą pracy zawodowej w ostatnim okresie.

Odnosząc się do działań podejmowanych przez MZ w celu zapobieżenia negatywnemu zjawisku migracji, uprzejmie informuję, że podjęte zostały działania mające na celu doprowadzenie do udrożnienia i uelastycznienia systemu kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków oraz stworzenie szerszych możliwości rozwoju zawodowego tej grupy zawodowej.

Likwidacja barier administracyjnych w rozwoju zawodowym lekarzy może przyczynić się do zmniejszenia zjawiska emigracji (utrudniania w rozwoju zawodowym są drugą – po niskich wynagrodzeniach – przyczyną emigracji lekarzy).

Wśród przygotowywanych zmian należy wymienić następujące:

- Zniesienie podziału na specjalizacje podstawowe i szczegółowe (tzw. modułowy system specjalizacji), co doprowadzi do skrócenia okresu specjalizacji (zwłaszcza w specjalizacjach szczegółowych oraz dostosowanie długości programu specjalizacji do wymagań dyrektyw unijnej i zaleceń Europejskiej Unii Specjalizacji Medycznych.

- Zmiana warunków akredytacji – weryfikacja wymogów stawianych jednostkom (np. w odniesieniu do wymagań odnoszących się do bazy sprzętowej lub dydaktycznej tam gdzie nie jest to niezbędne) tak aby znacząco zwiększyć liczbę miejsc akredytowanych, co obecnie stanowi istotną barierę w możliwości otwierania specjalizacji.

- Weryfikacja i urealnienie programów specjalizacji, które w niektórych przypadkach są nadmiernie rozbudowane, przez co tworzą barierę dla osób specjalizujących się w mniejszych ośrodkach.

- Rezygnacja z egzaminu praktycznego w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym (PES) kończącym specjalizację.

- Zróżnicowanie uposażenia rezydenta w zależności od etapu stażu specjalizacyjnego (wyższe uposażenie w drugim etapie specjalizacji) oraz w specjalizacjach uznanych za priorytetowe.

Oprócz tego wdrożono działania mające na celu wykorzystanie środków Europejskiego Funduszu Społecznego w priorytecie Kapitał Ludzki, do dofinansowania kosztów kursów specjalizacyjnych w wybranych, istotnych z punktu widzenia społecznego i epidemiologicznego specjalizacjach (kardiologia, dziedziny onkologiczne, medycyna pracy).

Odnosząc się do systemu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy informuję, że wydane niedawno rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. Nr 170, poz. 1050) wprowadziło zmiany, które spowodowały maksymalne skrócenie okresu od uzyskania przez młodych lekarzy prawa wykonywania zawodu do rozpoczęcia specjalizacji.

Obecnie lekarz, który ukończy staż podyplomowy np. 31 października, może rozpocząć specjalizację już 1 grudnia, a nie jak dotychczas dopiero 1 marca następnego roku.

Ponadto, uproszczono i zobiektywizowano zasady przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację, polegające na rezygnacji z dotychczas przeprowadzanej rozmowy kwalifikacyjnej. W postępowaniu konkursowym w pierwszej kolejności uwzględniany będzie wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (L-DEP), w następnej – średnia ocen uzyskanych podczas studiów. Dotychczas przeprowadzana rozmowa kwalifikacyjna będzie decydować o zakwalifikowaniu do odbywania specjalizacji jedynie w przypadkach, gdy wyżej przytoczone kryteria nie rozstrzygną kolejności lekarzy na liście rankingowej tworzonej po postępowaniu konkursowym. Pragnę zaznaczyć, iż w nowych zasadach zostały także uwzględnione postulaty lekarzy dotyczące możliwości zdawania Lekarskiego Egzaminu Państwowego oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego

przed lub w trakcie stażu podyplomowego, a nie jak dotychczas po jego zakończeniu. Pozwoliło to lekarzom na uzyskiwanie prawa wykonywania zawodu bezpośrednio po stażu podyplomowym.

Podejmowane przez MZ działania w dużym stopniu spełniają oczekiwania lekarzy rezydentów i stażystów i należy sądzić, że przyczyniają się do zmniejszenia skali migracji.

Pielęgniarki i Położne

Według uzyskanych danych, w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r., na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych wydały ogółem 1449 zaświadczeń dla następujących grup zawodowych: mgr pielęgniarstwa – 123; mgr położnictwa – 8; licencjat pielęgniarstwa – 434; licencjat położnictwa – 58; absolwenci medycznych szkół zawodowych (pielęgniarki) – 290; absolwenci medycznych szkół zawodowych (położne) – 95; absolwenci liceów medycznych – 441.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż powyższe informacje o wydanych zaświadczeniach nie są jednoznaczne z liczbą osób, które wyjechały z kraju w celu podjęcia pracy poza jego granicami.

Mając na uwadze zmniejszającą się liczbę czynnych zawodowo pielęgniarek oraz zapewnienie pacjentom świadczeń opiekuńczo-higienicznych Minister Zdrowia spowodował, że od roku 2007 w szkołach medycznych rozpoczęło się kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego. Nowy zawód medyczny został wpisany do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 roku *w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego* (Dz. U. Nr 124, poz. 860). Zadaniem opiekuna medycznego będzie pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w zaspakajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, pomoc w utrzymaniu aktywności społecznej oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów higieniczno-opiekuńczych pacjenta. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej osoby profesjonalnie przygotowanej do wykonywania czynności higieniczno-opiekuńczych pozwoli na efektywniejsze wykorzystanie czasu pracy pielęgniarki.

Należy również zaznaczyć, że ustalane przez Ministra Zdrowia corocznie limity przyjęć na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo, z roku na rok są zwiększane. I tak liczba miejsc przyjęć na te kierunki od roku akademickiego 2003/2004 do roku 2008/2009 wzrosła z 3623 do 18170 miejsc.

Stale rośnie również liczba uczelni prowadzących kierunki pielęgniarstwo i położnictwo, którym Minister Zdrowia udziela akredytacji potwierdzającej spełnianie obowiązujących standardów kształcenia.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia systematycznie monitoruje poziom wynagrodzeń personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach. W okresie

od listopada 2007 r. do czerwca 2008 r. przeciętne wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę w tej grupie personelu medycznego wzrosło o 10,7% (ze średniego poziomu 2759 zł do poziomu 3054 zł).

Wysokość omawianych wynagrodzeń rosła nie tylko w ujęciu ośmiomiesięcznym tj. w okresie listopad 2007 – czerwiec 2008, ale również w ujęciu kwiecień do czerwca 2008 r.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 4 sierpnia 2006 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-537569-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Profesor
Zbigniew Religa

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Pozwalam sobie zwrócić się do Pana Ministra w sprawie zabezpieczenia opieki zdrowotnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności w szpitalach, w związku z niedostatkiem lub brakiem pracowników medycznych gotowych do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz przygotowanych merytorycznie do wykonywania określonego rodzaju usług.

Obawy moje związane są z podejmowanymi przez pracowników medycznych akcjami protestacyjnymi „w sprawie godziwych wynagrodzeń za pracę” oraz odpływem pracowników medycznych spowodowanym wyjazdami do pracy za granicą lub rezygnacją z wykonywania zawodu medycznego. Brak wystarczającej liczby lekarzy i pielęgniarek oraz ko-

nieczność podejmowania dodatkowego zatrudnienia prowadzi nadto do przemęczenia pracowników oraz obniżenia jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Nie bez znaczenia w sprawie jest również niekorzystna struktura demograficzna niektórych grup pracowników medycznych, w tym w szczególności pielęgniarek i położnych, gdzie większość pracowników przekroczyła 40 rok życia.

Z posiadanych informacji wynika, iż nasilają się sytuacje, w których zagrożone są podstawowe prawa pacjentów. Dochodzi bowiem do sytuacji, w której zakłady opieki zdrowotnej – z powodu niedoboru lub braku odpowiednich pracowników medycznych – odmawiają przyjęć pacjentów oraz udzielania zalecanych im świadczeń zdrowotnych, w tym wykonywania zabiegów operacyjnych. Nie są respektowane wcześniejsze ustalenia dotyczące terminu udzielenia porady lub przyjęcia do szpitala i wykonania zabiegów, wynikające z kolejności zgłoszenia, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z póź. zm.). W efekcie, wydłużają się kolejki do lekarzy specjalistów oraz leczenia szpitalnego.

Szczególny niepokój budzi niedobór lekarzy anestezjologów, tj. specjalistów uprawnionych do wykonywania anestezji (znieczulenia do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych), a także intensywnej terapii (tj. postępowania mającego na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenia chorych w stanach zagrożenia życia) oraz reanimacji. Brak wystarczającej liczby tego rodzaju specjalistów w szpitalu, nie tylko uniemożliwia wykonywanie zabiegów operacyjnych, ale stanowi potencjalne zagrożenie praw pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia. Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji niedoboru lekarzy anestezjologów, nie mogą być stosowane standardy postępowania i procedury medyczne dotyczące intensywnej terapii i reanimacji oraz bezpiecznego znieczulenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji (m.in. wymóg, że lekarz anestezjolog może obsługiwać jedno stanowisko znieczulenia), wynikające z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215).

Realność niebezpieczeństwa dla pacjentów związanego z niedostatkami odpowiednio przygotowanych lekarzy anestezjologów potwierdzają m.in. ostatnie doniesienia prasowe (np. (Gazeta Wyborcza: z dnia 26 lipca br. – w artykule pt. „ Śląsk: Pacjent zmarł, bo brakowało doświadczonych

anestezjologów” oraz z dnia 31 lipca br. – w artykule pt. „Anestezjolodzy wyjechali, kto nas znieczuli” – kopie artykułów w załączeniu).

Podnoszony problem zdaje się nasilać i dotyczyć coraz większej liczby publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Stanowi zatem realne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Powstałe również pytanie, czy nasze państwo stać na marnowanie potencjału wykształconych pracowników medycznych, podejmujących pracę za granicą lub rezygnujących z wykonywania zawodu medycznego.

Moim zdaniem, podnoszona sytuacja wymaga nie tylko wnikliwej obserwacji, ale i oceny przyczyn zjawiska oraz wdrożenia działań zapobiegających ewentualnym zagrożeniom, a następnie stałego monitorowania problemu. Nie ulega wątpliwości, że działania na rzecz zatrzymania pracowników medycznych nie mogą przybierać formy jakiegokolwiek przymusu. Instrumenty zachęcające lekarzy, pielęgniarki i położne do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców ubezpieczenia zdrowotnego, poza elementem zapewnienia godziwego wynagrodzenia za pracę, powinny również gwarantować możliwość satysfakcjonującego rozwoju zawodowego, godne warunki wykonywania zawodu (m.in. w sferze organizacji pracy i nadzoru, infrastruktury, zaopatrzenia w sprzęt i materiały medyczne).

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w podnoszonej sprawie.

Będę zobowiązany za przekazanie informacji odnośnie działań Pana Ministra w tej materii, w szczególności w zakresie monitoringu sytuacji oraz aktualnej skali zjawiska i stanu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w publicznych szpitalach, a także odnośnie działań, jakie zamierza Pan Minister podjąć w sygnalizowanej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

Zał. – 2

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20 września 2006 r.

MZ-DS-OP-0762-1750-2/B J/06

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z pismem dnia 4 sierpnia 2006 r. (znak: RPO-537569-X/06/AA) dotyczącym problemu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Problem migracji personelu medycznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej wymaga szczególnej uwagi. W związku z tym, podejmowanych jest szereg działań mających na celu zapobieżenie rozszerzania się skali migracji kadry medycznej.

W 2005 roku opracowany został dokument pn. „Informacja na temat migracji personelu medycznego i kierunków działań ograniczających możliwe zagrożenia”, w którym dokonano analizy procesu migracji personelu medycznego po roku obecności Polski w Unii Europejskiej. Celem powyższego opracowania było określenie głównych tendencji i kierunków migracji oraz stanu zabezpieczenia kadr medycznych w kraju, a także opracowanie informacji dotyczących potrzeb kształcenia specjalistów ochrony zdrowia.

Kolejnym krokiem zmierzającym m.in. do zahamowania procesu migracji personelu medycznego był program przedstawiony podczas Debaty Sejmowej w dniu 7 września br. zawierający propozycje działań zmierzających do naprawy systemu ochrony zdrowia. Do najistotniejszych działań zmierzających do realizacji powyższego celu można zaliczyć: uruchomienie systemu ratownictwa medycznego, określenie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz usprawnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ograniczenie procesu odpływu kadr medycznych z kraju może polegać na podejmowaniu działań zmierzających do eliminowania przyczyn skutkujących decyzją o emigracji. Konstytucja RP zapewnia w art. 65 ust. 1 wszystkim obywatelom wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Swobodny przepływ pracowników stanowi jedną z podstawowych zasad funkcjonowania tzw. rynku wewnętrznego istnieją-

cego w Unii Europejskiej i oznacza, że każdy obywatel państwa członkowskiego ma prawo do pobytu w dowolnie wybranym przez siebie państwie członkowskim Unii Europejskiej, jak również, przyjęcia oferty pracy oraz wykonywania pracy (zawodu). Zatem podejmowane działania mogą polegać m.in. na podwyższeniu wynagrodzeń, poprawie dostępności do specjalizacji, poprawie warunków pracy oraz ułatwianiu możliwości rozwoju zawodowego.

W tym celu dokonuje się zwiększenia limitów kształcenia na kierunkach medycznych oraz liczby miejsc specjalizacji w ramach rezydentury. Przedmiotowe decyzje są jednak ograniczone liczbą miejsc szkoleniowych gwarantujących jakość kształcenia i wysokość środków na finansowanie specjalizacji w ramach rezydentury.

Niepokoje społeczne panujące wśród pracowników ochrony zdrowia oraz konieczność poprawy sytuacji materialnej pracowników sektora ochrony zdrowia przyczyniły się do powołania Międzyresortowego Zespołu do Spraw Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia. Zespół działając na podstawie zarządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 maja 2006 r. przygotował projekt regulacji prawnej powodującej wzrost wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W dniu 6 września br. przepisy ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076) weszły w życie. Przepisy przedmiotowej regulacji określają zasady przekazania dodatkowych środków finansowych świadczeniodawcom na podwyżki wynagrodzeń pracowników. Podstawę przekazania środków na wspomniany cel stanowi umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia. Beneficjentami podwyżek są zarówno osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, jak i udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innej umowy niż umowa o pracę (z wyłączeniem umów określonych w art. 35 ust. 1 pkt 1, 2a i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej /Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

Obecnie Zespół zajmuje się opracowaniem, przy aktywnym udziale przedstawicieli związków zawodowych, pracodawców oraz samorządów zawodów medycznych, propozycji nowych podstaw prawnych zatrudniania i wynagradzania w ochronie zdrowia. W szczególności Zespół prowadzi prace nad określeniem sposobu waloryzacji wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. Wypracowane przez Zespół propozycje rozwiązań zostaną przedłożone Prezesowi Rady Ministrów.

Jednocześnie realizowany jest program monitorowania migracji personelu medycznego w 2006 r.

Celem realizacji programu jest:

- ocena aktualnej skali i przyczyn migracji personelu medycznego oraz ewentualnych skutków dla systemu ochrony zdrowia w kraju.
- ocena stanu zabezpieczenia kadr medycznych w kraju,
- określenie potrzeb kształcenia specjalistów.

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 30.07.2006 r. lekarzom ze specjalizacją anesteziologii i intensywnej terapii wydano 638 zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe do podjęcia pracy za granicą, co stanowi 16% ogólnej liczby aktywnych zawodowo lekarzy tej specjalizacji (3987 osób).

Jak wynika z danych uzyskanych z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pielęgniarkom i położnym wydano 5 912 zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe do podjęcia pracy za granicą, co stanowi 1,9% ogólnej liczby rejestrowanego personelu (308 620 osób). Liczba wydawanych zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje do podjęcia pracy za granicą jest jedynie informacją o skali zainteresowania migracją. Nie jest jednoznaczna z liczbą personelu, który faktycznie emigrował na stałe za granicę.

W celu zapobieżenia rozszerzania się zjawiska migracji zwiększono limity miejsc szkoleniowych w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii. Na przełomie roku 2005/2006 program specjalizacyjny w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii realizuje 1 808 lekarzy. W postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym ostatnio (tj. 1.12.2005 r. – 31.01.2006 r.) program specjalizacji rozpoczęło 241 kandydatów, w tym 83 osoby otrzymały rezydentury. Należy jednak zaznaczyć, że zwiększenie limitów miejsc specjalizacyjnych jest ograniczone przez kadrowe i bazowe możliwości ośrodków szkoleniowych oraz troskę o należyty przebieg i jakość procesu dydaktycznego.

Dodając należy stwierdzić, iż dokonanie oceny zabezpieczenia kadr medycznych w kraju zostanie opracowane dla poszczególnych regionów. W tym celu została wystosowana prośba do wojewodów o współpracę i dokonanie oceny zabezpieczenia kadr medycznych na terenie województw.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Anna Gręziak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-573357-/07/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 26 listopada 2007 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Pozwalam sobie zwrócić się do Pani Minister w sprawie zagrożeń w zakresie zabezpieczenia opieki zdrowotnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności w szpitalach.

Moje zaniepokojenie związane jest z odpływem pracowników medycznych spowodowanym wyjazdami do pracy za granicą lub rezygnacją z wykonywania zawodu medycznego oraz niekorzystną strukturą demograficzną niektórych grup pracowników medycznych, w tym głównie lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek i położnych.

Z treści dokumentu Ministerstwa Zdrowia pt. „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” – raport z realizacji programu w 2006 r., wynika, że występuje systematyczny spadek liczby zatrudnionego personelu w zakładach opieki zdrowotnej, pomimo wzrostu liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu. W świetle danych uzyskanych od wojewodów, w zakładach opieki zdrowotnej występują duże braki kadrowe w zawodzie lekarza i w zawodzie pielęgniarki. W ocenie autora raportu, migracja polskich lekarzy i pielęgniarek jest negatywnym zjawiskiem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce i stanowi dużą stratę wykwalifikowanego personelu medycznego. Migracja lekarzy dotyczy bowiem w przeważającej większości grupy specjalistów, a w przypadku pielęgniarek i położnych – wykwalifikowanych kadr w grupie osób najmłodszych wiekiem wśród uprawnionych do wykonywania zawodu. W najbliższych latach kryzys kadr medycznych w Polsce może się pogłębiać. Zmiany demograficzne ludności w Polsce będą bezpośrednią przyczyną zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i kadry medyczne, które tych świadczeń udziela.

Zważyć należy również na skutki wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2008 r. nowej regulacji w sprawie czasu pracy lekarzy, zawartej w ustawie z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej ... (Dz. U. Nr 176, poz. 1240). Nowela ta dostosowuje dotychczasowe regulacje do przepisów dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy, w wykładni przyjętej przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości. W świetle przepisów powołanej ustawy, czas pełnienia dyżuru medycznego przez lekarzy oraz innych posiadających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny, wlicza się do czasu pracy (art. 32j). Ustawa zakłada, że tygodniowy wymiar czasu pracy lekarza nie może przekroczyć 48 godzin na tydzień, wliczając doń czas pełnienia dyżuru medycznego. Ustawodawca dopuszcza przekroczenie tego limitu tylko za pisemną, dobrowolnie wyrażoną zgodą pracownika – tzw. klauzula opt-out (art. 32ja). Ustawa ustala nadto dobowe i tygodniowe normy odpoczynku (art. 32jb).

Nie ulega wątpliwości, że nowela przepisów w sprawie czasu pracy lekarzy spowoduje istotne zmiany, nie tylko w organizacji pracy i zapewnieniu dyżurów medycznych w zakładach opieki zdrowotnej, ale i na rynku usług lekarskich. Konsekwencje tych zmian dotkną również pacjentów. Skrócenie czasu pracy oznacza, że szpitalom będzie jeszcze trudniej niż obecnie zapewnić odpowiednio liczny zespół lekarzy, by chronić życie i zdrowie pacjentów. Tym bardziej, że kierownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie otrzymali dodatkowych środków finansowych na pokrycie wzrostu kosztów pracy szpitali, w tym na zaspokojenie oczekiwań płacowych lekarzy, którzy w wyniku omawianych zmian legislacyjnych uzyskali nowy argument przetargowy w walce o podwyższenie swych dotychczasowych wynagrodzeń za pracę. Pacjentami nadal opiekować się mogą przemęczeni lekarze, zmuszeni do poszukiwania godziwego wynagrodzenia u kilku pracodawców.

Dotychczasowe niedobory kadrowe lekarzy oraz zmiany wymuszone nowymi regulacjami w sprawie czasu pracy lekarzy stanowią realne zagrożenie praw pacjentów. W tych warunkach nie sposób będzie zapewnić pacjentom całodobową i na odpowiednim poziomie opiekę medyczną. Obawiam się kolejnego dramatu pacjentów, związanego z możliwością dodatkowego ograniczania dostępu do lekarzy i zleconych świadczeń zdrowotnych (szczególnie specjalistycznych, zabiegów operacyjnych), a nawet zamykaniem oddziałów szpitalnych i ewakuacją ciężko chorych do innych szpitali.

Z doniesień prasowych wynika, że od nowego roku zabraknie nawet 35 tysięcy lekarzy („Polska” z dnia 8 listopada br. – artykuł pt. „Od nowego roku

zabraknie nawet 35 tys. Lekarzy”), od 1 stycznia szpitalom grozi paraliż („Gazeta Wyborcza” z dnia 14 listopada br. – artykuł pt. „Lekarze: będzie knock-out”), to katastrofa, nie będzie miał kto leczyć („Polska” z dnia 6 listopada br. – artykuł pt. „Od stycznia zabraknie w szpitalach lekarzy”). Uważam, że sytuacja ta wymaga nie tylko wnikliwej obserwacji Ministra Zdrowia, ale i wdrożenia działań zapobiegających ewentualnym zagrożeniom, a następnie stałego monitorowania problemu, zważywszy, że prawo do ochrony zdrowia wyrażone w art. 68 Konstytucji RP, jest fundamentalnym prawem obywateli, a adresatem obowiązków w tym zakresie są władze publiczne.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o wyrażenie stanowiska w podnoszonej sprawie. Będę zobowiązany za przekazanie informacji odnośnie działań Pani Minister w tej materii, w szczególności w zakresie monitoringu sytuacji oraz aktualnej skali zjawiska i stanu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, a także odnośnie działań, jakie zamierza Pani Minister podjąć w tej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-DS-W-073-2438-1/KN/07

Warszawa, 19 grudnia 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo Pana Profesora z dnia 26 listopada 2007 r. znak: RPO-573357-X/07/AA, „w sprawie zagrożeń w zakresie zabezpieczenia opieki zdrowotnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności niedoboru kadr lekarskich w szpitalach” proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Nie ma wątpliwości, że w ostatnich latach deficyt kadr medycznych jest faktem, z którym boryka się wiele zakładów opieki zdrowotnej w Polsce.

Już w 2005 roku w zakładach opieki zdrowotnej brakowało ponad 4 000 lekarzy i około 3 500 pielęgniarek. Szczególnie dotkliwy dla zakładów opieki zdrowotnej jest niedobór specjalistów, w tym przede wszystkim w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Należy jednoznacznie stwierdzić, że aktualne niedobory kadr medycznych są skutkiem kilkunastoletnich zaniedbań w systemie kształcenia lekarzy i pielęgniarek jak również w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce. Deficytu tego nie da się jednak zlikwidować w krótkim czasie, z uwagi na długi czas kształcenia lekarza oraz ograniczone możliwości uczelni medycznych. Problem niedoboru kadry medycznej jest na bieżąco monitorowany a uzyskane tą drogą dane służą opracowaniu programu działań zmierzających do zwiększenia liczby lekarzy specjalistów dostępnych na krajowym rynku pracy.

Wśród podejmowanych działań należy wskazać na zwiększenie liczby etatów rezydenckich do poziomu umożliwiającego podjęcie kształcenia specjalizacyjnego w tej właśnie formie wszystkim chętnym lekarzom. Dodatkowo w celu zachęcenia lekarzy do rozpoczynania i kontynuacji specjalizacji podjęto decyzję o podwyższeniu od 2008 r. wynagrodzeń lekarzy rezydentów o 30%. Taki sam wzrost wysokości wynagrodzeń dotyczył będzie lekarzy stażystów.

Odnosząc się do podniesionej przez Pana Rzecznika kwestii wejścia w życie ustawy dostosowującej normy czasu pracy lekarzy do przepisów wspólnotowych uprzejmie informuję, że problem niedostosowania polskich przepisów do wymogów Unii Europejskiej znany był od dawna. Polska od dnia uzyskania członkostwa w UE, tj. od 1 maja 2004 r. zobowiązana była do implementowania dyrektywy 2003/88/WE (zastąpiła dyrektywę 93/104/WE) w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Wchodząca w życie z dniem 1 stycznia 2008 r. nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej implementuje do krajowego porządku prawnego wymogi ww. dyrektywy.

Niniejsza nowelizacja nałoży na dyrektorów zakładów, w których pełnione są dyżury medyczne obowiązek zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przy pełnym poszanowaniu wymogów prawa wspólnotowego. Będzie to możliwe poprzez wykorzystanie wprowadzanej do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej tzw. klauzuli opt-out dopuszczającej wyrażenie przez lekarza zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin tygodniowo (maksymalny tygodniowy czas pracy lekarza w takim przypadku wyniesie łącznie z dyżurami 78 godzin).

Obecnie prowadzone są prace nad nowelizacją wchodzących w życie po 1 stycznia 2008 r. przepisów o czasie pracy. Nowelizacja ta ma na celu usunięcie pojawiających się wątpliwości interpretacyjnych, w szczególno-

ści planuje się wyraźnie wskazać, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza pełnienie 24 godzinnych dyżurów medycznych i udzielanie naruszonych w związku z tym okresów odpoczynku dobowego w kolejnej dobie pracowniczej (na możliwość taką wskazał Europejski Trybunał Sprawiedliwości dokonując wykładni przepisów dyrektywy w wyroku z dnia 9 września 2003 r. w sprawie C-151/02, z powództwa pana Norberta J.). Prace nad nowelizacją prowadzone są przy pełnym udziale partnerów społecznych (zarówno pracodawców jak i pracowników) w celu wypracowania rozwiązań umożliwiających maksymalnie elastyczną organizację pracy w zakładach opieki zdrowotnej i pełne wykorzystanie dostępnych kadr medycznych.

Wprowadza się również zmiany polegające na zmniejszeniu wymagań Funduszu w zakresie minimalnej obsady dyżurowej lekarzy specjalistów na oddziałach szpitalnych, a także wprowadzeniu możliwości pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarzy rezydentów po uzyskaniu przez nich zgody ordynatora danego oddziału.

Rząd prowadzi również działania, które pozwolą na lepsze wykorzystanie środków finansowych znajdujących się w systemie ochrony zdrowia oraz na zwiększenie ilości środków przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególności, w wyniku uzgodnień z Prezesem NFZ podjęto decyzje niezbędne do uruchomienia większych środków finansowych na lecnicstwo szpitalne w roku 2008, co średnio w skali kraju pozwoli osiągnąć wysokość wyceny punktu w procedurze medycznej na poziomie 12 zł. Planowane jest również zniesienie limitów na niektóre świadczenia medyczne. NFZ uruchomi też niezwłocznie środki finansowe służące wypłaceniu szpitalom należności z tytułu ugód sądowych za nadwykonania świadczeń opieki zdrowotnej.

Wszystkie wskazane wyżej działania umożliwić mają maksymalnie elastyczne zarządzanie kadrami medycznymi dostępnymi w szpitalach, co zminimalizować powinno skutki wejścia od 1 stycznia 2008 r. nowych przepisów o czasie pracy lekarzy. Racjonalizacja wykorzystania środków na ochronę zdrowia oraz przekazywanie świadczeniodawcom dodatkowych środków finansowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozwolą również na przeprowadzanie kroczącego wzrostu wynagrodzeń pracowników medycznych i pozwoli dyrektorom zakładów opieki zdrowotnej przeprowadzenie rozmów z lekarzami zmierzających do wyrażenia przez nich zgody na pracę w ramach tzw. klauzuli opt-out lub zatrudnienie ich w ramach umów cywilnoprawnych, do których nie mają zastosowania przepisy ograniczające łączny czas pracy i czas pełnienia dyżurów medycznych.

Z uwagi na dynamiczny charakter sytuacji związanej z wdrażaniem w szpitalach nowych przepisów o czasie pracy Ministerstwo Zdrowia prowadzi jej bieżący monitoring. W szczególności podejmowane są badania ankietowe skierowane do szpitali pozwalające ocenić skutki dostosowania do wymogów wspólnotowych oraz wypracowania podstaw do podejmowania długofalowych działań zapewniających prawidłowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 5 kwietnia 2006 r.

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-526377-VIII/06/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Zwrócił się do mnie Dyrektor Szpitala Powiatowego w Limanowej (kserokopia listu w załączeniu) z prośbą o skierowanie do Pana Ministra – jako członka organu wyposażonego w prawo inicjatywy ustawodawczej – wniosku o podjęcie stosownych czynności mających na celu nowelizację przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) w części dotyczącej czasu pracy.

Zgodnie z polskim prawem pracy źródłem prawa regulującym wzajemne prawa i obowiązki stron stosunku pracy wszystkich podmiotów działających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jest Kodeks pracy. Jak wynika z brzmienia art. 5 Kp, jeżeli stosunek pracy określonej kategorii

pracowników regulują przepisy szczególne, przepisy Kodeksu stosuje się w zakresie nie uregulowanym tymi przepisami. Taka sytuacja występuje m.in. w odniesieniu do pracowników zakładów opieki zdrowotnej, których czas pracy został uregulowany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to, że wobec pracowników tych zakładów, w zakresie czasu pracy, obowiązują przede wszystkim przepisy o ZOZ-ach, a w zakresie nie objętym tą ustawą ogólne regulacje dotyczące czasu pracy zawarte w Kodeksie pracy.

Niezależnie od wskazanej wyżej zasady „lex specialis derogat legi Generali”, wypada zauważyć, iż przepis art. 32h ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej odsyła wprost do przepisów Kodeksu pracy. Stanowi bowiem, że „*W przyjętym okresie rozliczeniowym, nie dłuższym niż 12 tygodni, czas pracy nie może przekroczyć liczby godzin wynikających z pomnożenia normy dobowej czasu pracy, określonej w art. 32g ust. 1–4, przez liczbę kalendarzowych dni roboczych z wyłączeniem dodatkowych dni wolnych od pracy, o których mowa w art. 129¹ § 1 Kodeksu pracy oraz niedziel i świąt przypadających w danym okresie rozliczeniowym*”.

Jak podkreśla Dyrektor Szpitala, przy wykładni art. 32h ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zwrot „dodatkowe dni wolne od pracy, o których mowa w art. 129¹ § 1 Kp” należy traktować jako zwrot pusty, a to ze względu na skreślenie art. 129¹ Kp dokonane ustawą z dnia 1 marca 2001 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy (Dz. U. Nr 28, poz. 301).

W tej sytuacji, w świetle trafnych spostrzeżeń wnioskodawcy, zachodzi pilna potrzeba zmiany przepisów dotyczących czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej, ponieważ istniejący stan prawny w tym zakresie czyni niemożliwym dokonywanie prawidłowej wykładni przepisów regulujących tę materię.

Działając na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147) uprzejmie proszę Pana Ministra o przedłożenie stosownego wniosku Radzie Ministrów, w celu zainicjowania procesu legislacyjnego, mającego na celu zmianę ustawy o zakładach opieki zdrowotnej we wskazanym wyżej zakresie.

Załącznik 1

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Dialogu Społecznego
MZ-DS-W-073-1464-6/IG/06

Warszawa, 15 maja 2006 r.

Biuro
Rzecznika Praw Obywatelskich

W związku z upływającym terminem udzielenia odpowiedzi na pismo Pana Janusza Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich (znak: RPO-526377-VIII/06/JP), w sprawie podjęcia czynności zmierzających do nowelizacji ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) w zakresie dotyczącym czasu pracy, Departamentu Dialogu Społecznego, uprzejmie informuje, iż w związku z koniecznością wypracowania stanowiska w przedmiotowej sprawie, odpowiedź na pismo Pana Rzecznika zostanie przekazana w terminie późniejszym.

Dyrektor Departamentu
/-/

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Anna GREŹIAK
MZ-DS-W-073-1464-4/IG/06

Warszawa, 29 czerwca 2006 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-526377-VIII/06/MRP w sprawie nowelizacji przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) w zakresie dotyczącym czasu pracy oraz w ślad za skierowanym do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich pismem z dnia 15 maja 2006 r. (znak: MZ-DS-W-073-1464-6/IG/06) wyjaśniającym przyczyny zaistniałego opóźnienia w udzieleniu odpowiedzi w przedmiotowej sprawie, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zgodnie z poleceniem Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia w chwili obecnej gromadzone są propozycje zmian, które miałyby zostać wprowadzone przy najbliższej nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Kwestia dostosowania art. 32h ww. ustawy stanowi jedno z zagadnień, jakie miałyby zostać rozważone przy tej okazji.

Jednocześnie informuję, że obecnie trwają prace nad projektem ustawy o ustroju ochrony zdrowia. Powyższa regulacja będzie kompleksowo normowała kwestie, które w bieżącej chwili stanowią zakres przedmiotowy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku

/-/ Anna Gręziak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich
Stanisław TROCIUK
RPO-526377-VIII/06/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 11 września 2006 r.

Pani
Anna Gręziak
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Nawiązując do pisma Ministerstwa Zdrowia znak: MZ-DS-W-073-1464-4/IG/06 z dnia 29 czerwca 2006 r., z którego wynika, że trwają prace nad projektem ustawy o ustroju ochrony zdrowia, która będzie kompleksowo normowała kwestie stanowiące aktualnie zakres przedmiotowy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w tym sprawy dotyczące czasu pracy pracowników, uprzejmie proszę Panią Minister o informację o wynikach tych prac.

Z poważaniem

/-/ Stanisław Trociuk

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Anna GREŻIAK
MZ-DS-W-073-1464-10/IG/06

Warszawa, 14 listopad 2006 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-526377-VIII/06/JP w sprawie zmiany przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) w zakresie dotyczącym czasu pracy, informuję, iż nowelizacja ww. ustawy będzie w najbliższym czasie przedmiotem prac Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Nowelizacja ustawy ma na celu dostosowanie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do przepisów dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy.

Projekt zmiany ustawy przewiduje dostosowanie normujących kwestię czasu pracy przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do przepisów regulujących tę materię w Kodeksie Pracy. W szczególności, zakres nowelizacji obejmuje, postulowane przez Szpital Powiatowy w Limanowej, uchylenie przepisu art. 32h. Powyższe ma służyć usunięciu z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pojęcia „dni dodatkowo wolne od pracy”, które obecnie nie funkcjonuje w przepisach Kodeksu Pracy. Po zaakceptowaniu przedmiotowego projektu przez Kierownictwo MZ, zostanie on przekazany do uzgodnień zewnętrznych.

Z wyrazami szacunku

/-/ Anna Gręziak

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 9 sierpnia 2006 r.

RPO-537395-X/06/WW

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Prof. dr hab. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że zwrócił się do mnie uczestnik konkursu na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wskazując na nieprawidłowe jego przeprowadzenie przez Rzecznika Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia. Z pisma zainteresowanego wynika, że:

- w ogłoszeniu w sprawie naboru na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie została określona i podana do publicznej wiadomości procedura jego wyboru,
- uprzywilejowana została pozycja („w szczególności”) osób z wykształceniem medycznym, psychologicznym, socjologicznymi i pedagogicznym, co pozostaje w sprzeczności z ustawowym kryterium wykształcenia rzeczników oraz stanowi naruszenie praw kandydatów z innym wykształceniem np.: prawników, ekonomistów,
- na potrzeby rekrutacji została przyjęta definicja „doświadczenia w pracy z osobami chorymi psychicznie” – jako zatrudnienie na oddziale psychiatrycznym w charakterze lekarza, psychologa lub pracownika opieki, co wyklucza możliwość zatrudnienia osób z wykształceniem innym niż medyczne, psychologiczne, socjologiczne lub pedagogiczne.

Analiza przedmiotowej sprawy wskazuje na rozbieżność między warunkami, jakie powinien spełniać kandydat na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego określonymi w art. 10 c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego a warunkami określonymi w ogłoszeniu. W szczególności należy wskazać na:

- zawężenie kryteriów naboru wyłącznie do osób mających ukończone studia wyższe
- magisterskie medyczne lub humanistyczne (preferowana psychologia kliniczna, pedagogika specjalna lub socjologia),

- nie uwzględnianie w warunkach konkursowych negatywnych kryteriów określonych w art. 10c ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, pośród których ustawa wylicza zakaz zatrudnienia na tym stanowisku osób będących pracownikami zakładów opieki zdrowotnej oraz współpracujących ze świadczeniodawcami, wprowadzenie dodatkowych kryteriów nie wynikających z ustawy o ochronie zdrowia
- psychicznego np.: wymogu posiadania przez kandydata powinien miejsca zamieszkania w okręgu położenia szpitala psychiatrycznego.

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.) Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest ustawowym organem powołanym do ochrony praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Zakres jego obowiązków określony w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16, poz. 126) wskazuje, że powinna to być osoba posiadająca wiedzę prawniczą związaną z przestrzeganiem praw i wolności człowieka, w szczególności osób z zaburzeniami psychicznymi. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ma występować w interesie pacjenta, być jego „advokatem”.

Za niedopuszczalną należy uznać praktykę modyfikowania wymogów ustawowych, jakie stawia przed kandydatem na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Tak ustalone zasady konkursu mogą spowodować, że nie zostaną wyłonione osoby dające rękojmię należytego wykonywania tej funkcji.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra na podstawie art. 13 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r., Nr 14 poz. 147) z uprzejmą prośbą o zbadanie przedmiotowej sprawy, zajęcie stanowiska i poinformowanie Rzecznika o dokonanych ustaleniach i ewentualnych działaniach.

Załącznik: 1

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ dr hab. Jerzy Świątkiewicz
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DNP-073-3417-7/MR/06

Warszawa, 2 października 2006 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z prowadzonym przez Pana Rzecznika postępowaniem wyjaśniającym dotyczącym postępowania konkursowego na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego organizowanego przez Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, zwane dalej „Biurem” (pismo z dnia 9 sierpnia 2006 r. o znaku: RPO-537395-X/06/WW), uprzejmie informuję, co następuje.

Biuro ustalając kryteria, jakie powinien spełniać kandydat na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w ogłoszeniu z lipca 2006 r., naruszyło przepis art. 10c ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), który wskazuje kto może być Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Biuro w ogłoszeniu o konkursie zawężyło, w stosunku do wymogów ustawowych, kryterium posiadanego wykształcenia przez kandydatów na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Ponadto w ogłoszeniu dodane zostało kryterium „znajomości przepisów prawnych z zakresu ochrony zdrowia” oraz kryterium „miejsca zamieszkania w okręgu położenia Szpitala Psychiatrycznego”.

Dodatkowo podkreślić należy, iż Biuro w ogłoszeniu o konkursie nie przedstawiło żadnych informacji o samej procedurze przeprowadzenia postępowania konkursowego.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jednoznacznie i precyzyjnie określa wymagania, zarówno pozytywne jak i negatywne, jakie powinna spełniać osoba pełniąca funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W art. 10c ust. 1 pkt 1 ustawy wskazano *expressis verbis*, iż Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego może być osoba posiadająca wykształcenie wyższe, tym samym tylko takie kryterium powinno zostać przedstawione w ogłoszeniu o konkursie i jako sprzeczne z ustawą należy uznać dookreślenie, iż ma to być wy-

kształcenie wyższe magisterskie, a już tym bardziej wskazanie konkretnych kierunków studiów, a wśród nich dodatkowo kierunków preferowanych.

W ogłoszeniu nie powinny znaleźć się również dwa dodane przez Biuro kryteria „pozaustawowe” skoro ustawodawca nie przyjął ich jako wyznacznika stanowiącego o możliwości pracy na przedmiotowym stanowisku. Zaznaczyć należy, iż kryterium zamieszkania w okręgu szpitala psychiatrycznego, przy obecnych możliwościach komunikacyjnych oraz występującym zjawisku migracji zarobkowej, wydaje się zupełnie niepotrzebne i nieuzasadnione.

W związku z powyższym uprzejmie informuję, iż zobowiązałem Panią Krystynę Kozłowską Dyrektora Biura do niezwłocznego unieważnienia przedmiotowego konkursu i jego ponownego przeprowadzenia, jak również do bezwzględnego stosowania przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przy ustalaniu wymogów, jakie mają spełniać kandydaci na Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Z poważaniem

/-/ Zbigniew Religa

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 19 stycznia 2007 r.

RPO-548847-VIII/07/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Na podstawie doniesień prasowych Rzecznik Praw Obywatelskich powziął wiadomość, że pan dr Arkadiusz P. ze Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie został zwolniony z pracy za to, że niosąc pomoc choremu pacjentowi doprowadził do umieszczenia go w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Wina, którą przypisano dr Arkadiuszowi P. polegała na tym,

iż nie skonsultował swoich działań z przełożonym doc. Włodzimierzem M. i nie uzyskał jego przyzwolenia na taki sposób działania.

W ocenie Pana Ministra – jak wynika z artykułu prasowego – zwolnienie dr. Arkadiusza P. z pracy „to absolutny skandal”. Mimo to nie mógł Pan interweniować w tej sprawie, ponieważ „prawo nie daje Ministrowi żadnych narzędzi do ingerowania w sprawę Szpitala podległego Marszałkowi”. Stwierdził Pan jednak, „że trzeba zmienić system. – Trzeba rozwalić ordynatorsko-profesorski system w polskich szpitalach, bo to zabija inicjatywę lekarzy. Tytuł docenta czy profesora wcale nie znaczy, że się lepiej leczy ludzi”.

Mając powyższe na uwadze, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147) uprzejmie proszę Pana Ministra o informację co do planów tej reformy i ewentualnie podjętych w tym kierunku działaniach.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DNK-075-4160-6/EK/07

Warszawa, 12 lutego 2007 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

Odpowiadając na pismo z dnia 19 stycznia 2007 r. znak RPO-548847-VIII/07/JP pragnę na wstępie serdecznie podziękować Panu za zainteresowanie się problemami służby zdrowia.

Odpowiadając na Pana pytanie dotyczące działań zmierzających do zmiany systemu „ordynatorsko-profesorskiego” w zakładach opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia zapadły decyzje

o wprowadzeniu rozwiązań prawnych w zakresie zmian w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej, które w znaczący sposób wpłyną na poprawę zasad funkcjonowania tych zakładów i zabezpieczą interes pacjentów.

Po głębokiej analizie aktualnego stanu prawnego w omawianym obszarze uznano, że normy prawne obowiązującej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) dopuszczają wprowadzenie jako alternatywnego do systemu „ordynatorskiego” tzw. systemu konsultanckiego.

System ten pozwala na stworzenie zespołu konsultanckiego, w którego skład wchodzi lekarz-konsultant o doświadczeniu zawodowym, pozwalającym na samodzielne wykonywanie zadań leczniczych w danej specjalności, oraz asystenci i stażyści, przy czym zasadą jest rotacja na stanowiskach asystentów i stażystów.

Zaletą omawianego systemu są m.in.: ujednoczenie jakości usług, jednoosobowa odpowiedzialność za pacjenta, uwolnienie osób świadczących usługi medyczne od zadań organizatorskich, możliwość współlistnienia z systemem akademickim.

Aby umożliwić wprowadzenie przedmiotowego systemu, Ministerstwo Zdrowia przygotowało nowelizację pakietu rozporządzeń – aktów wykonawczych do ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dotyczących omawianego obszaru zagadnień. Akty prawne, o których mowa wyżej, są już na ścieżce legislacyjnej i ich publikacji należy oczekiwać w ciągu najbliższych kilku tygodni.

Przedstawiając powyższe, pragnę zapewnić, że zarówno dla mnie osobiście jak i wszystkich pracowników kierowanego przeze mnie urzędu dobro pacjenta jest dobrem najwyższym, któremu służą i będą służyły poszukiwania rozwiązań zmierzających do doskonalenia systemu ochrony zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Ludwik Grabowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 22 stycznia 2007 r.

RPO-548443-VIII/07/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję, że do Rzecznika Praw Obywatelskich zwrócił się pan Grzegorz P. – lekarz dentysta z S. skarżąc się na sposób wyliczenia kwoty na wzrost wynagrodzenia dokonany przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076).

Pan Grzegorz P. dowodzi, że przepisy cytowanej wyżej ustawy dyskryminują świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy wieloletnie później niż w styczniu 2006 r., a przed wejściem w życie ustawy, względem świadczeniodawców, którzy mieli zawarte umowy przez cały okres I półrocza 2006 r. Trafność swego stanowiska opiera również na podstawie wyjaśnień w tej sprawie, jakie otrzymał z Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, ze Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Katowicach, od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach oraz Naczelnej Izby Lekarskiej.

Prezes NFZ podsumowując swe stanowisko wyraził pogląd, że problem poruszony przez pana Grzegorza P. „może zostać rozwiązany jedynie w drodze zmiany stanu prawnego”.

W celu przybliżenia Panu Ministrowi zarzutów stawianych przez pana Grzegorza P., działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147) przesyłam kserokopię listu wyżej wymienionego oraz nadesłane kserokopie pism stanowiących korespondencję w podniesionej kwestii, z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie,

uwzględniającego ewentualną potrzebę złożenia do laski marszałkowskiej stosownego projektu ustawy zmieniającej kwestionowaną ustawę.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-RP-073-7802-1/KG/07

Warszawa, 21 lutego 2008 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W odpowiedzi na pismo z dnia 22.01.2007r. (znak RPO-548443-VIII/07/JP) dotyczące skargi pana Grzegorza P. na naruszenie konstytucyjnego prawa równości przez ustawę z dnia 22 lipca 2006r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniobiorcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076) poprzez pokrzywdzenie świadczeniobiorców mających zawarte umowy długoterminowe z NFZ, z datą rozpoczęcia obowiązywania umowy późniejszą aniżeli miesiąc styczeń 2006r. w związku naliczeniem kwoty zobowiązania NFZ wobec nich na zasadach określonych w art. 3 tej ustawy uwzględniających wartość kontraktu za okres krótszy aniżeli całe pierwsze półrocze 2006r. uprzejmie wyjaśniam, iż sposób ustalenia wzrostu kwoty zobowiązań Funduszu względem świadczeniodawcy z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, został określony przez ustawodawcę w art. 3 przywołanej ustawy. Wolą ustawodawcy przepis ten stanowi, że podstawą wzrostu kwoty zobowiązania Funduszu względem świadczeniodawców (z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia) jest podwojona kwota zobowiązania, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), w umowach zawartych na rok 2006 za okres I półrocza 2006 r. według stanu na dzień 30 czerwca 2006 r., natomiast w odniesieniu do świadczeniodawców, o których mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 przywołanej ustawy – średnia stawka kapitacyjna określona w art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 22 lipca 2006r. Zgodnie, z kolei, z art. 8 ustawy przepisy ustawy stosuje się również do umów zawartych przed dniem jej wejścia w życie na okresy dłuższe niż rok w części realizowanej w ostatnim kwartale 2006 r. lub w roku 2007, z tym, że regulacja ta odnosi się do przypadków, kiedy świadczeniodawca przed dniem wejścia w życie ustawy zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę wieloletnią. Uwzględniając fakt, że ustawa nie przewiduje odrębnego trybu ustalenia wzrostu kwoty zobowiązania dla świadczeniodawców, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na część I półrocza 2006 r., a także brzmienie przepisu art. 3 ust. 1 ustawy o podwyżkach należy stwierdzić, że wobec skarżącego zastosowano wynikający z ustawy sposób ustalenia podwyżki przyjmując zasadnie, iż w przypadku kontraktu obowiązującego przez niepełne pierwsze półrocze 2006 r. podstawą naliczenia kwoty wzrostu zobowiązania, o którym mowa w tymże artykule, jest podwojona, faktyczna wartość kontraktu obowiązującego w I półroczu 2006 r.

Odnosząc się do zarzutu skarżącego, że przepis ten jest krzywdzący wobec świadczeniodawców, którzy zawarli kontrakty z NFZ później aniżeli z dniem 1 stycznia 2006r., a zatem narusza konstytucyjne prawo równości (art. 32 Konstytucji RP) nie można tego zarzutu rozważać z pominięciem pozostałych przepisów ustawy, a w szczególności jej art. 9 ust. 1 i 3, zgodnie z którymi globalny wzrost kwoty zobowiązań Funduszu wynikający z ustawy z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń pokrywany jest ze środków określonych w planie finansowym Funduszu (ust. 1) a w każdym z oddziałów wojewódzkich Funduszu środki na świadczenia opieki zdrowotnej w 2007 r., pomniejszone o środki przeznaczone na wzrost wynagrodzeń, nie mogą być niższe od odpowiadających im kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym danego oddziału w roku 2006 powiększonych o 6% planowanych kosztów refundacji leków oraz o 4,5% planowanych kosztów realizacji umów dotyczących zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne w planie finansowym oddziału w 2006 r. (jako punkt odniesienia przyjęto plan finansowy Funduszu na 2006 r. obowiązujący w chwili zatwierdzenia planu finansowego na 2007 r., tj. z dnia 22 czerwca 2006 r.). Bilans przychodów i kosztów w planie finansowym Funduszu na 2007 r. przy powyższych założeniach pokazał, iż praktycznie w 2007 r. nie będzie możliwości sfinansowania

sowania większej (wartościowo) liczby świadczeń niż w 2006 r., co powoduje, że nie ma możliwości zwiększenia zobowiązań finansowych NFZ z tytułu wzrostu wynagrodzeń świadczeniodawcom.

Wskazane tu okoliczności przesądzają, moim zdaniem, o braku podstaw dla podejmowania czynności zmierzających do zmiany ustawy w żądanym przez skarżącego kierunku.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 5 grudnia 2007 r.

RPO-548443-III/07/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Pragnę uprzejmie Panią poinformować, że w dniu 28 maja 2007 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Trybunału Konstytucyjnego wnioski o stwierdzenie niezgodności art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z zm.) w zakresie, w jakim dotyczy świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na część I półrocza 2006 r. bądź po zakończeniu wskazanego półrocza – z art. 32 w związku z art. 2 Konstytucji RP.

W ocenie Rzecznika przyjęty w art. 3 ust. 1 ustawy mechanizm wzrostu kwot zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców narusza zasadę równości i niedyskryminacji oraz zasadę sprawiedliwości społecznej. Ustawodawca przewidział bowiem, iż kwota zobowiązania wzrasta w stosunku

do podwojonej kwoty zobowiązania w umowach zawartych na rok 2006 za okres I półrocza 2006 r. według stanu na dzień 30 czerwca 2006 r. Nie przewidział natomiast odrębnej zasady ustalania wzrostu kwoty zobowiązania dla tych świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na część I półrocza 2006 r. Stąd też w przypadku kontraktu obowiązującego przez niepełne I półrocze 2006 r. podstawą naliczenia kwoty wzrostu zobowiązania jest podwojona, faktyczna wartość kontraktu obowiązującego w I półroczu 2006 r. W praktyce powoduje to, że w odniesieniu do tej grupy świadczeniodawców wzrost kwoty zobowiązania NFZ (w zależności od długości terminu kontraktu w I półroczu 2006 r.) może być nawet kilkakrotnie niższy, a w skrajnych przypadkach (zawarcie kontraktu np. w dniu 1 lipca 2006 r.) może w ogóle nie nastąpić.

Z korespondencji kierowanej do Rzecznika wynika, że kwestionowany we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego „zapis ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń jest podstawą do dalszego łamania wzorców konstytucyjnych. Została bowiem uchwalona ustawa z dnia 5 września 2007 r. o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń...(Dz. U. Nr 181, poz. 1290), która utrzymuje w mocy mechanizm wyliczenia wzrostu wynagrodzeń z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., poprzez oddelegowanie wprost do jego zapisu... Tym samym w okresie kolejnych lat w odniesieniu do pewnej grupy świadczeniodawców, wzrost kwoty zobowiązania NFZ (w zależności od długości terminu kontraktu w I półroczu 2006 r.) będzie kilkakrotnie niższy. W skrajnych przypadkach zapisy przedmiotowych ustaw mogą wywołać sytuację, w której osoby zawierające po raz pierwszy kontrakt z NFZ na świadczenie usług medycznych na rok 2008 otrzymają kontrakt większej wartości niż świadczeniodawca, który zawarł kontrakt z NFZ po raz kolejny. Kwota bowiem zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców (którzy byli już świadczeniodawcami w 2006 r. i 2007 r.) objętych ustawą z dnia 22 lipca 2006 r. będzie wyliczana na podstawie zapisów ustaw: z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń i z dnia 5 września 2007 r. o zmianie wyżej wymienionej ustawy. Powoduje to, iż świadczeniodawcy z 2006 r. i 2007 r. poszkodowani finansowo przedmiotowym zapisem z art. 3 ust. 1, pozostając świadczeniodawcami w latach 2008 i 2009 będą otrzymywali nadal od NFZ kwoty zobowiązania wyliczone na podstawie zapisów naruszających ich prawa wynikające z Konstytucji. Natomiast świadczeniodawcy nowi zawierający po raz pierwszy kontrakty na rok 2008 i 2009 mogą otrzymać

kwoty zobowiązania tego samego rządu wartości co świadczeniodawcy z 2006 r., którzy mieli najdłuższe terminy kontraktów w I półroczu 2006 r. i ustawa przewiduje dla nich najwyższe podwyżki zgodnie z przedmiotowym zapisem art. 3 ust. 1”.

Działając na podstawie art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) uprzejmie proszę Panią Minister o zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie oraz informację dotyczącą ewentualnych zamierzeń w zakresie zmiany obowiązującego stanu prawnego.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DS-051-1818-353/AK/708

Warszawa, 3 marca 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich (znak: RPO-548443-III/07/JP) w sprawie niezgodności art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn zm.) z art. 32 w związku z art. 2 Konstytucji RP, uprzejmie przekazuję poniższe stanowisko w sprawie.

Podstawowym celem ww. ustawy, na który wskazuje już sam jej tytuł było umożliwienie świadczeniodawcom przekazywania środków finansowych z Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń, przy jednoczesnym określeniu ustawowych gwarancji, że środki te nie będą przez kierowników zakładów wykorzystane w inny

sposób. W art. 3 ustawodawca określił mechanizm naliczania dodatkowych środków finansowych zgodnie, z którym kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określona w umowach zawartych na 2006 r. wzrastała z mocy prawa – odpowiednio w IV kwartale 2006 r., o równowartość 7,5%, a w 2007 r. o równowartość 30% kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. W obu przypadkach podwyższenie wartości kontraktu dokonywane było w stosunku do podwojonej kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na 2006 rok za okres 1 półrocza wg stanu na dzień 30 czerwca 2006 r. Przyjęta konstrukcja art. 3 ust. 1 ustawy wynikała z konieczności wskazania skutków finansowych opracowywanej ustawy oraz liczby podmiotów uprawnionych do uzyskania dodatkowych środków finansowych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy podkreślić, że przedmiotowa ustawa w pierwotnym jej brzmieniu została uchwalona jako akt prawny o określonym czasie obowiązywania, obejmującym ostatni kwartał 2006 i rok 2007. Ustawowe określenie czasu obowiązywania omawianej regulacji nie przesądzało jednak, że z upływem tego okresu dodatkowe środki finansowe na wzrost wynagrodzeń zostaną wycofane z systemu. Wzrost wynagrodzenia ukształtowany w wyniku zastosowania ustawy z 22 lipca 2006 r. miał być, bowiem utrzymany w roku 2008 i latach następnych, w ramach wzrostu wartości kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia (zmiana wyceny poszczególnych procedur, wartości punktów itd.).

Jednakże w związku z sytuacją zaistniałą na skutek akcji strajkowych organizowanych przez pracowników ochrony zdrowia, podjęte zostały rozmowy z przedstawicielami strony społecznej w trakcie, których przygotowany został projekt nowelizacji, stanowiący odpowiedź na zgłaszane postulaty. W dniu 5 września 2007 r. Sejm RP uchwalił ustawę o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń oraz o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 181, poz., 1290). Przywołana regulacja gwarantuje utrzymanie przekazywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych świadczeniodawcom na finansowanie wzrostu wynagrodzeń w roku 2008 i latach następnych oraz, zgodnie z postulatem strony społecznej, zobowiązuje pracodawców do włączenia podwyżek do wynagrodzenia zasadniczego (art. 10d ust. 2 *in fine*) pod warunkiem, że ogólna kwota przeznaczona na wzrost wynagrodzeń z pochodnymi nie przekroczy kwoty uzyskanej od NFZ a przeznaczonej na wynagrodzenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że nowelizacja ustawy z 22 lipca 2006 r. nie wprowadziła zmian w zakresie sposobu naliczania środków finansowych przekazywanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. W dalszym ciągu podstawę naliczenia dodatkowych środków finansowych stanowi, zatem podwojona kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, wynikająca z art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym, w roku 2008 obok kwoty stanowiącej zapłatę za wykonane świadczenia, utrzymany został dodatkowy strumień środków finansowych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w wysokości odpowiadającej środkom przekazanych świadczeniodawcom w 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.

Należy jednak podkreślić, że zgodnie z dodanym na mocy nowelizacji art. 10f począwszy od roku 2009 środki finansowe z tytułu omawianej ustawy, zostaną włączone do kwoty przekazywanej przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tym samym przestanie istnieć rozróżnienie świadczeniodawców wynikające z istnienia, bądź nieistnienia prawa do skorzystania z dodatkowego strumienia pieniędzy przekazywanego świadczeniodawcom na podwyższenie wynagrodzeń. Mając na względzie powyższe, należy poinformować, że aktualnie Minister Zdrowia nie planuje podjęcia działań zmierzających do nowelizacji przepisów ustawy z 22 lipca 2006 r. Nowelizacja art. 3 ust. 1 ustawy poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad naliczania dodatkowych środków finansowych przekazywanych świadczeniodawcom przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje się niecelowa, zwłaszcza w kontekście przepisów rozdziału czwartego ustawy, określającego zasady przekazywania środków finansowych w roku 2009 i latach następnym.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 25 stycznia 2008 r.

RPO-579172-III/08/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Jak donosi „Gazeta Prawna” z dnia 16 stycznia 2008 r. „w rządowym projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zakładającym przekształcenie szpitali w spółki zabrakło przepisów zapewniających programy osłonowe dla zwalnianych pracowników... Rząd proponuje, aby umowy z pracownikami szpitali wygasły już po sześciu miesiącach od dnia zmiany ich formy prawnej. To oznacza, że w tym czasie pracę stracą te osoby, z którymi szpital-spółka nie podpisze nowych umów.”

Informacja ta wzbudza niepokój Rzecznika Praw Obywatelskich a zarazem skłania do zasygnalizowania Pani Minister problemów, jakie niesie za sobą przewidywany tryb wygasania stosunków pracy.

Otóż, zgodnie z art. 63 Kodeksu pracy, umowa o pracę wygasa w przypadkach określonych w Kodeksie oraz w przepisach szczególnych.

Przypadkami określonymi w Kodeksie jest śmierć pracownika (art. 63¹), śmierć pracodawcy (art. 63²), nieobecność pracownika w pracy przez 3 miesiące z powodu tymczasowego aresztowania (art. 66) oraz niezgłoszenie przez pracownika swego powrotu do pracy po urlopie bezpłatnym udzielonym w związku z wyborem na określone stanowisko, po ustaniu stosunku pracy z wyboru (art. 74).

Do typowych przykładów przepisów szczególnych, przewidujących wygaśnięcie stosunku pracy, należy art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony RP (Dz. U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2416 ze zm.). Zgodnie z tym przepisem „pracodawca, który zatrudnił pracownika w dniu powołania do czynnej służby wojskowej, jest obowiązany zatrudnić go na poprzednio zajmowanym stanowisku lub na stanowisku równorzędnym pod względem rodzaju pracy oraz wynagrodzenia, jeżeli w ciągu trzydziestu dni od dnia zwolnienia ze służby pracownik zgłosił się do tego zakładu w celu podjęcia pracy. Niezachowanie

tego terminu powoduje wygaśnięcie stosunku pracy, chyba że nastąpiło z przyczyn usprawiedliwiających nieobecność w pracy.”

Wygaśnięcie stosunku pracy jest to ustanie stosunku pracy z mocy zdarzenia określonego w ustawie, niebędącego czynnością prawną. Wygaśnięcie stosunku pracy następuje z chwilą, gdy zaistniało zdarzenie będące według ustawy taką właśnie przyczyną zakończenia stosunku pracy. Żadna ze stron nie może zatem uchylić tego skutku, bowiem wspomniane zdarzenia wywołują same przez się skutek w postaci ustania stosunku pracy.

W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich nie należy stawiać znaku równości pomiędzy klasycznymi przypadkami wygaśnięcia stosunku pracy, o których mowa w Kodeksie pracy, i przypadkami, gdy wygaśnięcie to nie jest związane z konkretnymi zdarzeniami wywołującymi skutek w postaci ustania stosunku pracy z mocy prawa i poprzedzone jest okresem, w którym pracodawca musi dokonać oceny kwalifikacji pracownika, przebiegu jego dotychczasowej pracy oraz podjąć decyzję o dalszym zatrudnieniu opartą na obiektywnych kryteriach. A z taką właśnie sytuacją mielibyśmy do czynienia w przypadkach przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego.

Przyjęcie zasady wygasania stosunków pracy, jeżeli przed upływem określonego w nich terminu nie zostaną pracownikom zaproponowane nowe warunki pracy/płacy na dalszy okres albo w razie ich nieprzyjęcia oznacza zastosowanie tego nadzwyczajnego trybu ustania stosunku pracy w sytuacjach charakterystycznych dla wypowiedzania pracownikom dotychczasowych warunków kształtujących stosunki pracy, bądź to w drodze wypowiedzenia zmieniającego (art. 42 Kp), bądź to w drodze wypowiedzenia definitywnego, ze wszelkimi tego konsekwencjami.

Wygaśnięcie z pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej stosunku pracy z mocy prawa (*ex lege*) spowoduje wyłączenie przepisów prawa pracy o szczególnej ochronie niektórych stosunków pracy mających zastosowanie przy wypowiedzaniu umów o pracę. Dotyczy to w szczególności kobiet w ciąży i w okresie urlopu macierzyńskiego oraz pracowników, którym brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli okres zatrudnienia umożliwia im uzyskanie prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku.

Wprowadzenie w ustawie szczególnej instytucji wygaśnięcia stosunku pracy wyłączającej kodeksowy tryb rozwiązania stosunku pracy pociąga za sobą również niekorzystne konsekwencje w zakresie niektórych uprawnień pracowniczych wiążących się z rozwiązaniem, a nie ustaniem stosunku pracy oraz zaliczanych do katalogu zabezpieczenia społecznego,

np. prawo do odprawy przewidzianej w ustawie z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844 ze zm.), prawo do świadczenia przedemerytalnego przewidzianego w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. Nr 120, poz. 1252). Wskazane przepisy uzależniają bowiem prawo do wyżej wymienionych świadczeń od rozwiązania stosunku pracy, charakteryzującego się oświadczeniem woli pracodawcy, a nie jego ustania z mocy prawa (wygaśnięcia).

Podkreślenia wymaga również że zastosowanie przez prawodawcę instytucji wygaśnięcia stosunku pracy wywołuje też niekorzystne konsekwencje w zakresie możliwości merytorycznego badania przez sąd pracy przyczyn ustania stosunku pracy. To zaś oznacza ograniczenie konstytucyjnie gwarantowanego prawa do sądu (art. 45 ust. 1 ustawy zasadniczej). Na tle instytucji wygaśnięcia stosunku pracy ukształtowało się orzecznictwo sądowe, zgodnie z którym brak oświadczenia woli jednej ze stron stosunku pracy przejawiającego się wypowiedzeniem umowy o pracę bądź rozwiązaniem umowy bez wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym), uniemożliwia rozpoznanie sprawy przez sąd pracy. Pracownikowi, z którym stosunek pracy wygasł, przysługuje prawo do odwołania się do sądu pracy jedynie w przypadku naruszenia przez pracodawcę przepisów prawa pracy dotyczących wygaśnięcia umowy o pracę. Nie jest bowiem możliwe merytoryczne badanie przyczyn wygaśnięcia stosunku pracy. Wygaśnięcie stosunku pracy z mocy samego prawa powoduje, że pracodawca jedynie powiadamia pracownika, iż w ustawowo określonym terminie stosunek ten ustał (wygasł).

Wypada nadmienić, że problematyka wygasania stosunków pracy w związku z reformą administracji rządowej była przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego. Obszerne stanowisko w tej kwestii Trybunał wyraził w wyroku z dnia 13 marca 2000 r. sygn. K. 1/99 (OTK ZU Nr 2 (32) 2000, poz. 59, str. 245). Wyrok dotyczy art. 58 ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872), w którym zostały uregulowane skutki zmian w organizacji administracji publicznej w sferze istniejących stosunków pracy. Trybunał – podkreślając szczególność przyjętych rozwiązań prowadzących do wygasania stosunków pracy – podkreślił, iż „taka zasada wzbudzała zawsze kontrowersje... Biorąc pod uwagę nadzwyczajność i wyjątkowość takiej zasady, ustawodawca nie powinien jej stosować, gdy nie usprawiedliwia tego potrzeba zabezpieczenia innych niż ochrona pracy, konkurencyjnych wartości konstytucyjnych.”

Mając powyższe na uwadze, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) uprzejmie proszę Panią Minister o zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Marek TWARDOWSKI
MZ-DS-W-073-1464-19/IG/08

Warszawa, 25 marca 2008 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-579172-III/08/JP w sprawie unormowań zawartych w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, iż złożony do łaski marszałkowskiej w dniu 18 stycznia 2008 r. projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (druk sejmowy nr 284) nie przewiduje wprowadzenia rozwiązania zgodnie z którym umowy z pracownikami zakładów opieki zdrowotnej wygasająby po upływie sześciu miesięcy od dnia przekształcenia zakładu w spółkę prawa handlowego.

W myśl art. 59 ust. 1 projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, z mocy prawa, stają się z dniem przekształcenia pracownikami spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej.

Z poważaniem

/-/ Marek Twardowski

2.6.2. System kształcenia

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-546532-VIII/06/JP

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 29 stycznia 2007 r.

Pan
Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Pragnę podziękować Panu Ministrowi za wyczerpujące wyjaśnienia, jakich Ministerstwo Zdrowia udzieliło w piśmie znak MZ-DS-W-073-1464-16/IG/06 z dnia 16 stycznia 2007 r. w sprawie nieuwzględnienia w zakresie podmiotowym ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076) – lekarzy stażystów oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury (pismo znak MZ-DS-W-073-1464-16/IG/06 z dnia 16 stycznia 2007 r.).

Pragnę jednocześnie wyrazić niepokój spowodowany wskazaną w tym piśmie podstawą prawą do wydania przez Pana Ministra aktu normatywnego i zakresem przedmiotowym tego aktu. Chodzi mianowicie o art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.) i § 30 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779).

Zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. „Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego określa w drodze rozporządzenia, wykaz specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych, ramowe programy specjalizacji, sposób odbywania specjalizacji, sposób i tryb składania egzaminu państwowego, warunki, jakim powinny odpowiadać jednostki organizacyjne prowadzące specjalizacje oraz warunki i tryb uznawania równoważności tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.” Przywołany przepis nie zawiera zatem upoważnienia do uregulowania w rozporządzeniu materii wynagrodzenia zasadniczego lekarzy odbywających specjalizację. Tymczasem prze-

pis § 30 ust. 4 rozporządzenia MZ z dnia 20 października 2005 r. stanowi że „Lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane corocznie przez ministra właściwego do spraw zdrowia do dnia 30 marca roku poprzedzającego rok, w którym lekarz rozpoczyna lub odbywa specjalizację, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w drodze obwieszczenia do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 70% tego wynagrodzenia”.

Wydane przez Pana Ministra rozporządzenie wykracza zatem poza zakres przedmiotowy upoważnienia ustawowego.

Pragnę nadmienić, iż w myśl art. 92 ust. 1 Konstytucji RP rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w ustawie zasadniczej, na podstawie **szczegółowego upoważnienia** zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno zawierać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu.

Mając powyższe na uwadze, działając na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), byłbym wdzięczny Panu Ministrowi za informację dotyczącą zamierzeń mających na celu usunięcie zaistniałej nieprawidłowości.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-024-9153-2/MR/07

Warszawa, 2 kwietnia 2007 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

W związku z pismem z dnia 29 stycznia 2007 r. (znak RPO-546532-VIII/06/JP) dotyczącym art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach

lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.) uprzejmie informuję, że podzielał przedstawione przez Pana stanowisko.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w projekcie najbliższej nowelizacji przedmiotowej ustawy (planowanej na I połowę bieżącego roku) przygotowano zmiany mające na celu usunięcie powstałych nieprawidłowości.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-546682-X/07/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 14 lutego 2007 r.

Pan
Prof. dr hab. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że do Rzecznika Praw Obywatelskich zwracają się lekarze zainteresowani podnoszeniem kwalifikacji, w sprawie drastycznego w porównaniu z latami poprzednimi obniżenia liczby płatnych etatów, umożliwiających uzyskanie specjalizacji. W ocenie zainteresowanych, liczba etatów rezydenckich przyznanych zakładom opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach zdecydowanie odbiega od realnego zapotrzebowania na lekarzy specjalistów. Niezależnie od własnych aspiracji i perspektyw zawodowych, skarżący się wskazują postępujący niedobór lekarzy – specjalistów w wielu dziedzinach medycyny, mogący w bliskiej przyszłości poważnie utrudnić normalne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Szczególnie krytycznie oceniana jest sytuacja w Warszawie, gdzie liczba takich etatów zmniejszona została z 300 w latach poprzednich, do ok. 100 w roku bieżącym.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14

poz. 147), zwracam się do Pana Ministra o wyjaśnienia, dotyczące założeń polityki kształcenia podyplomowego lekarzy, z uwzględnieniem zasad ustalania limitów etatów rezydenckich umożliwiających uzyskanie specjalizacji, a także przyczyn istotnego zmniejszenia w roku bieżącym liczby tych etatów. Bardzo proszę także o informację, dotyczącą prognozowanego zapotrzebowania na lekarzy specjalistów oraz o ocenę, czy obecnie skala kształcenia lekarzy – specjalistów pozostaje w prawidłowej relacji do tego zapotrzebowania.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MZ-NSK-842-2442-342/MS/07

Warszawa, 26 lutego 2007 r.

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

Wielce Szanowny Panie

W odpowiedzi na pismo znak RPO-546682-X/07/TG w sprawie lekarzy zainteresowanych podnoszeniem kwalifikacji oraz liczby etatów rezydenckich, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego uprzejmie informuje, co następuje.

Nabór i odbywanie specjalizacji reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.).

Czuwanie nad zabezpieczeniem potrzeb kadrowych w poszczególnych dziedzinach medycyny należy do zadań stawianych zarówno przed właściwymi konsultantami krajowymi, jak również przed konsultantami wojewódzkimi.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188,

poz. 1583 z późn. zm.), konsultant wojewódzki prowadzi politykę kadrową w zakresie danej specjalności na terenie województwa, natomiast konsultant krajowy zabezpiecza potrzeby kadrowe w skali kraju. Współpraca konsultantów krajowych z wojewódzkimi powinna owocować m.in. wykreowaniem na danym terenie jak największej liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia szkolenia w danej dziedzinie medycyny, bowiem odbywanie specjalizacji lekarskich, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779), może odbywać się wyłącznie w jednostce spełniającej określone warunki.

Pragniemy zaznaczyć, że uruchamianie nowych miejsc specjalizacyjnych jest ściśle uzależnione od posiadanych wolnych miejsc akredytacyjnych w danej specjalności. Brak wolnych miejsc akredytacyjnych wyklucza możliwość otwarcia nowych specjalizacji.

Należy zaznaczyć, że akredytacja jest następstwem dobrowolnego ubiegania się placówek o wpis na listę Ministra Zdrowia jednostek prowadzących specjalizację lub staż kierunkowy i przyznania określonej liczby miejsc szkoleniowych, poprzez składanie stosownych wniosków, podlegających następnie zaopiniowaniu przez zespół ekspertów. Spełnienie określonych w ww. rozporządzeniu warunków, po ich pozytywnym zweryfikowaniu, wiąże się z wpisaniem jednostki na Listę Ministra Zdrowia jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i przyznaniem jej określonej liczby miejsc szkoleniowych.

W opinii konsultantów „uruchomienie” wszystkich miejsc akredytacyjnych w jednym postępowaniu kwalifikacyjnym skutkowałoby wyeliminowaniem danej dziedziny z kolejnych postępowań przez kilka następnych lat.

Polityka uruchamiania poszczególnych miejsc specjalizacyjnych jest oparta na analizie potrzeb kadrowych województwa i planach wieloletnich, które stanowią podstawę podjęcia decyzji przez konsultantów wojewódzkich.

Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego informują konsultantów wojewódzkich o możliwościach uruchamiania miejsc specjalizacyjnych przed każdą sesją, a podejmowane przez nich decyzje są oparte o analizę potrzeb w zakresie ilości specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Na tej podstawie Ministerstwo Zdrowia „uruchamia” miejsca szkoleniowe.

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego uprzejmie informuje, że obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r., Nr 1, poz. 7) obejmuje sześć specjalizacji: epidemiologia, geriatrica, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia oraz rehabilitacja medyczna.

Dziedziny te mają pierwszeństwo w przyznawaniu miejsc szkoleniowych w trybie rezydenckim.

Z uwagi na migrację lekarzy w określonych specjalnościach, Ministerstwo Zdrowia przyznaje w tych dziedzinach rezydentury, aby zabezpieczyć świadczenia medyczne określonego rodzaju. Podział etatów rezydenckich dla poszczególnych województw dokonywany jest również w oparciu o liczbę zaświadczeń wydanych lekarzom i lekarzom denty stom ubiegających się o pracę w innym kraju UE i związaną z tym migracją – pełne pokrycie potrzeb w dziedzinach, w których% wydanych zaświadczeń do liczby lekarzy znajduje się w przedziale od 16,82 do 7,90.

Są to następujące dziedziny:

- anestezjologia i intensywna terapia – 16,82%
- chirurgia plastyczna – 15,49%
- chirurgia klatki piersiowej – 12,90%
- medycyna ratunkowa – 12,01%
- chirurgia naczyniowa – 9,48%
- chirurgia szczękowo-twarzowa – 9,41%
- radiologia i diagnostyka obrazowa – 8,42%
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 7,90%.

Wobec ograniczonej liczby miejsc, nie uwzględniliśmy dziedzin, które miały% wydanych zaświadczeń poniżej 7,90;

Ponadto, rezydentury zostały przydzielone w dziedzinach podstawowych stanowiących specjalizację wyjściową dla wielu specjalizacji szczegółowych, np. chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, pediatria.

Z uwagi na ograniczone środki finansowe, Ministerstwo Zdrowia na bieżące postępowanie kwalifikacyjne mogło przyznać jedynie 807 rezydentur i zapewnić kontynuację finansowania rezydentur wcześniej przyznanych. Prognozowanie zapotrzebowania jest bardzo trudne, z uwagi na to, że występuje zjawisko migracji, którego skalę trudno jest nam przewidzieć.

Uprzejmie informujemy, iż przygotowujemy jest nowy, modułowy, jednostopniowy system specjalizacji lekarskich.

Wprowadzenie takiego rozwiązania udrożni system poprzez skrócenie okresu odbywania specjalizacji, umożliwi szkolenie większej liczby lekarzy w tej samej jednostce (skrócenie stażu specjalizacyjnego w dziedzinie podstawowej), co spowoduje szybszy dopływ specjalistów dla zabezpieczenia realizacji usług medycznych w systemie ochrony zdrowia.

DYREKTOR

Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego

/-/ Roman Danielewicz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-560379-I/07/KJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 4 lutego 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

W lipcu 2007 r. zwróciłem się do Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w sprawie Lekarskiego Egzaminu Państwowego (dalej: LEP) Pani Angeliki Saltany R., wiernej Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Polsce. Egzaminy te, przede wszystkim, ze względów organizacyjnych odbywały się z reguły w sobotę.

Zgodnie z przepisem art. 11 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 97, poz. 481 ze zm.)

„1 Świętem adwentystycznym jest sobota.

2. Wierni Kościoła mają prawo do zwolnienia od pracy i nauki na czas święta adwentu styczniego, to jest od zachodu słońca w piątek do zachodu słońca w sobotę.

3. Na prośbę pracownika złożoną na początku okresu zatrudnienia lub w jego trakcie, nie później jednak niż 7 dni przed dniem zwolnienia, zakład pracy ustala dla niego indywidualny rozkład czasu pracy. Przepis ten stosuje się odpowiednio do uczniów i studentów, z tym że szkoły udzielając zwolnień od nauki określają sposób wyrównania zaległości dydaktycznych spowodowanych zwolnieniem”.

Nie ulega wątpliwości, że LEP stanowi, biorąc pod uwagę jego znaczenie w kształceniu i wymogi uprawiania zawodu lekarza, zarówno przejaw nauki, jak i pracy. W tym stanie rzeczy przystąpienie do LEP w sobotę dla wiernej Kościoła Adwentystycznego stawało się niemożliwe i w konsekwencji oznaczało niemożność pracy w wyuczonym zawodzie lekarza. Dlatego też w pismach do Dyrektora Centrum zwracałem uwagę na przepis § 16 ust. 3a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz. U.

Nr 57, poz. 553 ze zm.) który stanowi jednoznacznie, że „w przypadkach, o których mowa w § 2 ust. 4, oraz w innych uzasadnionych przypadkach uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu w wyznaczonym terminie dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, może wyznaczyć dodatkowy termin przeprowadzenia egzaminu, określając jednocześnie miejsce jego przeprowadzenia”. Niestety dodatkowego terminu – w przypadku Pani Angeliki Saltany R. – nie udało się wyznaczyć.

Sprawa Pani Angeliki Saltany R. znajdzie jednak jak się wydaje, pomyślne zakończenie. Termin LEP w 2008 r. wyznaczony został na piątek. Przyjmuje to z prawdziwą satysfakcją i w ślad za podziękowaniem skierowanym do Dyrektora Centrum Pana Profesora Stanisława Orkiszka dziękuję również Pani Minister za przychylne ustosunkowanie się do prośby zainteresowanej i mojego wsparcia tej sprawy.

W piśmie Dyrektora Centrum, którego kopię przesyłam w załączeniu, znajduje się jednak niepokojąca informacja o planowanej zmianie przepisów określających przeprowadzanie LEP. Nie wkraczając w zasady egzaminowania przyszłych lekarzy z medycznego punktu widzenia, wyrażam przekonanie, iż możliwość organizowania tego egzaminu, w wyjątkowych sytuacjach, w terminie innym niż powszechnie obowiązujący, powinna być utrzymana. Z różnych powodów, w tym powodów natury religijnej lub wyznaniowej, określony termin może być dla kandydata niemożliwy do przyjęcia. W tym kontekście pragnę zwrócić uwagę Pani Minister na wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu z dnia 2 października 1976 r. w sprawie 130-75 (*Vivien Prais przeciwko Rada Wspólnot Europejskich*), w której ETS stwierdził, iż „jeśli kandydat poinformował odpowiedni organ, że z przyczyn religijnych nie może brać udziału w postępowaniu rekrutacyjnym organ ten powinien wziąć to pod uwagę przy ustalaniu terminu egzaminu aby uniknąć takiej daty. Z drugiej strony, jeśli kandydat nie poinformuje o takiej sytuacji w stosownym terminie, organ rekrutujący może odmówić ustalenia alternatywnej daty egzaminu, jeśli inni kandydaci zostali już o egzaminie poinformowani”. Oczywiście, orzeczenie to nie ma zastosowania do sytuacji czysto krajowych, ale państwa kształtując swoje regulacje prawne powinny mieć je na uwadze.

Działając w oparciu o art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) uprzejmie proszę Panią Minister o ustosunkowanie się do podniesionego problemu.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-NSK-078-10607-3/MF/08

Warszawa, 14 marca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Profesorze

Serdecznie dziękujemy za uwagi Pana Rzecznika wskazane przy piśmie znak: RPO-560379-I/07/KJ dotyczące sprawy Lekarskiego Egzaminu Państwowego Pani Angeliki Saltany R., wiernej Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Polsce. Wyrażamy zadowolenie, że powyższa sprawa znalazła pomyślne zakończenie zgodne z wolą wszystkich stron. Pragnę również zapewnić Pana Rzecznika, że aktualnie trwają prace nad nowelizacją przepisów dotyczących przeprowadzania Lekarskiego Egzaminu Podyplomowego i wskazana ww. piśmie uwaga o potrzebie organizowania tego egzaminu w wyjątkowych sytuacjach w terminie innym niż powszechnie obowiązujący będzie przedmiotem dyskusji w tym zakresie. Wyrażamy nadzieję, że biorąc pod uwagę możliwości Centrum Egzaminów Medycznych oraz potrzebę wyjścia naprzeciw potencjalnym sytuacjom, na zaistnienie których Pan Rzecznik zwrócił uwagę będzie możliwe przyjęcie rozwiązań satysfakcjonujących wszystkie strony.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Andrzej Włodarczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-573601-I/07/AB

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 12 lutego 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Do Rzecznika Praw Obywatelskich kierowane są liczne skargi dotyczące sposobu i trybu rekrutacji absolwentów szkół średnich na akademie medyczne. Zgodnie z art. 169 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym* (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 ze zm.), tryb rekrutacji ustala w drodze uchwały senat uczelni medycznej. Swoboda w ustalaniu konkretnych zasad i kryteriów rekrutacji na studia medyczne jest konsekwencją konstytucyjnej zasady autonomii uczelni wyższych (art. 70 ust. 5 Konstytucji).

Jednak autonomicznie podejmowane decyzje szkoły wyższej co do liczby studentów przyjmowanych na studia prowadzone w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym muszą uwzględniać cele szkoły jako instytucji publicznej, określone bezpośrednio w Konstytucji, a także w ustawie o szkolnictwie wyższym (por. wyrok TK z dnia 8 listopada 2008 r. sygn. akt SK 18/99).

Zgodnie z art. 169 ust. 3 ustawy o szkolnictwie wyższym, podstawę przyjęcia na studia medyczne stanowią wyniki egzaminu maturalnego. Natomiast to, jakie wyniki egzaminu maturalnego stanowią podstawę przyjęcia na konkretną akademię medyczną ustala w drodze uchwały senat danej uczelni.

Ustawową zasadą rekrutacji jest więc konkurs wyników egzaminu maturalnego. Rozwiązanie to, co do zasady, nastawione jest na tych kandydatów, którzy zdawali egzamin maturalny w rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. *w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz. U. z 2007 r. Nr 83, poz. 562), w którym określa się zasady przeprowadzania tzw. nowej matury.

Tymczasem jako Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymuję liczne skargi absolwentów szkół średnich legitymujących się świadectwem dojrzałości (tzw. stara matura), dotyczące utrudnionego dostępu tych maturzystów do nauki na akademiach medycznych.

Zgodnie z art. 169 ust. 2 zd. 2 w związku z art. 33 ust. 2 pkt 4 ustawy o szkolnictwie wyższym, uchwałę o warunkach i trybie rekrutacji, senat uczelni podaje do publicznej wiadomości oraz przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Natomiast w myśl art. 36 ust. 1 przywołanej ustawy, właściwy minister stwierdza nieważność uchwały organu kolegialnego uczelni w przypadku stwierdzenia jej niezgodności z prawem lub statutem uczelni.

W związku z powyższym, pragnę zwrócić uwagę Pani Minister, na najczęstsze problemy sygnalizowane w skargach do Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące sposobu i trybu rekrutacji studentów na akademie medyczne.

1. Stosowanie tzw. przeliczników

Tryb przeprowadzania egzaminów maturalnych ulegał w ostatnich latach licznym zmianom i przeobrażeniom. W konsekwencji wiele uczelni wyższych stosuje system tzw. przeliczników, pozwalających na porównanie wyników egzaminów dojrzałości oraz egzaminów maturalnych. System ten budzi jednak wiele kontrowersji. W uzasadnieniu do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 stycznia 2007 r. (sygn. akt U 5/06) czytamy *m.in.* „*przeliczanie ocen jest czynnością dodatkową, następczą. Jest w istocie rekwalifikacją, realizowaną wobec już dokonanej bezpośredniej oceny egzaminu. Nie może zatem być uznane za tożsame z „przeprowadzeniem oceny”, którego bezpośrednim przedmiotem są zachowania i czynności osób zdających egzamin.*”

W tej sytuacji ustawodawca, chcąc zapewnić realizację konstytucyjnej zasady równego dostępu do nauki obu grup maturzystów, wprowadził możliwość przeprowadzania przez uczelnie wyższe dodatkowych egzaminów wstępnych dla osób legitymujących się świadectwem dojrzałości (art. 169 ust. 4 ustawy o szkolnictwie wyższym). Takie rozwiązanie pozwala na przeprowadzenie rekrutacji:

a) dla osób legitymujących się świadectwem maturalnym (tzw. nową maturą) – zgodnie z ustawową zasadą konkursu wyników egzaminów maturalnych,

b) dla osób legitymujących się świadectwem dojrzałości (tzw. starą maturą) – na podstawie wyników egzaminów wstępnych, tj. zgodnie z zasadami obowiązującymi do momentu wprowadzenia tzw. nowych matur.

Co za tym idzie, zasadnym wydaje się takie ukształtowanie zasad rekrutacji na akademie medyczne, aby podstawowym kryterium rekrutacji kandydatów na studia pozostawała ocena uzyskana bezpośrednio na egzaminie maturalnym lub ocena uzyskana w wyniku egzaminów wstępnych.

2. Egzaminy wstępne

Zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie warunków i sposobu oceniania, osoby legitymujące się świadectwem dojrzałości (tzw. starą maturą), w przeciwieństwie do osób legitymujących się świadectwem maturalnym (tzw. nową maturą) nie mają możliwości ponownego przystąpienia do egzaminu maturalnego w celu poprawy uzyskanego wyniku.

Warto zauważyć, że wraz ze zmianą sposobu i trybu przeprowadzania egzaminów maturalnych zmianie uległ także program nauczania w szkołach ponadgimnazjalnych tak, aby uczniowie tych szkół zostali w pełni przygotowani do nowej formuły egzaminu maturalnego. Co za tym idzie, nawet umożliwienie osobom legitymującym się tzw. starą maturą poprawy uzyskanego wyniku w drodze przystąpienia do tzw. nowej matury nie może przynieść oczekiwanego efektu. Absolwenci szkół średnich, którzy ukończyli szkołę przed 2004 r. byli bowiem kształceni innym systemem oraz przygotowywani do innej formy egzaminu.

Z uwagi na to, jak wyżej wspomniano, ustawodawca pozostawił uczelniom wyższym możliwość organizowania dodatkowych egzaminów wstępnych dla tzw. starych maturzystów. W efekcie, osoby legitymujące się świadectwem dojrzałości, podobnie jak tzw. nowi maturzyści, mają co roku możliwość poprawienia swojego wyniku uzyskanego podczas rekrutacji na daną uczelnię wyższą poprzez ponowne przystąpienie do egzaminu wstępnego.

Z uzyskanych przeze mnie informacji wynika jednak, że niejednokrotnie egzaminy wstępne przeprowadzane przez akademie medyczne dla tzw. starych maturzystów zakresem materiału, a także poziomem trudności, znacznie przewyższają poziom tzw. nowych matur. Potwierdza to niewielki procent osób, który z całej grupy kandydatów legitymujących się świadectwem dojrzałości zostaje co roku przyjęty na uczelnie medyczne.

Co za tym idzie, zasadnym wydaje się takie ukształtowanie egzaminów wstępnych na akademie medyczne, aby zakresem przedmiotowym, a także stopniem trudności, nie różniły się znacząco od egzaminów zdawanych w chwili obecnej przez absolwentów szkół średnich.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 8 listopada 2000 r. (sygn. akt SK 18/99) stwierdził, co następuje: *nie może też budzić Żadnych wątpliwości – zważywszy na szczególny sta-*

tus szkół publicznych, że to przede wszystkim za ich pośrednictwem władza publiczna powinna urzeczywistniać wskazane zasady równości i powszechności w dostępie do studiów. Publiczne szkoły wyższe mają w konsekwencji nie tylko kompetencje, ale i obowiązek realizacji zasady powszechności dostępu do wyższego wykształcenia poprzez wszelkie formy studiów (...).

Co za tym idzie, koniecznym wydaje się takie ukształtowanie systemu rekrutacji na poszczególne uczelnie medyczne, aby szanując konstytucyjną zasadę autonomii szkół wyższych, zapewnić jednocześnie równy dostęp do nauki wszystkim grupom maturzystów.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o RPO (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionych kwestii oraz poinformowanie mnie o zajęтым w sprawie stanowisku.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich jestem także świadomy bezpośredniego wpływu, jaki na system rekrutacji studentów na uczelnie wyższe wywiera sposób i tryb przeprowadzania egzaminów maturalnych. W wystąpieniu z dnia 31 grudnia 2007 r. do Minister Edukacji Narodowej – Pani Katarzyny Hall, zwróciłem uwagę, że w ostatnich latach system kształcenia ponadgimnazjalnego podlegał ewolucji, zmierzającej do zasadniczej zmiany charakteru i celu egzaminu maturalnego. System ten nie powinien być bez dostatecznego uzasadnienia destabilizowany. Kolejne zmiany rozporządzenia w sprawie warunków i sposobu oceniania inaczej regulowały zasady zdawania egzaminu maturalnego, czego skutkiem jest obecnie skomplikowany tryb rekrutacji na studia wyższe. Zwróciłem więc uwagę, że kolejna zmiana zasad przeprowadzania egzaminów maturalnych powinna być poprzedzoną głęboką analizą i rzetelną oceną skutków wprowadzanych regulacji.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu

Andrzej Włodarczyk

MZ-NSK-820-14244-I/ML/08

Warszawa, 20 marca 2008 r.

Pan

Janusz Kochanowski

Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Profesorze

W odpowiedzi na pismo znak: RPO-573601-I/07/AB uprzejmie informuję, że w wyniku reformy edukacyjnej Państwa, rekrutacja do uczelni medycznych „rozdzieliła” kandydatów na tych ze „starą” maturą i tych, którzy zdawali maturę w nowym systemie. **Pomysłodawcą „dwutorowego” systemu przyjęć na studia nie są uczelnie medyczne, ponieważ problem ten dotyczy rekrutacji do wszystkich uczelni wyższych w kraju.**

Zanim Senaty Uczelni Medycznych uchwaliły swoje zasady rekrutacji na mocy samorządnych decyzji, odbyło się wiele spotkań i dyskusji z udziałem wielu ekspertów, prawników, a także opinii samorządu studenckiego. Dostępność do studiów w myśl zapisów Konstytucji RP była również przedmiotem korespondencji z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich.

Zasady rekrutacji na kierunki medyczne prowadzone przez daną uczelnię zostały zatwierdzone przez senaty uczelni i podane do publicznej wiadomości dla kandydatów na studia.

Na skutek sugestii Departamentu Prawnego Ministra Edukacji Narodowej o konieczności zachowania zasad równości konstytucyjnej w dostępie na studia obu grup kandydatów, egzamin dla „starych” maturzystów został organizacyjnie i merytorycznie możliwie jak najbardziej ujednolicony z nową maturą, poprzez następujące działania:

1. Egzamin ten obejmuje sprawdzian wiedzy z tych samych przedmiotów, które zdawali nowi maturzyści (biologia, fizyka, chemia),
2. Pytania zostały opracowane przez zespół ekspertów Centralnej Komisji Egzaminacyjnej Ministerstwa Edukacji Narodowej i posiadają ten sam stopień trudności jak pytania stosowane w nowej maturze,
3. Egzamin jest sprawdzany w uczelniach medycznych przez egzaminatorów analogicznie przygotowanych do tego zadania, jak egzaminatory sprawdzający nową maturę.

Zasadnym jest więc stwierdzenie, iż Uczelniane Komisje Rekrutacyjne dołożyły wszelkiej staranności, by obie grupy zdających miały możliwie tożsamy dostęp do studiów. Wszystkim kandydatom postawiono wysokie wymogi merytoryczne.

Nieco inny system przyjęć zaproponowała jedynie uczelnia poznańska (kandydaci zdają dwa przedmioty z trzech kierunkowych: biologia oraz do wyboru chemia lub fizyka – zarówno ze Starą jak i nową maturą). Na powyższe zezwalają zapisy cytowanej ustawy.

We wszystkich uczelniach o przyjęciu na studia decyduje łączny wynik egzaminu zdawanego przez „nowych” i „starych” maturzystów.

Minister Zdrowia nie ma tytułu prawnego do interwencji w samorządne decyzje senatów uczelni i przyjętą procedurę, która jest zgodna z cytowaną ustawą.

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego również otrzymuje skargi od absolwentów szkół średnich legitymujących się tzw. „starą” maturą dotyczące utrudnionego, zdaniem tych absolwentów, dostępu do nauki na uczelniach medycznych. Nie podzielamy jednak poglądu iż z faktu, że tylko niewielki procent osób legitymujących się „starą” maturą zostaje co roku przyjęty na uczelnie medyczne, można wyciągać wniosek, że egzaminy wstępne dla „starych” maturzystów zakresem materiału, a także poziomem trudności, znacznie przewyższają poziom tzw. nowych matur. Od bardzo wielu lat, jeszcze przed rozdzieleniem maturzystów na „starych” i „nowych” na uczelnie medyczne dostali się głównie absolwenci szkół średnich z aktualnego rocznika maturalnego i im dalej od matury tym mniejszy procent kandydatów zostawał przyjęty.

Dziękuję za wszystkie uwagi Pana Rzecznika i zapewniam, że w rozmowach z władzami uczelni medycznych będziemy przekazywać Pana stanowisko.

Z wyrami szacunku

Z upoważnienia
PODSEKRETARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA
/-/ Andrzej Włodarczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 17 marca 2008 r.

RPO-574708-X/07/AR/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr73 poz. 763 ze zm.), mocą art. 4 ust. 4 zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Psychologów, standardów stosowania psychoterapii przez psychologów wobec osób z chorobami i problemami zdrowotnymi określonymi w obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ogłaszanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Obowiązek ten nie został dotychczas wykonany.

Prezes Narodowego Funduszu nie jest wprawdzie uprawniony do wyłączenia Ministra Zdrowia z wykonywania nałożonych na Ministra obowiązków, ale lukę tę jednakże „wypełnił”, wprowadzając mocą § 2 ust. 1 pkt 29 zarządzenia nr 57/2007/DSOZ z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, definicję „psychoterapeuty”. Za podstawę wydania zarządzenia przyjęto art. 102 ust 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze. zm.). Nie są to przepisy materialne, ale wyłącznie kompetencyjne, nie wynika z nich uprawnienie Prezesa NFZ do stanowienia przepisów o charakterze materialnym, dotyczących statusu oraz prawa wykonywania zawodu psychoterapeuty.

Zważyć należy również, że zarządzenie Prezesa NFZ jest aktem prawa wewnętrznego i jako takie nie może kształtować sytuacji prawnej podmiotu spoza układu organizacyjnego, podległego organowi wydającemu akt. Realizacja normy wewnętrznej nie może mieć refleksu w stosunku do obywatela, nie może też upoważniać ani zobowiązywać jednostki podpo-

rządowanej organowi wydającemu dany akt, do bezpośredniego oddziaływania na zachowanie obywateli.¹⁰

Uprzejmię informuję, że w sprawie skutków braku rozporządzenia, jakie winno być wydane na podstawie art. 4 ust. 4 powołanej ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, dla swej sytuacji zawodowej zwrócił się do Rzecznika Praw Obywatelskich Pan Zygmunt Konecki – Olech ze Świdnicy. W swej skardze wskazuje, że zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 19 września 2007 r. pozbawia go słusznie nabytego prawa do wykonywania zabiegów psychoterapii, mimo posiadania drugiego stopnia specjalizacji z zakresu psychologii klinicznej oraz wieloletniego doświadczenia.

Sprawa ta badana była w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia i zakończona pismem do Zainteresowanego z dnia 4 lutego br. (sygn. MZ-UZ-OPK-71-10401-1/AP/08). W piśmie tym zwraca uwagę informacja, przytoczona bezkrytycznie na podstawie „wyjaśnień Narodowego Funduszu Zdrowia”, że „u podstaw określenia takiej definicji psychoterapeuty, leżała konieczność ujednoczenia wymagań w stosunku do tej grupy specjalistów, zarówno w zakresie koniecznego wykształcenia jak i posiadanego doświadczenia zawodowego”. Informacja ta ilustruje poza wątpliwością fakt przekroczenia kompetencji przez Prezesa NFZ, który uregulował swym zarządzeniem materię, zastrzeżoną dla Ministra Zdrowia.

Na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.), zwracam się więc do Pani Minister o:

1. pilne wykonanie obowiązku określonego w art. 4 ust. 4 o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, poprzez wydanie rozporządzenia dotyczącego standardów stosowania psychoterapii przez psychologów wobec osób z chorobami i problemami zdrowotnymi (...);

2. podjęcie w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych pilnych działań, zmierzających do zmiany zarządzenia nr 57/2007/DSOZ z dnia 19 września 2007 r., poprzez wyeliminowanie przepisów, wydanych z przekroczeniem kompetencji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

¹⁰ Por. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego K.25/99z dnia 28 czerwca 2000 r.

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 16 kwietnia 2008 r.

MZ-NS-ZM-073-14735-2/MN/08

Pan
Stanisław Trociuk
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Wielce Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma znak: RPO-574708-X/07/AR/TG przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie:

Wprowadzona Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia definicja psychoterapeuty, została przygotowana w celu określenia zasad, na podstawie których będą zawierane umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna oraz leczenie uzależnień. Należy podkreślić, że zgodnie z *Zarządzeniem nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku, w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, psychoterapeutą może być osoba, która ukończyła studia wyższe, posiada zaświadczenie o ukończeniu atestowanego lub rekomendowanego szkolenia w zakresie psychoterapii i może prowadzić psychoterapię. Dokumentem potwierdzającym uzyskanie kwalifikacji psychoterapeuty (do czasu wydania odrębnych przepisów określających umiejętności psychoterapeutów) jest certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Jak wskazał Narodowy Fundusz Zdrowia wspomniana definicja została uzgodniona z Panem Profesorem Markiem Jarema, Konsultantem Krajowym w dziedzinie psychiatrii, który podtrzymał stanowisko na ten temat Pana Profesora Stanisława Pużyńskiego, byłego Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychiatrii.

Odnosząc się do podniesionej kwestii dotyczącej uchylenia wspomnianego *Zarządzenia nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia* informuję, że zgodnie z art. 146 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) a także rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005, Nr 197, poz. 1643), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia musi określić **wszystkie informacje niezbędne do przeprowadzenia procesu kontraktowania oraz realizacji świadczeń**, bowiem ich brak może wywołać określone następstwa, w tym niezabezpieczenie świadczeń w określonym rodzaju. Zgodnie z art. 163 ust. 2 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) Minister Zdrowia stwierdza nieważność decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń. Analizując Zarządzenia Prezesa NFZ nr 57/2007/DSOZ uznano, że w sytuacji gdy brakuje odpowiednich regulacji prawnych, a tak jest w kwestii kwalifikacji psychoterapeutów oraz standardów stosowania psychoterapii, konieczne jest ustalenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia minimalnych wymagań dotyczących realizacji świadczeń psychoterapeutycznych tak aby było możliwe zabezpieczenie świadczeń na właściwym poziomie.

Należy podkreślić, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie uregulował statusu ani prawa wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce, ale jedynie dookreślił wymogi jakie stawia świadczeniodawcom przy zawieraniu umów. W związku z powyższym nic nie stoi na przeszkodzie wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce, bez zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, przez osoby nie posiadające kwalifikacji określonych w wyżej wymienionym Zarządzeniu. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może określać wysokie standardy dla świadczeniodawców z którymi zawiera umowy. Musi przy tym przestrzegać wspomnianych kryteriów czyli zgodności z prawem oraz konieczności zabezpieczenia świadczeń. W związku z powyższym uznaję, że nie ma podstaw do stwierdzenia nieważności wspomnianego Zarządzenia.

W odniesieniu do kwestii nie wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie standardów stosowania psychoterapii przez psychologów wynikającego z art. 4 ust. 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763 i Nr 154, poz. 1798) informuję, iż w związku z wejściem w życie w dniu 1 stycznia 2006 r. ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, Departament Zdrowia Publicznego w dniu 31 stycznia 2006 r. przystąpił do prac legislacyjnych nad ww. rozporządzeniem. Dochowując wszelkich procedur doprowadził projekt rozporządzenia w sprawie standardów stosowania psychoterapii przez psychologów do momentu skierowania projektu ww. rozporządzenia w dniu 17 marca

2006 roku do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych. W związku z zawartym w art. 4 ust. 4 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów przepisem, iż „Minister właściwy do spraw zdrowia **po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Psychologów**, określi, w drodze rozporządzenia standardy stosowania psychoterapii przez psychologów...”, która to Krajowa Rada Psychologów nie została nigdy powołana, a także w związku z brakiem opinii od Komitetu Organizacyjnego Izb Psychologów, który zgodnie z art. 62 ust. 3 ww. ustawy do czasu wyboru krajowych organów samorządu psychologów ma uprawnienia Krajowej Rady Psychologów, Minister Zdrowia wobec braku możliwości wypełnienia przepisu art. 4 ust. 4 ww. ustawy wstrzymał prace legislacyjne nad rozporządzeniem.

Należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie zwracało się, niestety bezskutecznie, pismami: z dnia 17 maja 2006 r. znak: MZ-ZPP-61-2040-27/MS/06, z dnia 3 lipca 2006 r. znak: MZ-ZPP-61-2040-29/MS/06 i z dnia 7 września 2006 r. znak: MZ-ZPP-61-2040-30/MS/06 (pisma w załączeniu) z prośbą o opinię w sprawie ww. projektu rozporządzenia do Komitetu Organizacyjnego Izb Psychologów.

Należy również poinformować, że Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, a więc „gospodarz” ustawy prowadziło w roku 2007 intensywne prace nad nową *ustawą o wykonywaniu zawodu psychologa*, która zgodnie z informacją zawartą w uzasadnieniu do niej, miała rozwiązać problemy wynikające z niewłaściwego powoływania i działania organów samorządu zawodowego psychologów.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 16 maja 2008 r.

RPO-588166-X/08/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał wniosek o zbadanie legalności zarządzenia Nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, które określiło definicję „fizjoterapeuty” (kopia listu w załączeniu).

Zdaniem wnioskodawców, kwestionowane zarządzenie pozbawiło całą rzeszę pracowników możliwości dalszego udzielania świadczeń z zakresu fizjoterapii w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez jakiegokolwiek okresu przejściowego pozwalającego na uzupełnienie kwalifikacji, a także jest sprzeczne z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (jt. Dz. U. z 2007 r. Nr 226, poz. 1675 ze zm.). Ponadto, w opinii wnioskodawców, „nie ma żadnego uzasadnienia dla wprowadzania dwóch odmiennych definicji tej samej grupy zawodowej”. Powołują się przy tym na definicję „fizjoterapeuty” wynikającą z § 2 ust. 1 pkt 2 cytowanego zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz definicję „fizjoterapeuty” wynikającą z § 2 ust. 1 pkt 3 zarządzenia Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o spowodowanie zbadania omawianych przepisów oraz zajęcie stanowiska odnośnie szczegółowych kwestii podnoszonych w załą-

czonym wniosku. Będę jednocześnie zobowiązany za przekazanie informacji w tej sprawie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelski

MINISTER ZDROWIA
MZ-UZ-OPK-073-12080-2/AP/08

Warszawa, 2 lipca 2008 r.

Pan
Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem Pana Rzecznika z dnia 16 maja 2008 roku, znak: RPO-588166-X/08/AA, dotyczącym zbadania legalności zarządzenia nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Minister Zdrowia, zgodnie z przepisami działu VII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210. poz. 2135, z późn. zm.), sprawuje nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia. W ramach posiadanych ustawowych uprawnień Minister Zdrowia bada decyzje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym wydawane zarządzenia, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, zaś stwierdzenie nieważności decyzji może nastąpić w przypadku gdy narusza ona prawo, prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej lub do nierównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

W związku z przesłanymi zarzutami odnośnie braku spójności definicji fizjoterapeuty stosowanej w zarządzeniu nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecz-

nicza w stosunku do definicji zawartej w zarządzeniu nr 57/DSOZ/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zgodnie z przepisami zarządzenia nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza fizjoterapeutą jest:

- osoba, która rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytułu licencjata lub magistra na tym kierunku;

- osoba, która rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku;

- osoba, która rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej;

- osoba, która rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3 miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej;

- osoba, która ukończyła do dnia 31 grudnia 2007 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała dyplom technika fizjoterapii.

Należy podkreślić, że system kształcenia w zawodach medycznych w Polsce uległ transformacji, w wyniku której zmieniło się również kształcenie w zawodzie fizjoterapeuty. Jednakże już od roku 1979 kwalifikacje do wykonywania wyżej wymienionego zawodu można było uzyskać na wyodrębnionym kierunku studiów *rehabilitacja ruchowa*, który w roku 1997 przekształcono na kierunek *fizjoterapia*. Mając na uwadze powyższe warto zwrócić uwagę, iż od roku 1979 uczelnie prowadzące kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu fizjoterapeuty powinny prowadzić studia na kierunku *rehabilitacja ruchowa*, a od roku 1997 na kierunku *fizjoterapia*. Specyfika wykonywania zawodu medycznego, jakim jest zawód fizjoterapeuty wymaga bowiem innej wiedzy i umiejętności zawodowych niż legitymują się absolwenci kierunku *wychowanie fizyczne*.

Analiza standardów kształcenia na kierunku *wychowanie fizyczne* i na kierunku *fizjoterapia* wskazuje na bardzo istotne różnice i inne kompetencje absolwenta. Nie jest więc możliwym uznanie, iż absolwenci tak różnych kierunków studiów przygotowani są do wykonywania tego samego zawodu.

Ministerstwo Zdrowia badało już kwestie wymogów stawianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia odnośnie wykształcenia fizjoterapeutów, przy okazji zastrzeżeń artykułowanych przez absolwentów Uniwersytetu Rzeszowskiego. W odniesieniu do kształcenia studentów na Wydziale Wychowania Fizycznego tej uczelni na kierunku *wychowanie fizyczne w zakresie nauczania wychowania fizycznego oraz rehabilitacji*, należy stwierdzić, że szczegółowa analiza planu studiów z uwzględnieniem wykazu przedmiotów oraz siatki godzin wykazała znaczące różnice w odniesieniu do kształcenia na kierunku *fizjoterapia*.

W związku z powyższym uzasadnione było twierdzenie, że absolwenci Uniwersytetu Rzeszowskiego, którzy ukończyli kierunek *wychowanie fizyczne ze specjalnością rehabilitacja/fizjoterapia*, nie są uprawnieni do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Osoby te mogą jednak wykonywać czynności związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjne zabiegi fizjoterapeutyczne pod nadzorem i w czasie pracy w gabinecie/zakładzie magistra fizjoterapii, który bierze odpowiedzialność za te osoby.

Absolwenci Uniwersytetu Rzeszowskiego – co wskazuje załączony do pisma Pana Rzecznika komunikat Narodowego Funduszu Zdrowia – którzy ukończyli kierunek: *wychowanie fizyczne ze specjalnością rehabilitacja/fizjoterapia* mogą ubiegać się o możliwość dalszego wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjne zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane w ramach umowy z NFZ do czasu ukończenia studiów uzupełniających pod warunkiem, że:

- byli zatrudnieni w publicznym lub niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej realizującym umowę z NFZ, na stanowisku fizjoterapeuty minimum od 2 lat

- do dnia 14 marca zostaną wpisani na listę studentów i rozpoczną studia niezwłocznie po ich uruchomieniu przez Uniwersytet Rzeszowski

Należy podkreślić, że osoby których dotyczy wyżej wymieniony problem, nie mogą w ramach wykonywanych obowiązków samodzielnie podejmować decyzji terapeutycznych, zlecać dodatkowych świadczeń i ustalać programu rehabilitacji.

Odnosząc się do kwestii rozbieżności definicji dotyczących fizjoterapeutów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień należy uznać, iż w ramach rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień fizjoterapeuta ma za zadanie przede wszystkim

usprawnianie ruchowe pacjenta, a specyfika leczenia w tym zakresie nie wiąże się bezpośrednio z usprawnianiem po urazach czy po leczeniu.

W związku z powyższym przepisy zawarte w zarządzeniu 57/DSOZ/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dopuszczają zatrudnianie osób nie posiadających kwalifikacji do wykonywania zawodu fizjoterapeuty (w ramach spełniania wymagań zawartych w załączniku nr 3 do zarządzenia).

Mając na uwadze powyższe Minister Zdrowia nie stwierdził nieważności zarządzenia nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz zarządzenia nr 57/DSOZ/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

/-/ Ewa Kopacz

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-589998-I/08/KJ

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 14 kwietnia 2009 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Od dłuższego czasu prowadzę korespondencję z władzami Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w sprawie pobierania opłat za prowadzenie przewodów doktorskich. Wpłynęły do mnie w tej sprawie skargi Pana dr. Marka K. oraz Pani dr. Marty O. Oboje podpisali zobowiązanie do wniesienia stosownych opłat, co zostało wymuszone jako warunek otwarcia przewodu. Pobieranie opłat przez wrocławską uczelnię wynikało z wewnętrznych przepisów Akademii, które były jednak

sprzeczne z przepisami prawa powszechnie obowiązującego. W sprawie niedopuszczalności takiego postępowania wielokrotnie zabierała głos – m. in. w odpowiedzi na moje wystąpienia – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego Pani prof. Barbara Kudrycka. Po kolejnej wymianie korespondencji w tej sprawie, w której uzyskałem cenne wsparcie ze strony Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, uczelnia zmieniła swoje wewnętrzne przepisy dostosowując je do regulacji Prawa o szkolnictwie wyższym. Akademia nie odstąpiła jednak niestety od wystawiania dla obojga skarżących wezwań do zapłaty, mimo, iż przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia zwrócił Rektorowi uwagę na fakt, iż pobieranie opłat, które za podstawę miały wewnętrzne przepisy sprzeczne z prawem powszechnie obowiązującym, nie może mieć miejsca.

Stanowisko Rektora Akademii, zajęte w oparciu o nowe zarządzenie Rektora, iż do przewodów wszczętych przed zmianą przepisów stosuje się regulacje dotychczasowe, wydaje się co najmniej niezrozumiałe. Klauzula stosowania przepisów dotychczasowych do czynności wszczętych w trakcie ich obowiązywania jest powszechnie stosowana w prawie. Ale w tym konkretnym przypadku sprawa dotyczy przepisów sprzecznych z prawem powszechnie obowiązującym. Stanowisko Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego jest jednoznaczne. Pobieranie opłat za przewody doktorskie i habilitacyjne jest niedopuszczalne. Pozostając przy swojej argumentacji Rektor Akademii daje do zrozumienia, iż stosowanie przepisów uczelnianych sprzecznych z prawem uważa za prawidłowe.

Mając powyższe na względzie, działając w oparciu o art. 14 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (t.j. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), uprzejmie proszę Panią Minister o rozważenie zastosowania środków przewidzianych w przepisach prawa w celu usunięcia wskazanego przeze mnie naruszenia praw i wolności obywatelskich w działalności wrocławskiej Akademii Medycznej.

Będę zobowiązany za powiadomienie mnie o podjętych przez Panią Minister decyzjach.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

Do wiadomości:
Pani Barbara Kudrycka
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
ul. Wspólna 1/3
00-529 Warszawa

2.6.3. Odpowiedzialność zawodowa

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-529650-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 11 kwietnia 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Zmuszony jestem zwrócić się do Pana Ministra w kwestii postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz innych pracowników medycznych.

Problem ten w przypadku lekarzy i lekarzy dentyków reguluje rozdział 6 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 z póź. zm.). Zgodnie z art. 41 tej ustawy, członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Oskarżycielem w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej jest właściwy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, a sprawy z tego tytułu rozpatrują okręgowe sądy lekarskie oraz Naczelny Sąd Lekarski (art. 52 i 46). Ustawa określa również rodzaje kar, które może orzec sąd lekarski, przesłanki wyłączenia ścigania, termin przedawnienia odpowiedzialności oraz przyznaje obwinionemu prawo do obrońców (art. 42, 49, 51 i 53). Jednocześnie, ustawodawca w sprawach nie uregulowanych w ustawie i w konkretnych sytuacjach procesowych, odsyła do przepisów Kodeksu postępowania karnego (art. 57 ust. 1 oraz art. 49 ust. 1) oraz zobowiązuje Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, szczegółowych przepisów o organizacji i składzie sądów lekarskich, trybie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, prawach i obowiązkach stron i świadków, trybie wykonywania kar oraz o kosztach

postępowania (art. 57). Wykonaniem tej delegacji jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. Nr 69, poz. 406).

Trzeba zauważyć, że powołane przepisy budzą poważne zastrzeżenia, co do ich zgodności z normami obowiązującej Konstytucji RP.

Artykuł 57 ust 2 powołanej ustawy, zawierający delegację do wydania cytowanego rozporządzenia, nie spełnia wymagań przewidzianych w art. 92 ust. 1 Konstytucji. W świetle tego artykułu, „rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu”. Zgodnie z dotychczasowym orzecnictwem Trybunału Konstytucyjnego, art. 92 ust. 1 Konstytucji dopuszcza stanowienie rozporządzeń tylko na podstawie „szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania”. Upoważnienie musi mieć charakter szczegółowy pod względem podmiotowym (musi „określać organ właściwy do wydania rozporządzenia”), przedmiotowym (musi określać „zakres spraw przekazanych do uregulowania”) oraz treściowym (musi określać „wytyczne dotyczące treści aktu”).

Również przepisy powołanego rozporządzenia w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie spełniają wymaganych standardów legislacyjnych. Przepisom tym można bowiem postawić zarzut sprzeczności z obowiązującymi ustawami. W myśl art. 57 ust. 1 cytowanej ustawy o izbach lekarskich, w sprawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy stosuje się w pierwszym rzędzie przepisy tej ustawy, a w sprawach w niej nie uregulowanych – odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego (obecnie – ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego – Dz. U. Nr 89, poz. 555 z póź. zm.). Delegacja zawarta w art. 57 ust. 2 omawianej ustawy upoważnia wprawdzie do wydania rozporządzenia wykonawczego, zawierającego przepisy m.in. o prawach i obowiązkach stron, ale mają to być jednak przepisy „szczegółowe”, a więc takie, które „doprecyzowują” przepisy ustawowe, bez zmiany ich istoty.

Okazuje się, że cytowane rozporządzenie wykracza poza zakres upoważnienia ustawowego i nie tylko „doprecyzowuje” przepisy ustawowe, uwzględniając szczególny charakter odpowiedzialności zawodowej lekarzy, ale zmienia ich istotę. I tak, przepis § 18 tego rozporządzenia zawęża uprawnienia pokrzywdzonego do: zgłaszania wniosków dowodowych,

wniesienia zażalenia na postanowienie rzecznika odpowiedzialności zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego i o umorzeniu postępowania, wniesienia odwołania od orzeczenia sądu lekarskiego kończącego postępowanie (z zastrzeżeniem § 46 ust. 2), przeglądania akt sprawy (z tym, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski może ograniczyć pokrzywdzonemu dostęp do nich w zakresie objętym tajemnicą lekarską).

Przepisy rozporządzenia pozbawiają pokrzywdzonego wielu praw, które przysługiwałyby mu na podstawie Kodeksu postępowania karnego. I tak przykładowo, pozbawiają pokrzywdzonego prawa strony w postępowaniu sądowym, podstawowego prawa pokrzywdzonego do możliwości występowania w roli oskarżyciela posiłkowego, wynikającego z art. 53 Kpk (a w efekcie tego – prawa do zawiadomienia o terminie rozprawy, prawa do uczestniczenia w rozprawie i prawa obecności na rozprawie), prawa do wniesienia aktu oskarżenia do sądu w razie powtórnego wydania postanowienia o odmowie wszczęcia lub o umorzeniu postępowania (art. 55 Kpk), prawa do skierowania zażalenia do sądu w razie gdy Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej nie przychylił się do zażalenia (art. 306 § 2 Kpk). Przepis § 46 ust. 2 rozporządzenia ogranicza nadto prawo pokrzywdzonego do odwołania się od orzeczeń kończących postępowanie w I instancji tylko w części dotyczącej winy (takiego ograniczenia nie zna Kodeks postępowania karnego). Daleko idące różnice wykazuje również postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w porównaniu z postępowaniem karnym w zakresie uregulowania jawności rozprawy. W postępowaniu karnym jawność rozprawy jest zasadą (art. 355 Kpk), gwarantowaną również przez Konstytucję (art. 45), a w postępowaniu korporacyjnym – jawność zewnętrzna podlega daleko idącym ograniczeniom podmiotowym (w myśl § 5 ust. 1 omawianego rozporządzenia, rozprawa przed sądem lekarskim jest jawna dla członków samorządu lekarskiego).

Przepisy omawianego rozporządzenia nasuwają również wątpliwości w zakresie ich zgodności z przepisami obowiązującej Konstytucji. Ograniczona (do członków izby lekarskiej) zasada jawności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, nie tylko nasuwa zastrzeżenia z punktu widzenia norm obowiązującej Konstytucji, ale również nie odpowiada standardom międzynarodowym. Ponadto, w świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i mo-

ralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. W tym stanie rzeczy, gwarancje procesowe (prawa i obowiązki obywateli, w tym także obywateli jako pokrzywdzonych) powinny być regulowane w drodze ustawowej, a nie w rozporządzeniu wykonawczym.

W konkluzji należy stwierdzić, że omawiane przepisy nie tworzą przejrzystego modelu odpowiedzialności zawodowej, jako odrębnego, korporacyjnego postępowania służącego merytorycznej ocenie postępowania lekarzy, a niejasne odesłanie do przepisów Kodeksu postępowania karnego („odpowiednie stosowanie”) jest przedmiotem kontrowersji na tle stosowania konkretnych przepisów tego Kodeksu oraz podstawowych zasad procesem tym rządzących. W efekcie, normy zawarte w Kodeksie postępowania karnego traktowane są niejednokrotnie dowolnie i wybiórczo, stosownie do „wygody” w danej sytuacji faktycznej.

Powołane przepisy nie stwarzają równych szans obrony swoich interesów przez lekarza i przez pokrzywdzonego pacjenta, stawiając w uprzywilejowanej sytuacji podejrzanego lub obwinionego lekarza wobec pozycji prawnej pokrzywdzonego. Słaba pozycja pokrzywdzonego jako uczestnika postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz jako strony postępowania sądowego w tzw. procesach lekarskich krytykowana jest w Ustach obywateli oraz organizacji zajmujących się ochroną praw pacjentów, kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich. Główne zarzuty podnoszone przez pokrzywdzonych w korespondencji w tej materii do Rzecznika to:

- przewlekłość postępowania wyjaśniającego przed okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej ponad przewidziany termin trzech miesięcy od daty zawiadomienia o popełnieniu przewinienia zawodowego (§ 28 ust. 1 rozporządzenia), co niejednokrotnie prowadzi do przedawnienia karaniami z tytułu odpowiedzialności zawodowej,

- prowadzenie postępowania wyjaśniającego bez zachowania obowiązującej procedury, w myśl której tylko Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas oznaczony, nie dłuższy niż 3 miesiące, a Naczelny Sąd Lekarski – w przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie 6 miesięcy (§ 28 ust. 2 i 3 rozporządzenia),

- nagminne nieinformowanie skarżących o fakcie wszczęcia postępowania wyjaśniającego oraz o przyczynach przedłużania tego postępowania,

- odmowa wglądu do akt postępowania,

- stronniczość rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądów lekarskich, powodowana solidarnością zawodową wobec obwinianych

lekarzy oraz przyzwoleniem (tolerowaniem) dla nieetycznych zachowań członków korporacji lekarskiej,

- niejednoznaczność opinii biegłych lekarzy, które w toku postępowania interpretowane są wyłącznie na korzyść obwinianych lekarzy, brak obiektywizmu biegłych, przewlekłość opiniowania,
- powoływanie biegłych z tej samej placówki co obwiniony lekarz, przy ograniczonej możliwości wyłączenia takiego biegłego, którego opinia jest często koronnym dowodem w postępowaniu przeciwko koledze,
- wymierzanie zbyt łagodnych kar za przewinienia zawodowe,
- aroganckie i lekceważące traktowanie pokrzywdzonych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Na przebieg postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej skarżą się również obwinieni lekarze, którzy podnoszą, że w toku postępowania naruszane są ich prawa przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Skargi te dotyczą, w szczególności: odmowy dopuszczenia wniosków dowodowych, nieinformowania obwinionych o przyczynach odrzucenia tych wniosków i możliwości wniesienia zażalenia, nierzetelności postępowania oraz odmowy dostępu do akt sprawy, co w odczuciu skarżących wskazuje na ograniczanie ich konstytucyjnego prawa do obrony.

Nie sposób jednocześnie nie zwrócić uwagi na nieprawidłowe relacje części rzeczników odpowiedzialności zawodowej z innymi organami publicznymi, w tym z Rzecznikiem Praw Obywatelskich. Z korespondencji będącej w posiadaniu Biura RPO dotyczącej skarg obywateli w zakresie prowadzenia postępowań z tytułu odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynika, że wyjaśnień w indywidualnych sprawach obywateli nie otrzymywał, niejednokrotnie pomimo ponagleń i wskazania terminu załatwienia sprawy, również Rzecznik Praw Obywatelskich. Sytuacja powyższa podważa zaufanie obywateli do instytucji publicznych, a także jest powodem uzasadnionego rozgoryczenia zainteresowanych pacjentów i lekarzy.

W świetle powyższego, uregulowania zawarte w omawianej ustawie i rozporządzeniu wymagają daleko idących i wszechstronnych zmian, dostosowujących obowiązujące przepisy do norm zawartych w Konstytucji RP i regulacjach międzynarodowych oraz do nowych wymagań i standardów, z zachowaniem jednakże odrębności i wewnątrz korporacyjnego charakteru tego postępowania. Zmiany te powinny zmierzać w kierunku lepszego zagwarantowania ochrony praw uczestników postępowania oraz wzmocnienia nadzoru nad tym postępowaniem, zapewniającego równowagę między reprezentacją interesów korporacyjnych a dbałością o interes publiczny oraz interes indywidualny pacjentów i lekarzy.

Konieczne jest również stworzenie mechanizmów zapewniających profesjonalizm, obiektywizm, przejrzystość i skuteczność postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej lekarzy (postępowanie jest skuteczne tylko wówczas, gdy cieszy się zaufaniem i skarżących i obwinionych – nie może zatem służyć źle rozumianej ochronie środowiska lekarskiego, ani odbywać się poza nim). W szczególności, zmiany wymaga przyjęta obecnie zasada ograniczonej jawności postępowania. Zapewnienie obwinionemu lekarzowi prawa do publicznego rozpatrzenia sprawy oraz wyraźne zagwarantowanie pokrzywdzonemu możliwości udziału w postępowaniu, a w efekcie zwiększenie możliwości kontroli społecznej nad postępowaniem, przyczyni się do bardziej sprawiedliwego karanie oraz zwiększenia przejrzystości i rzetelności działania organów samorządu zawodowego.

W toku prac legislacyjnych nad zmianą omawianych przepisów rozważenia wymagają, w szczególności następujące problemy:

- wzmocnienie pozycji pokrzywdzonego w postępowaniu z tytułu odpowiedzialności zawodowej, nadanie mu prawa strony w postępowaniu sądowym,

- wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, w tym w zakresie bezczynności tego organu i przestrzegania ustalonej procedury,

- doprecyzowanie zależności oraz określenie charakteru wzajemnych stosunków między okręgowymi rzecznikami a Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej,

- wprowadzenie odpowiedzialności rzeczników okręgowych i Naczelnego Rzecznika za przekroczenie swoich uprawnień lub niedopełnienie obowiązków i działanie w ten sposób na szkodę interesu publicznego lub prywatnego – na zasadach podobnych jak w przypadku funkcjonariuszy publicznych,

- zapewnienie jednoznaczności i obiektywizmu opinii biegłych lekarzy oraz wyeliminowanie przewlekłości opiniowania,

- wyeliminowanie formalnych utrudnień w prowadzeniu postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej oraz przewlekłości postępowania,

- przedłużenie okresu przedawnienia odpowiedzialności zawodowej (obecnie 3 lata od daty czynu), szczególnie w sytuacji, gdy skutki błędu w sztuce lekarskiej nie uwidoczniły się bezpośrednio po wadliwym udzieleniu świadczenia zdrowotnego,

- wyraźne uregulowanie zakresu przedmiotowego odpowiedzialności zawodowej, w szczególności w odniesieniu do czynów nieetycznych lekarza popełnionych bez związku z wykonywaniem zawodu,

– dostosowanie katalogu sankcji za przewinienia zawodowe do ustalonego zakresu przedmiotowego odpowiedzialności zawodowej.

Wymienione zastrzeżenia i postulaty dotyczą również regulacji odnoszących się do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych, a także farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Przepisy dotyczące tych grup zawodowych były bowiem wzorowane na rozwiązaniach ustalonych dla lekarzy, a nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2003 r. w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów (Dz. U. Nr 65, poz. 612) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania dyscyplinarnego w stosunku do diagnostów laboratoryjnych (Dz. U. Nr 226, poz. 2295), nie usuwają wszystkich, podniesionych wyżej zastrzeżeń.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o spowodowanie podjęcia sygnalizowanej sprawy i rozwiązanie podnoszonych kwestii zgodnie z obowiązującymi obecnie wymogami. Zobowiązany będę za przekazanie informacji odnośnie działań Pana Ministra w tej materii.

Pozwolę sobie zauważyć, że Rzecznik Praw Obywatelskich problem ten w 1999 r. przedstawił ówczesnemu Ministrowi Zdrowia (pismo z dnia 14 czerwca 1999 r. – RPO-306646/99), który podzielił sygnalizowane zastrzeżenia, zapowiadając usunięcie nieprawidłowości. Kilkakrotne interwencje mego poprzednika w sprawie zmiany powołanych przepisów doprowadziły do przygotowania – przy udziale samorządu zawodowego lekarzy – stosownej noweli ustawy o izbach lekarskich oraz projektu nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Projekty te były przedmiotem wielu profesjonalnych debat oraz uzgodnień międzyresortowych i społecznych. Dalsze działania legislacyjne w tej materii zostały zawieszono w związku z podjęciem w końcu 2002 r., z inicjatywy ówczesnego Prezesa Rady Ministrów, prac nad przygotowaniem projektu ustawy o sprawowaniu przez samorządy zawodowe pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów zaufania publicznego oraz nadzorze nad działalnością samorządów zawodowych.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Dialogu

Społecznego

MZ-DS-077-219-3/JB/06

Warszawa, 13 grudnia 2006 r.

Biuro

Rzecznika Praw Obywatelskich

W ślad za pismem z dnia 16 maja 2006 r. (znak: MZ-DS-OP-079-387-243/JB/06) dotyczącym nowelizacji ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) uprzejmie przekazuję następujące dodatkowe informacje w sprawie.

Zgodnie z zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia wkładem do Programu Działań Rządu w sprawie wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wobec Polski planowana nowelizacja przepisów ustaw samorządowych w zakresie dotyczącym odpowiedzialności zawodowej oraz możliwości zaskarżania uchwał samorządów zawodów medycznych przeprowadzona zostanie w oparciu o opracowywaną obecnie nowelizację ustawy o izbach lekarskich.

Nowelizacja zakłada wprowadzenie do ustawy uregulowań zmierzających do:

1. przyznania Ministrowi Zdrowia prawa zaskarżania orzeczeń wydanych przez sądy zawodowe,

2. przyznania lekarzowi, pielęgniarce, położnej, farmaceucie prawa do wniesienia odwołania do sądu powszechnego od orzeczeń naczelnych sądów korporacji, niezależnie od rodzaju orzeczonej wobec nich kary,

3. przyznania poszkodowanemu prawa do wniesienia odwołania od orzeczeń naczelnych sądów zawodowych do sądu powszechnego, w sprawach przeciwko lekarzowi, pielęgniarce, położnej lub farmaceucie,

4. przyśpieszenia terminu załatwiania spraw przed sądami zawodowymi,

5. rozszerzenia uprawnień poszkodowanego do uczestnictwa w postępowaniu przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądem korporacyjnym,

6. zwiększenia jawności postępowań przed sądami zawodowymi,

7. przyznania Ministrowi Zdrowia prawa do wzruszania uchwał samorządu zawodowego niezależnie od terminu powzięcia informacji o uchwale w przypadku stwierdzenia ich sprzeczności z prawem (w szczególności w sytuacji, gdy uchwała będzie sprzeczna ze zmieniającymi się przepisami prawnymi).

Proponowane wyżej zmiany zmierzają do usunięcia niedoskonałości przepisów ustaw korporacyjnych stwierdzonych w trakcie ich wieloletnie-

go stosowania w praktyce. Uwzględniają również wnioski zgłaszane przez Rzecznika Praw Obywatelskich oraz wynikające z orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanych w indywidualnych sprawach.

DYREKTOR
Departamentu Dialogu Społecznego
/-/ Filip Grzejszczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Warszawa, 14 sierpnia 2008 r.

RPO-529650-X/06/AA

Pani

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że w 1999 r. ówczesny Rzecznik Praw Obywatelskich podjął interwencję w sprawie zmiany przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy i innych pracowników medycznych. W wystąpieniu skierowanym do ówczesnego Ministra Zdrowia – na przykładzie przepisów ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. Nr 69, poz. 406) – Rzecznik wskazał na sprzeczność regulacji dotyczących odpowiedzialności zawodowej z normami obowiązującej Konstytucji RP, ustawami i wymaganymi standardami legislacyjnymi, a także zbyt słabą pozycję pokrzywdzonego (pacjenta) jako uczestnika postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej (wystąpienie z dnia 14 czerwca 1999 r. – RPO-306646/99/I).

Wobec niedoprowadzenia przez kolejne rządy do zmiany powołanych przepisów, kolejni Rzecznicy kontynuowali te interwencje. Również w obecnej kadencji Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia (RPO-529650-X/06 z dnia 11 kwietnia 2006 r.) o podjęcie działań dostosowujących obowiązujące przepisy do norm zawartych w Konstytucji RP i regulacjach międzynarodowych oraz do nowych wymagań i standardów, w tym w zakresie ochrony praw uczestników postępowania w sprawie od-

powiedzialności zawodowej i wzmocnienia nadzoru nad tym postępowaniem. W odpowiedzi, otrzymał zapewnienie Ministerstwa Zdrowia o przygotowaniu stosownego projektu noweli ustawy o izbach lekarskich.

Natomiast, działający z upoważnienia Pani Minister Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie braku możliwości odwołania do sądu powszechnego od orzeczenia sądu lekarskiego wymierzającego lekarzowi karę nagany (RPO-581157-X/08 z dnia 11 kwietnia 2008 r.), poinformował Rzecznika o prowadzeniu prac nad projektem nowej ustawy o izbach lekarskich, która w sposób kompleksowy ureguluje zasady działania samorządu lekarskiego. Przewiduje się również zmianę zasad prowadzenia postępowań z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy zmierzającą do poprawy efektywności działania sądownictwa lekarskiego oraz wzmocnienie roli osób pokrzywdzonych.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat stanu zaawansowania prac legislacyjnych nad przygotowaniem projektu nowej ustawy o izbach lekarskich oraz przewidywanego terminu skierowania projektu do Sejmu RP.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DS-OP-073-2798-1/BJ/08

Warszawa, 11 września 2008 r.

Pan
dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem z dnia 14 sierpnia 2008 r. znak: RPO-529650-X/06/AA dotyczącym wskazania stanu zaawansowania prac legislacyjnych nad

projektem nowej ustawy o izbach lekarskich, uprzejmie informuję, iż niniejszy projekt został pozytywnie zaopiniowany w dniu 8 września 2008 r., podczas obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia i przekazany do uzgodnień z jednostkami organizacyjnymi Ministerstwa. Wskazanie jednak w chwili obecnej terminu rozpatrywania przez Sejm RP przedmiotowego projektu nie jest możliwe z uwagi na konieczność przestrzegania określonego przepisami prawa trybu prowadzenia prac legislacyjnych zgodnie, z którym projekt dokumentu rządowego podlega uzgodnieniu min. z członkami Rady Ministrów oraz z organami albo podmiotami, których zakresu działania dotyczy projekt. Zgodnie z planem prac Rady Ministrów rozpatrzenie projektu ustawy przez RM planowane jest na II półroczu 2008 r. Po przyjęciu przez Rząd projekt ustawy zostanie skierowany do Sejmu RP.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-581157-X/08/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 11 kwietnia 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Do Rzecznika Praw Obywatelskich wpłynęła skarga kwestionująca obowiązujące aktualnie rozwiązanie, które powoduje, iż od orzeczenia sądu lekarskiego wymierzającego lekarzowi karę upomnienia bądź nagany nie przysługuje odwołanie do sądu powszechnego.

Stosownie do art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.) sąd lekarski może orzec następujące kary : 1) upomnienia, 2) nagany, 3) zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza

na okres od sześciu miesięcy do trzech lat, 4) pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Z art. 42 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich wynika natomiast, że lekarzowi ukaranemu przez Naczelny Sąd Lekarski w II instancji karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu bądź karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu przysługuje prawo wniesienia odwołania do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obwinionego sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Oznacza to w rezultacie, iż odwołanie takie nie przysługuje w razie ukarania obwinionego lekarza karą upomnienia bądź nagany.

Na tle tak ukształtowanego stanu prawnego pojawia się wątpliwość, czy realizuje on w sposób dostateczny konstytucyjne gwarancje prawa do sądu objęte treścią art. 45 ust. 1 i art. 77 ust. 2 Konstytucji RP. Niewątpliwie w pojęciu „sprawy” w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji RP mieszczą się bowiem również wszelkie postępowania związane z wymierzaniem kary.

W związku z przedstawionymi powyżej wątpliwościami, stosownie do art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się do Pani Minister o zajęcie stanowiska w omawianym zakresie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich
/-/ Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

MINISTER ZDROWIA
MZ-DS-OP-073-2692-1/BJ/08

Warszawa, 29 kwietnia 2008 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Ministrze

W związku z otrzymaniem pisma z dnia 11 kwietnia 2008 r. znak: RPO-581157-X-08/TG dotyczącego braku możliwości odwołania do sądu powszechnego od orzeczenia sądu lekarskiego wymierzającego lekarzowi karę

upomnienia bądź nagany, uprzejmie informuję, iż obecnie prowadzone są prace nad projektem nowej ustawy o izbach lekarskich, która w sposób kompleksowy ureguluje zasady działania samorządu lekarskiego. W przygotowywanym projekcie znajdują się rozwiązania zakładające uporządkowanie zasad funkcjonowania samorządu lekarskiego i jego organów m.in. poprzez doprecyzowanie zakresu zadań poszczególnych organów samorządu oraz wprowadzenie nowych przepisów regulujących zasady gospodarowania majątkiem samorządu lekarskiego. Przewiduje się także zmianę zasad prowadzenia postępowań z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy zmierzającą do poprawy efektywności działania sądownictwa lekarskiego oraz wzmocnienie roli osób pokrzywdzonych. Proponuje się również rozszerzenie katalogu kar, co pozwoli sądom lekarskim uzyskać znacznie lepszą możliwość dostosowania kary do stopnia przewinienia zawodowego. W projekcie znajdują się też przepisy umożliwiające wprowadzenie kontroli sądów powszechnych nad orzeczeniami wydawanymi przez sądy lekarskie.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
/-/ Marek Twardowski

BIURO

Warszawa, 21 grudnia 2007 r.

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Komunikat

Biura Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczący przystąpienia RPO do postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie skargi konstytucyjnej p. Zofii Sz.*, sygn. Akt SK 16/07

Stanowisko RPO: W ocenie Rzecznika art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dn. 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.), dookreślone przez art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej

* RPO-559391/07/I.

(KEL) – w zakresie, w jakim przepisy te wyłączają możliwość krytyki innego lekarza, opierającej się na prawdziwych faktach i czynionej w interesie publicznym – są niezgodne z art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Zakwestionowane w skardze konstytucyjnej przepisy uniemożliwiają sformułowanie jakiegokolwiek wypowiedzi o charakterze publicznym zawierającej krytykę praktyki medycznej innej osoby, chociażby krytyka ta znajdowała oparcie w rzeczywistym stanie rzeczy i podejmowana była w interesie publicznym (np. dla dobra pacjentów).

Taka regulacja, w opinii RPO, wprowadza nieproporcjonalne ograniczenie wolności słowa gwarantowane przez art. 54 Konstytucji RP. Wolność ta jest wartością fundamentalną w demokratycznym państwie prawa i wszelkie jej ograniczenia muszą mieć szczególnie mocne i jednoznaczne uzasadnienie w innych wartościach konstytucyjnych. Ograniczenie wolności słowa przez KEL następuje w imię poszanowania czci i dobrego imienia, o których mowa w art. 47 Konstytucji. Jednakże nie ma istotnych powodów, aby ochrona czci i dobrego imienia, przewidziana w przepisach Kodeksu Etyki Lekarskiej, nakładająca szczególne obowiązki na lekarzy, tak znacznie różniła się od ochrony przewidzianej przez normy prawa powszechnego.

Co więcej, w zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, mylnie jest założenie projektodawcy kwestionowanej normy, iż wyłącznie wypowiedź lekarza może doprowadzić do naruszenia takiego dobra, jakim jest prawidłowe funkcjonowanie i niezakłócone funkcjonowanie systemu służby zdrowia. Rzecznik nie podważa faktu, iż społeczna rola służby zdrowia jest niezwykle istotna. Jednak nie można uznać, że uzasadniona i rzetelna krytyka poszczególnych lekarzy dezorganizowałaby jej właściwe funkcjonowanie. Ochrona prawna autorytetu lekarza nie powinna sięgać tak daleko, aby uniemożliwiała ona jakąkolwiek – w tym konstruktywną – krytykę. Funkcje ochronne wobec służby zdrowia mogą ewentualnie spełnić ograniczenia wolności słowa o charakterze przedmiotowym (tj. określenie, co można mówić), a nie podmiotowym (określenie, kto może mówić).

Kwestionowana regulacja w sposób istotny ogranicza możliwość wzięcia udziału samych lekarzy w debacie publicznej dotyczącej zagadnień medycznych. Mimo wysokiej profesjonalizacji praktyki medycznej nie można uznać, iż ogół społeczeństwa nie powinien mieć dostępu do tego typu dyskusji, zaś wszelkie spory merytoryczne lekarze powinni rozstrzygać we własnym gronie. Kodeks Etyki Lekarskiej nakłada na lekarzy szczególne rygory wypowiedzi – pomimo tego, iż właśnie merytoryczny głos lekarzy pozwala na prowadzenie dyskusji na poziomie faktów, a nie emocji.

Tym samym kwestionowana norma może doprowadzić do tego, że debata publiczna o skuteczności danej terapii, zabiegów medycznych czy leków może napotykać istotne bariery.

Zdaniem Rzecznika, stawianie ustawowych barier dla wolności słowa – o wiele węższych niż te przewidziane przez prawo powszechnie – prowadzi do sytuacji, którą Trybunał Konstytucyjny określił jako „sztuczne podtrzymywanie autorytetu instytucji, słusznie i w uzasadniony sposób poddawanej krytycznej ocenie opinii publicznej, (co) w konsekwencji sprzyja tłumieniu krytyki publicznej” (wyrok w sprawie P 3/06). Budowany w ten sposób autorytet służby zdrowia ma bardzo kruche podstawy; co więcej, prowadzi on do zahamowania samokontroli środowiska, a właśnie ona stwarza fundamenty zaufania publicznego. Tymczasem należy stwierdzić, że źle pojęta „solidarność zawodowa” nie służy w końcowym efekcie ani interesom środowiska lekarzy, ani pacjentów.

Warszawa, dnia 16 kwietnia 2008 r.

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Janusz Niemcewicz – przewodniczący

Adam Jamróz

Teresa Liszcz – sprawozdawca

Ewa Łętowska

Mirosław Wyrzykowski,

protokolant: Krzysztof Zalecki,

po rozpoznaniu, z udziałem skarżącej oraz Sejmu, Prokuratora Generalnego, Rzecznika Praw Obywatelskich i Naczelnej Rady Lekarskiej, na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2008 r., skargi konstytucyjnej Zofii Sz. o zbadanie zgodności:

art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, ze zm.), dookreślonych przez normę art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej w związku z treścią przyrzeczenia lekarskiego w części „nie podważając zaufania do nich (kolegów lekarzy)”, w zakresie, w jakim przepisy te ograniczają konstytucyjną zasadę wolności słowa i prawa do krytyki, z art. 54 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3, art. 17 ust. 1 i art. 63 Konstytucji oraz w związku z art. 10 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności,

orzeka:

Art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej w związku z art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 126, poz. 1383, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1238) **w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 63 Konstytucji.**

Ponadto postanawia:

na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643, z 2000 r. Nr 48, poz. 552 i Nr 53, poz. 638, z 2001 r. Nr 98, poz. 1070 oraz z 2005 r. Nr 169, poz. 1417) **umorzyć postępowanie w pozostałym zakresie ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.**

Janusz Niemcewicz

Adam Jamróz Teresa Liszcz

Ewa Łętowska Mirosław Wyrzykowski

Abstrakt w sprawie wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego

(RPO-598261/08 z dnia 12 stycznia 2009 r.)

Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich składa się z dwóch części. W pierwszej części wniosku Rzecznik kwestionuje prawny obowiązek przynależności do kilkunastu samorządów zawodowych (adwokaci, radcowie prawni, notariusze, rzecznicy patentowi, biegli rewidenci, pielęgniarki, położne, lekarze, lekarze weterynarii, farmaceuci, diagności laboratoryjni, psychologowie, doradcy podatkowi, architekci, inżynierowie budownictwa, urbańscy, kuratorzy sądowi). W drugiej części natomiast Rzecznik Praw Obywatelskich podnosi zarzuty dotyczące niekonstytucyjności przewidzianej w ustawach normujących wykonywanie niektórych zawodów kary dyscyplinarnej pozbawienia prawa do wykonywania zawodu, która ma charakter dożywotni.

Odnośnie do pierwszej grupy zarzutów należy podkreślić, że Konstytucja RP wskazuje na samorzady osób wykonujących zawody zaufania publicznego, których zadaniem jest „reprezentowanie” osób wykonujących te profesje oraz „piecza” nad należyтым ich wykonywaniem. Zdaniem Rzecznika ani stosunek reprezentacji, ani sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu, czyli konstytucyjne cele istnienia korporacji z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, nie zakłada i nie wymaga obligatoryjnej przynależności do samorządu. Instrumenty i mechanizm sprawowania pieczy ustanawiane są w ustawie odnoszącej się do danego samorządu, a piecza jako taka sprawowana jest, w myśl przepisów Konstytucji, co wymaga podkreślenia, w stosunku do osób wykonujących zawód zaufania publicznego, a nie osób należących do samorządu. Stąd dla sprawowania pieczy nie jest konieczna obligatoryjna przynależność do korporacji, gdyż przekazanie pewnego zakresu władztwa publicznego, które to przekazanie następuje w drodze ustawy i na podstawie wyraźnej dyspozycji konstytucyjnej, ma w tym sensie skutek erga omnes.

Kolejnym niezwykle istotnym argumentem, przemawiającym za brakiem obowiązku przynależenia do samorządu jest naruszenie istoty wolności zrzeszeń (art. 58 ust. 1 Konstytucji). Każda ustawowa regulacja, wprowadzająca wymóg obligatoryjnego członkostwa w samorządzie, zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, jest również nieproporcjonalnym naruszeniem art. 58 ust. 1 (w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji). Zdaniem Rzecznika wolność określona w art. 58 ust. 1 Konstytucji dotyczy wszelkiego typu „zrzeszeń”, a więc zgodnie z semantycznym rozumieniem „organizacji skupiających ludzi jednego zawodu lub mających jeden cel”. Ustawowa regulacja dotycząca obowiązkowej przynależności do samorządu nie jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest związana, gdyż do wykonywania władztwa publicznego w postaci sprawowania pieczy (dbania o należyte wykonywanie zawodu za pomocą określonych w ustawie instrumentów, które są skuteczne wobec wszystkich osób wykonujących ten zawód) nie jest konieczne dodatkowe ustawowe „uzasadnianie” przesłanką obowiązkowego zrzeszania się. Można również przyjąć, że interesem publicznym, który w zamyśle ustawodawcy ma być chroniony poprzez ograniczenie wolności zrzeszania się jest ochrona wolności i praw innych osób. Jednak i w tym zakresie ograniczenie swobody zrzeszania się i nakazywanie obowiązkowej przynależności do samorządu nie jest niezbędne dla interesu publicznego w postaci ochrony osób trzecich – korzystających z usług osób wykonujących pewne zawody. Trzeba bowiem stwierdzić, że ochrona osób trzecich, w tym ich bezpieczeństwa, jest zapewniona poprzez skuteczne wobec wszystkich osób wykonujących dany

zawód instrumenty sprawowania pieczy, zwłaszcza wpływ samorządu na decydowanie o wykonywaniu danego zawodu. Ponadto, zdaniem Rzecznika, efekty wprowadzonej regulacji nie pozostają w proporcji do naruszenia wolności zrzeszania się, ponieważ konstytucyjne zadania samorządu – reprezentowanie i sprawowanie pieczy – nie wymaga tak głębokiej ingerencji w sferę wolności jednostki.

Przedmiotem drugiej części wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich są te normy ustawowe, które przewidują karę dyscyplinarną pozbawienia prawa do wykonywania zawodu bez możliwości ponownego ubiegania się o wpis na listę osób wykonujących dany zawód.

Zdaniem Rzecznika regulacje takie naruszają zagwarantowaną w art. 65 ust. 1 Konstytucji wolność wykonywania zawodu w kontekście zasady proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji), nie są konieczne dla ochrony wolności i praw osób trzecich, ani wartości określonych w Konstytucji oraz naruszają konstytucyjną zasadę równości ze względu na odmienne traktowanie przedstawicieli różnych zawodów społecznie doniosłych (art. 32 ust. 1 Konstytucji).

Zdaniem Rzecznika, sama kara pozbawienia prawa do wykonywania zawodu stanowi wystarczającą ochronę dla praw i wolności osób trzecich. Jej dożywotni charakter jest natomiast nieproporcjonalny i powoduje, że tak bezwzględna ingerencja w wolność pracy może nastąpić w reakcji na czyn, który nie podważa powszechnego zaufania obywateli do osób wykonujących zawód (np. w przypadku adwokatów naruszenie obowiązków zawodowych w postaci nieopłacenia składek członkowskich – co miało w rzeczywistości miało miejsce – może skutkować pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu). Ponadto, prawa i wolności innych osób, przede wszystkim bezpieczeństwo korzystających z usług wykonujących te zawody, są wystarczająco chronione przez mechanizmy sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu. Osoba pozbawiona karą dyscyplinarną prawa do wykonywania zawodu, w przypadku złożenia wniosku o ponowny wpis na listę, i tak byłaby oceniana przez samorząd z punktu widzenia posiadania nieskazitelnego charakteru i dawania rękopmi prawidłowego wykonywania zawodu. Tym samym wystarczająco zabezpieczone są prawa i wolności innych osób, a kwestionowana regulacja ze względu na dożywotni skutek okazuje się niekonieczna.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-529649-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 12 kwietnia 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Pozwalam sobie zwrócić się do Pana Ministra w sprawie ochrony praw pacjentów poszkodowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz potrzeby zmiany podejścia do bezpieczeństwa leczenia i sposobu pomocy poszkodowanym.

Nie ulega wątpliwości, że nie da się całkowicie wyeliminować ryzyka związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, pomimo stałego podnoszenia jakości opieki zdrowotnej. Ceną niepożądanych zdarzeń może być ludzkie zdrowie, a nawet życie. Zdarzenia niepożądane generują również wysokie koszty opieki zdrowotnej. Poszkodowanym w wyniku takich zdarzeń towarzyszy odczucie niekompetencji, niedbałości i winy pracowników medycznych, zaś po stronie pracowników pojawiają się działania obronne i zabezpieczające przed roszczeniami poszkodowanych. Pacjenci mają prawo oczekiwać, że podejmowane wobec nich działania medyczne będą bezpieczne. Mają prawo Użyć, że nie zostanie im wyrządzona szkoda. Na świadczeniodawcach spoczywa zatem obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa.

Bezpieczeństwo pacjentów wymaga, aby błędy medyczne i działania niepożądane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych były rejestrowane, a odpowiedni system postępowania zobowiązywał do analizy tych problemów i źródeł ich powstawania oraz wdrożenia odpowiednich procedur naprawczych i korygujących. Ukaranie winnych nie zawsze bowiem usuwa istniejące nieprawidłowości i zaniedbania.

Zmiany wymaga również sposób postępowania wobec osób, które poniosły szkodę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W obecnym stanie prawnym, orzekanie o ostatecznym wyrównaniu uszczerbku doznanego przez pacjenta podczas korzystania ze świadczeń

zdrowotnych (rencie, odszkodowaniu, zadośćuczynieniu) należy do sądów powszechnych. Obowiązujący system odpowiedzialności cywilnej nie zapewnia jednakże wystarczającej gwarancji z punktu widzenia ochrony praw pacjentów oraz praw obywatelskich (głównie prawa do ochrony zdrowia). Obecny reżim odpowiedzialności cywilnej kontraktowej i deliktowej nie jest w stanie rozwiązać nowych problemów, jakie niesie postęp medycyny oraz związane z nim zagrożenia i niebezpieczeństwa. Powstają szkody, za które nikt nie chce ponosić odpowiedzialności z braku winy (tzw. „wypadki medyczne”). Dotychczasowy system odpowiedzialności oparty na winie nie chroni należycie poszkodowanych, a także jest zbyt kosztowny i długotrwały oraz często nieefektywny i nieprzewidywalny.

Nie jest również w pełni zadawalający system ubezpieczenia OC pracowników medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej, w szczególności, że pozostawia poza swym zakresem „ryzyka nieubezpieczone”. Ponadto, niejednokrotnie, umowy ubezpieczeniowe są tak konstruowane, aby zminimalizować możliwość wypłaty odszkodowania, a sumy gwarancyjne, na jakie zawierane są umowy ubezpieczeniowe, są zbyt niskie.

Częstokroć, postępowanie w sprawie odpowiedzialności z tytułu niepożądanych zdarzeń medycznych uwłacza godności pacjenta, a otrzymana rekompensata nie pozwala na kontynuację leczenia i rehabilitacji, z powodu jej wysokości lub terminu otrzymania (po wielu miesiącach lub latach od zdarzenia). Niejednokrotnie, ofiara błędu medycznego rezygnuje z należnego odszkodowania, bo nie ma sił i środków finansowych na długie procesowanie. Aby zapewnić konieczne leczenie i rehabilitację, przyjmuje więc niewielkie odszkodowanie, rezygnując z dalszych roszczeń.

Również system opieki zdrowotnej, częstokroć, pokrzywdzonego pacjenta pozostawia samemu sobie, bez zapewnienia koniecznych świadczeń zdrowotnych, np. rehabilitacyjnych, naprawczych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, lecznicze środki techniczne oraz inne materiały medyczne, wykraczające poza uprawnienia i limity wynikające z ubezpieczenia zdrowotnego. Zdarzają się również przypadki odmowy dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności gdy poszkodowany dochodzi roszczeń z tytułu doznanej szkody na zdrowiu.

Z punktu widzenia ochrony praw obywateli, nie do przyjęcia jest sytuacja, w której pokrzywdzonego pacjenta pozostawia się samemu sobie, w szczególności w ewidentnych przypadkach niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków albo czynu niedozwolonego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Godzi się zauważyć, że w wielu krajach zachodnich powstały liczne propozycje zmierzające do stworzenia bardziej efektywnych mechanizmów

naprawiania szkód wyrządzonych pacjentom, zarówno zawinionych, jak i niezawinionych przez świadczeniodawców. Twierdzi się coraz częściej, że w razie wyrządzenia szkody pacjentom, należy odejść od odpowiedzialności opartej na zasadzie winy. Ofiary zdarzeń medycznych nie powinny być bowiem w gorszej sytuacji niż poszkodowani. w wypadkach drogowych czy konsumenci wadliwych produktów, wobec których odpowiedzialność opiera się na zasadzie ryzyka. W krajach zachodnich funkcjonują również mechanizmy wynagradzania szkód, obejmujące sytuacje, za które nikt nie chce ponosić odpowiedzialności z powodu braku winy (tzw. wypadki medyczne). Wśród tych mechanizmów wymienić można m.in. fundusze gwarancyjne, ubezpieczenie pacjenta (Szwecja, Finlandia, Dania), gwarancyjną odpowiedzialność państwa.

Również nasze państwo, urzeczywistniające w świetle art. 2 Konstytucji RP zasady sprawiedliwości społecznej, nie może pozostawiać osób, które doznały szkody na zdrowiu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych samemu sobie, bez zabezpieczenia realnych możliwości rekompensaty szkody i uzyskania odpowiedniej i we właściwym czasie opieki medycznej. Osoba, która doznała szkody na zdrowiu w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych nie może pozostawać w sytuacji gorszej niż inni poszkodowani i ofiary. Niezbędna jest zatem interwencja ustawodawcy celem stworzenia efektywnego systemu kompensacji szkód poniesionych przez pacjentów. Rozważenia wymaga również możliwość opracowania i wdrożenia programu pomocy poszkodowanym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Nie ulega wątpliwości, że problem jest złożony, a wprowadzenie daleko idącej ochrony poszkodowanych wymaga dodatkowych nakładów finansowych. Trzeba jednakże zauważyć, że obecny system naraża na koszty nie tylko indywidualnych pacjentów i ich rodziny, ale również budżet państwa i instytucje publiczne, zobowiązane do finansowania dalszego leczenia, rehabilitacji i zaopatrzenia medycznego osób poszkodowanych, wypłaty rent, świadczeń pomocy społecznej oraz udzielania innej pomocy. Ponadto, narastająca roszczeniowość pacjentów zwiększa koszty funkcjonowania opieki zdrowotnej oraz stwarza niebezpieczeństwo „ubezwłasnowolnienia” medycyny przez prawo i prawników, obserwowane np. w systemie amerykańskim.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonych sprawach oraz przekazanie informacji odnośnie działań Pana Ministra w tej materii.

Pozwolę sobie zauważyć, że Rzecznik Praw Obywatelskich problem wprowadzenia alternatywnych do postępowania sądowego mechanizmów wynagradzania szkód na zdrowiu powstałych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w 1999 r. przedstawił ówczesnemu Ministrowi Zdrowia (pismo z dnia 14 czerwca 1999 r. – RPO-306646/99). Kilkakrotne interwencje w tej materii mego poprzednika (w roku 2000 i 2001 – RPO-358569/00), minio zapewnień urzędujących wówczas Ministrów Zdrowia o podjęciu działań w omawianej materii, nie doprowadziły do rozwiązania sygnalizowanego problemu.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-024-5845-2/AB/06

Warszawa, 29 maja 2006 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W nawiązaniu do pisma z dnia 12 kwietnia 2006 r., znak RPO-529649-X/06/AA, w sprawie *ochrony praw pacjentów poszkodowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz potrzeby zmiany podejścia do bezpieczeństwa leczenia i sposobu pomocy poszkodowanym*, uprzejmie przedstawiam poniższe wyjaśnienia. Jednocześnie, należy wskazać, iż analiza przedstawionych przez Rzecznika Praw Obywatelskich problemów, skłania do stwierdzenia, że wiążą się one nie tylko z regulacjami prawnymi dotyczącymi działu zdrowie, którym kieruje minister właściwy do spraw zdrowia.

Nie można zgodzić się jednak z propozycją Rzecznika Praw Obywatelskich, ażeby ewentualne zmiany legislacyjne szły w kierunku wprowadzenia zamiast odpowiedzialności za tzw. „błędy medyczne” na zasadzie winy odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Nie ulega wątpliwości, że udzielanie świadczeń zdrowotnych jest czynnością z definicji tak złożoną, iż nie raz (nawet przy dołożeniu przez lekarza należytej staranności, do czego obli-

guje unormowanie – art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty – Dz. U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943) obarczona jest ona dużym ryzykiem. Innymi słowy nigdy nie da się zupełnie wykluczyć ewentualności powstania szkody polegającej chociażby na pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta. Wprowadzenie odpowiedzialności na zasadzie ryzyka spowodowałoby albo w ogóle zaprzestanie udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych (np.: w takich dziedzinach medycyny jak torakochirurgia, neurochirurgia, kardiochirurgia), albo też zakłady opieki zdrowotnej warunkowałyby udzielanie niektórych świadczeń zdrowotnych od pisemnego zrzeczenia się pacjenta z wszelkich roszczeń na podstawie takiej właśnie odpowiedzialności, co czyniłoby ją zupełnie bezskuteczną.

W obecnym stanie prawnym, w którym przesłanki wynagradzania szkody uregulowane są w Kodeksie cywilnym, wprowadzenie odpowiedzialności za szkody na zasadzie ryzyka wymagałoby zmian legislacyjnych przeprowadzonych m.in. w uzgodnieniu z Ministrem Sprawiedliwości.

Ponadto taka odpowiedzialność stałaby w kolizji z uregulowaną w prawie polskim instytucją zgody pacjenta. Jeżeli pacjent został zapoznany z ryzykiem, jakie niesie ze sobą dane świadczenie zdrowotne i wyraził tym samym pisemną zgodę na udzielenie takiego świadczenia zdrowotnego to po pierwsze: legalizuje on w sensie prawnym działania lekarza, a tym samym następuję przejście ryzyka niepowodzenia danego świadczenia z lekarza na pacjenta (*Jacek Ignaszewski „Zgoda Pacjenta na leczenie”, s. 48, wyd. Twoje Zdowie, Warszawa 2003r.*) Chodzi tu o oczywiście o te skutki świadczenia zdrowotnego, którym można przypisać cechy skutków typowych, bezpośrednich i zwyczajnych. Przykładem może być tu np.: sytuacja operacji wycięcia guza ślinianki, w ryzyko, której wpisują się możliwość uszkodzenia nerwu twarzonego.

Ponadto w prawie polskim wykazanie winy nie jest decydującą przesłanką pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności; należy bowiem wykazać dodatkowo związek między jego postępowaniem a szkodą. Polskie ustawodawstwo opowiada się za teorią adekwatnego związku przyczynowego, co oznacza, że osoba zobowiązana do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Wprowadzenie funduszu gwarancyjnego, o którym mowa w piśmie Pana Rzecznika, z którego wypłacane byłyby pacjentom pewne sumy odszkodowania niezależnie od wykazania winy i związku przyczynowego, pociągałoby za sobą znaczne skutki dla finansów publicznych, co wymagałoby zgody Ministra Finansów. Wprowadzenie takiej instytucji spowodowałoby niewątpliwie eskalację roszczeń ze strony pacjentów.

Należy zgodzić się z opinią Rzecznika Praw Obywatelskich, że obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie jest rozwiązaniem optymalnym, ze względu na przewlekłość postępowań w sprawie uzyskania odszkodowania. W ocenie Ministerstwa Zdrowia przewlekłość ta wynika jednak nie tyle ze specyfiki tego rodzaju spraw cywilnych, co z długości trwania postępowania cywilnego w ogóle. Przy czym i tego można uniknąć poprzez rozpowszechnienie korzystania z zawezwania do próby ugodowej w postępowaniu cywilnym. Zawarcie ugody jest najszybszą i najtańszą drogą do polubownego zakończenia sporu zarówno dla zakładu opieki zdrowotnej jak i dla pacjenta.

Wydaje się jednak, że pomimo wykazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich wad ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, należy dążyć do upowszechnienia tego ubezpieczenia, ponieważ jest ono per saldo korzystne zarówno dla zakładów opieki zdrowotnej, jak i dla pacjentów. Bezpieczeństwo pacjenta zapewniane jest przez gwarancję, że w wypadku niekorzystnych skutków błędów lub zaniechań spowodowanych przez zakład opieki zdrowotnej, pacjent ma możliwość ubiegania się o odszkodowanie. Bezpieczeństwo zakładu opieki zdrowotnej zapewnione jest przez gwarancję, że koszty ewentualnego odszkodowania ponoszone będą przez ubezpieczyciela.

Obecnie ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej jest obowiązkowe tylko w odniesieniu do podmiotu przyjmującego zamówienie w przypadku, o którym mowa w art. 35 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Do podmiotów przyjmujących zamówienie nie zalicza się publicznych zakładów opieki zdrowotnej dlatego też nie ciąży obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast ubezpieczenie świadczeniodawcy, który zawiera umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia nie ma charakteru obowiązkowego. Zgodnie bowiem z § 4 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643) – „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zawierać zastrzeżenie o obowiązku świadczeniodawcy do zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

Obecnie w Ministerstwo Zdrowia w ramach projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw proponuje zmianę charakteru ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, tak aby uczynić to ubezpieczenie ubezpieczeniem

obowiązkowym w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych. Uregulowanie ustawowe stanowiące, że ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej będzie dla zakładu opieki zdrowotnej ubezpieczeniem obowiązkowym sprawi, że zakład ubezpieczeń, który zawiera w ramach prowadzonej działalności umowy ubezpieczeniowe w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe, nie będzie mógł odmówić zawarcia takiego ubezpieczenia.

Przedstawiając powyższe, pragnę zapewnić, iż przedstawione przez Rzecznika Praw Obywatelskich propozycje będą przedmiotem dalszej analizy Ministerstwa Zdrowia, w szczególności w ramach prac nad projektem ustawy o systemie ochrony zdrowia

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Janusz KOCHANOWSKI

RPO-529649-X/06/AA

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 21 czerwca 2006 r.

Pan
Profesor
Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Wielce Szanowny Panie Ministrze

Dziękuję uprzejmie za odpowiedź na wystąpienie z dnia 12 kwietnia br. w sprawie ochrony praw pacjentów poszkodowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz potrzeby zmiany podejścia do bezpieczeństwa leczenia i sposobu pomocy poszkodowanym.

Z przykrością informuję, że pismo Pana Ministra z dnia 29 maja br. trudno uznać za wyczerpującą odpowiedź na postawione w wystąpieniu

problemy. Wyjaśnienie Pana Ministra ogranicza się do sprawy odpowiedzialności za tzw. „błędy medyczne” oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej. W tym miejscu pragnę podkreślić, iż intencją przedmiotowego wystąpienia do Pana Ministra nie było proponowanie jakiegokolwiek konkretnego rozwiązania w zakresie kompensacji szkód poniesionych przez pacjentów, a tym bardziej forsowanie „zmian legislacyjnych w kierunku wprowadzenia zamiast odpowiedzialności za tzw. „błędy medyczne” na zasadzie winy, odpowiedzialności na zasadzie ryzyka”. W swoim wystąpieniu zwróciłem uwagę na niedomagania obecnego systemu odpowiedzialności cywilnej lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej oraz funkcjonujące w innych krajach ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych pacjentom.

Pozwolę sobie przypomnieć, że w przedmiotowym wystąpieniu zwróciłem się z prośbą o rozważenie kwestii ochrony praw pacjentów oraz potrzeby zmiany podejścia do bezpieczeństwa leczenia. Nie ulega wątpliwości, że nie da się całkowicie wyeliminować ryzyka związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, pomimo stałego podnoszenia jakości opieki zdrowotnej. Uważam jednakże, iż pacjenci mają prawo oczekiwać, że podejmowane wobec nich działania medyczne będą bezpieczne. Mają prawo liczyć, że nie zostanie im wyrządzona szkoda, a ewentualne błędy nie będą powodowały negatywnych skutków. Bezpieczeństwo pacjentów wymaga, aby błędy medyczne i działania niepożądane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych były rejestrowane, a odpowiedni system postępowania zobowiązywał do analizy tych problemów i źródeł ich powstawania oraz wdrożenia odpowiednich procedur naprawczych i korygujących. Ukaranie winnych nie zawsze bowiem usuwa istniejące nieprawidłowości i zaniedbania. Ponadto, obowiązujący system opieki zdrowotnej stwarza możliwości ukrywania błędów i nieprawidłowości oraz zabezpieczenia się przed roszczeniami pacjentów. Nie zapewnia nadto bezpieczeństwa pracownikom medycznym ujawniającym błędy i zaniedbania.

Zmiany wymaga również sposób postępowania wobec osób, które poniosły szkodę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Chodzi generalnie o to, aby system odpowiedzialności za szkody medyczne chronił należycie poszkodowanych, był efektywny i przewidywalny, a postępowanie w tej sprawie nie uwłaczało godności pacjenta oraz zapewniało godziwą i niezwłoczną rekompensatę, pozwalającą na kontynuację leczenia i rehabilitacji bezpośrednio po wystąpieniu szkody. Nie ulega wątpliwości, że obowiązujący system odpowiedzialności cywilnej nie odpowiada tym warunkom i nie zapewnia wystarczającej gwarancji z punktu widzenia ochrony praw pacjentów oraz praw obywatelskich (głównie

prawa do ochrony zdrowia). System ten wymaga wsparcia o dodatkowe rozwiązania na rzecz pacjentów poszkodowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym bardziej, iż również w opinii Pana Ministra „obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie jest rozwiązaniem optymalnym, ze względu na przewlekłość postępowań w sprawie uzyskania odszkodowania”.

Z aprobatą przyjąć należy inicjatywę legislacyjną Pana Ministra zmierzającą do częściowej poprawy sytuacji w omawianym zakresie, tj. zmiany charakteru ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, w kierunku uczynienia tego ubezpieczenia obowiązkowym w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych. Trzeba jednakże mieć na uwadze koszty tego ubezpieczenia (składki), związane z rosnącą liczbą roszczeń i wzrostem przeciętnego odszkodowania.

Rozważenia wymaga również możliwość opracowania i wdrożenia programu pomocy poszkodowanym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Z punktu widzenia ochrony praw obywateli, nie do przyjęcia jest bowiem sytuacja, w której pokrzywdzonego pacjenta pozostawia się samemu sobie (w szczególności w ewidentnych przypadkach niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków albo czynu niedozwolonego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych), bez zapewnienia koniecznych świadczeń zdrowotnych oraz zaopatrzenia medycznego. Zdarzają się również przypadki odmowy dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności gdy poszkodowany dochodzi roszczeń z tytułu doznanej szkody na zdrowiu.

Chciałbym ponownie podkreślić, że nasze państwo, urzeczywistniające w świetle art. 2 Konstytucji RP zasady sprawiedliwości społecznej, nie może pozostawiać osób, które doznały szkody na zdrowiu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych samemu sobie, bez zabezpieczenia realnych możliwości rekompensaty szkody i uzyskania odpowiedniej i we właściwym czasie opieki medycznej.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o ponowne rozważenie przedstawionych problemów. Wdzięczny będę za zajęcie stanowiska w tej sprawie oraz przekazanie informacji odnośnie zamierzeń Pana Ministra w omawianej materii.

Łączę wyrazy szacunku

/-/ Janusz Kochanowski

MINISTER ZDROWIA
MZ-PR-024-5845-4/AB/06

Warszawa, 26 lipca 2006 r.

Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 21 czerwca 2006 r., znak RPO-529649-X/06/AA, w sprawie *ochrony praw pacjentów poszkodowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz potrzeby zmiany podejścia do bezpieczeństwa leczenia i sposobu pomocy poszkodowanym*, w nawiązaniu do pisma z dnia 29 maja 2006 r., znak MZ-PR-024-5845-2/AB/06, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W powyżej wskazanym wystąpieniu podkreślono, że bezpieczeństwo zdrowotne wymaga aby błędy medyczne i działania niepożądane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych były rejestrowane, analizowane i korygowane. W ocenie Ministerstwa Zdrowia głównymi przyczynami błędów medycznych są brak wiedzy lub umiejętności po stronie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, a więc innymi słowy brak zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podstawowe znaczenie w tym względzie powinien mieć system kształcenia osób wykonujących zawody medyczne i doskonalenia ich umiejętności, dzięki czemu możliwość wystąpienia błędu medycznego będzie zminimalizowana. Uprzejmie informuję, iż analiza jakości w ochronie zdrowia jest głównym zadaniem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia będącym jednostką podległą i nadzorowaną przez Ministra Zdrowia. Do zadań Centrum należy w szczególności:

- przygotowywanie i prowadzenie analiz działalności zakładów opieki zdrowotnej związanych z jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- stała współpraca z jednostkami akredytacyjnymi w szczególności w zakresie opracowywania i modyfikowania standardów akredytacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej,
- ocena działań podejmowanych przez zakłady opieki zdrowotnej mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- prowadzenie działalności usługowej, konsultacyjnej i szkoleniowej w dziedzinie jakości w ochronie zdrowia, a w szczególności opracowywa-

nie ekspertyz oraz zaleceń, prowadzenie baz danych o jakości w ochronie zdrowia,

– prowadzenie działalności badawczej, edukacyjnej i wydawniczej w zakresie jakości w ochronie zdrowia.

W ramach ww. zadań Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia corocznie – od 10 lat, organizuje konferencje poświęcone bezpieczeństwu pacjenta. Ponadto Centrum, również corocznie, przygotowuje ogólnopolski ranking szpitali pt: „Bezpieczny Szpital”.

W wystąpieniu wskazano również, że zmiany wymaga sposób postępowania wobec osób, które poniosły szkodę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Chodzi o to, aby system odpowiedzialności za szkody medyczne chronił należycie poszkodowanych, był efektywny i przewidywalny, a postępowanie w tej sprawie zapewniało godziwą i niezwłoczną rekompensatę. Z całą pewnością realizację tych postulatów zapewniłaby odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. Ta jednakże, ze względów które zostały wskazane w piśmie z dnia 29 maja 2006 r. znak MZ-PR-024-5845-2/AB/06, nie jest obecnie możliwa do wprowadzenia. Ministerstwo Zdrowia natomiast, za pośrednictwem Biura Praw Pacjenta, które podobnie jak ww. Centrum, jest również jednostką podległą i nadzorowaną przez Ministra Zdrowia, pomaga pacjentom, w tym osobom poszkodowanym w wyniku błędów medycznych, poprzez informowanie o przysługujących im prawach oraz umożliwienie kontaktu z prawnikami oraz konsultantami medycznymi, w tym za pośrednictwem bezpłatnej infolinii 0800-190-590. Ponadto w Biurze zatrudnionych jest 11 osób pełniących funkcję Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Do Biura najczęściej wpływają skargi na działalność świadczeniodawców, informacje o trudnościach w dostępie do lekarzy specjalistów, skargi na odmowę wydania kopii dokumentacji medycznej pacjenta, informacje o zjawiskach o charakterze korupcyjnym, informacje o błędach medycznych oraz o podejrzeniu zakażeń WZW typu „C” i „B” oraz gronkowcem złocistym. W zależności od rodzaju skargi, Biuro podejmuje stosowne działania. W zakresie zmiany sposobu postępowania wobec osób, które poniosły szkodę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, Biuro informuje o możliwości skorzystania z zawezwania do próby ugodowej w celu polubownego, a tym samym szybszego, załatwienia sporu pomiędzy pacjentem poszkodowanym w wyniku błędu medycznego a zakładem opieki zdrowotnej, w którym doszło do popełnienia błędu. Oczywiście Biuro nie ma możliwości nakłonienia stron sporu do zawarcia ugody, a może jedynie przedstawić wszelkie ewentualne opcje w konkretnym przypadku.

Odnosząc się do poruszonej w wystąpieniu kwestii zagwarantowania

pacjentowi, który doznał uszczerbku na zdrowiu kontynuacji dalszego leczenia należy mieć na względzie przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a także ustaw regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych. W przepisach tychże aktów w sposób wyraźny wskazano obowiązki w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w przypadkach nagłych a także nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentowi, któremu ono przysługuje w określonej przepisami kolejności, jest czynem zabronionym podlegającym karze. Wydaje się, iż w tej materii nie jest konieczne podejmowanie działań legislacyjnych a jedynie prowadzenie działalności szkoleniowej i analitycznej, takiej jaką prowadzi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
/-/ Bolesław Piecha

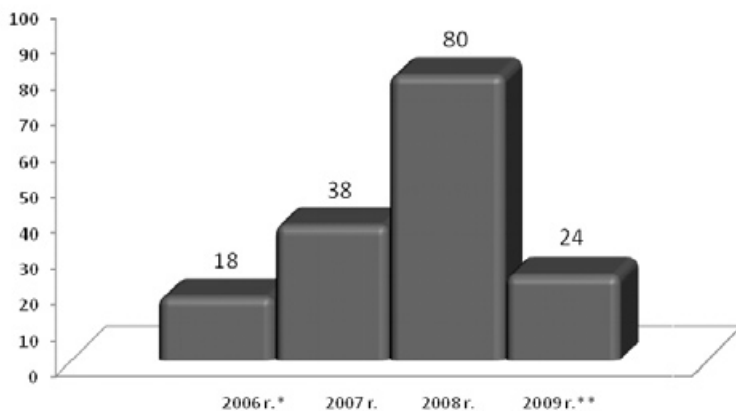
ROZDZIAŁ III

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA. ZESTAWIENIE REZULTATÓW WYSTĄPIEŃ W SPRAWACH OCHRONY ZDROWIA

W okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Ministrów Zdrowia łącznie 160 wystąpień, przy czym do analizy efektywności zakwalifikowano 152 wystąpienia (w 1 przypadku sprawy niekwalifikowano, w 7 pozostałych nie upłynął czas przeznaczony na odpowiedź). W roku 2006 było 18 wystąpień, rok później 38, a w roku 2008 odnotowano ponad dwukrotne zwiększenie liczby wystąpień do MZ – 79. W okresie 4 miesięcy tego roku Rzecznik podjął w wystąpieniach do Minister Zdrowia 17 spraw, co do których uzyskano już stanowisko resortu.

Wśród 152 wystąpień RPO tylko 18, tj. 12% zostało w pełni załatwionych z korzyścią dla pacjentów. W 46 przypadkach sprawy nie zostały załatwione, choć RPO podtrzymuje ich zasadność i będzie kontynuował wysiłki w interesie pacjentów. Zwraca uwagę fakt, że aż 88 wystąpień RPO, tj. 58%, na razie może być zakwalifikowane tylko jako załatwione częściowo, a zapowiedziane uregulowanie spraw dotychczas nie nastąpiło.

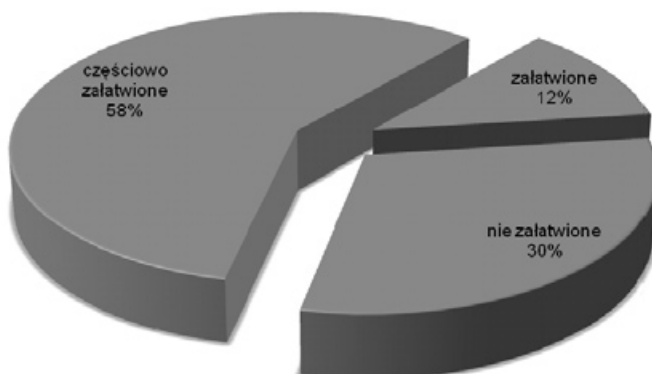
Rycina 1. Liczba wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia, n=160



* od 14 lutego

** do 30 kwietnia

Rycina 2. Efekty wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia w okresie od 14.02.2006 r. do 30.04.2009 r., n=152



REPORT

On the correspondence and contacts between
the Commissioner for Civil Rights Protection
and the minister for health
in the matter of the observation of the rights
of citizens to health care in the period
from 14 february 2006 to 30 april 2009

WHITE PAPER

Contents

Editorial note	5
Chapter I. Remarks on the state of the observation of citizens' rights to health care.	7
1.1. Main premises and aims of this report	7
1.2. Fundamental problems and violations of the rights of citizens to health care	9
1.3. How can the public authorities make use of this document?	41
Chapter II. Addresses to the Minister for Health.	43
2.1. Reform of the health care system	43
2.2. Detailed legislative problems in health care and patients' rights	82
2.2.1. Access to services, medicines and medical equipment.	82
2.2.2. Emergency medical services; monitoring accidents and injuries	178
2.2.3. Preventing and countering violence and addictions.	216
2.2.4. Respect for dignity, access to documentation and information	264
2.2.5. Counteracting discrimination.	311
2.3. Caring for mothers and children.	357
2.3.1. Perinatal care; Charter of Parturient Women's Rights.	357
2.3.2. Access to medicines and services	410
2.3.3. Medicine at school; Charter of Nutrition and Physical Activity.	473
2.3.4. Domestic palliative and hospice care; Charter of the Rights of Terminally Ill Children at Home	514
2.4. Caring for the chronically ill, the disabled and the elderly	534
2.4.1. Access to services and medicines	534
2.4.2. Palliative and hospice care; controlling chronic pain	595
2.5. Infections and infectious diseases.	630
2.5.1. Hospital infections; sepsis; preventive vaccination	630
2.5.2. Diarrhoeas; sexually transmitted diseases; tuberculosis.	674

2.6. Matters concerning medical personnel	723
2.6.1. Economic migration and employees' entitlements	723
2.6.2. The education system	776
2.6.3. Professional responsibility	802
Chapter III. Instead of a conclusion. A collection of the results of interventions in matters of health care	833

SUMMARY

The publication of this report is intended to present the entirety of contacts between the Minister for Health, being the central organ responsible for the health policy of the state, and the Commissioner for Civil Rights Protection, an institution created to protect human rights, including the right to health care and patients' rights.

It seems that this report may provide important reasons for an assessment of the quality of public health policy in many of its dimensions as it documents the most important contemporary health challenges and the ways in which the authorities cope with them. This White Paper reveals problems but it also contains a great deal of information about preventive measures serving the health of citizens.

Health is a complex matter, often conditioned by factors remaining outside the direct influence of the health sector. Even though the Ministry of Health fulfils a key role by dealing with public health directly and by coordinating inter-ministerial policy, it cannot act effectively in isolation. All the sectors have an important role to play in the development of the system of health care for the country's citizens. That is why this document will be sent to the Prime Minister, all the members of the Council of Ministers and to organs of public administration, including local government authorities. We hope that this report will interest the Office of the President of the Republic of Poland and members of both chambers of Parliament and will exert a stimulatory influence on the creation of good laws from the point of view of the health care for society.

The addressees of this report are also health service employees, with doctors at the forefront, because without them it will not be possible to cope with the challenges facing public health.

This White Paper begins with a chapter presenting the remarks of the Commissioner for Civil Rights Protection on the state of the observation of the rights of citizens to health care. On the basis of his own analyses, the complaints and proposals of citizens and media reports, as well as assessments made in available reports and opinions of the medical milieu, the Commissioner appealed to the Minister for Health to present information and to take a stance on the problems mentioned or to undertake preven-

tive action. An analysis of the Minister of Health's replies and a consideration of data from a monitoring of the situation in the health service enabled an objective assessment to be made of the state of the observation of citizens' rights and also enabled a recommendation to be made concerning actions serving to improve the situation of patients. The Commissioner discussed those examples of legislative and organisational ineffectuality in institutions in the health care system which hindered medical care and violated the rights of patients to services, medicines, respect for dignity and the obtaining of information.

The fundamental part of this report is the chapter containing full documentation of the correspondence between the Commissioner and the Minister for Health.

The scope of matters includes various aspects of health care, of both a systemic and an individual dimension. A common feature of the matters undertaken by the Commissioner is their reference to the rights of people as patients, as subjects of the health care system and of public health policy. Such an approach means that a great majority of the appeals made by the Commissioner to the Minister for Health contains a profound legal and material analysis of the matters together with the use of many source materials.

The correspondence has been divided into six thematic groups, of which two concern a reform of the health care system and detailed legislative problems connected with the rights of patients. During the last three years, this issue has aroused the lively interest of public opinion and the many-year-long lack of systemic reform solutions has led to deep dysfunctioning in the health care system and has endangered the health safety of citizens.

Three sub-chapters refer directly to the problems and difficulties that are endured by citizens when making use of the health care system.

Particularly evident were the results of deficiencies in the state's health policy with respect to the system of care for mothers and children. This especially concerned two age categories: children at the beginning of their lives and children and youths of school age. This is testified to by the documents sent to the Ministry of Health: the Charter of Parturient Women's Rights, the Charter of Nutrition and Physical Activity for Children and Youths at School and the Charter of the Rights of Terminally Ill Children at Home.

The sub-chapter devoted to the problems concerning the health care for chronically ill, disabled and elderly patients includes addresses on the following subjects: access to medicines, diagnostic and curative services

and rehabilitation equipment; chronic illnesses and palliative and hospice care; safety in health service establishments.

The sub-chapter "Infections and infectious diseases" contains correspondence referring to the epidemiological situation in our country.

The part of the report concerning medical personnel embraces a wide spectrum of issues, including economic migration, employees' matters and professional responsibility.

The White Paper ends with a collection of the results of interventions made by the Commissioner in matters of health care.

In the period from 14 February 2006 to 30 April 2009, the Commissioner for Civil Rights Protection directed to the Ministers of Health 152 addresses in total. In 2006, there were 18 addresses, a year later 38 and in 2008 that figure more than doubled, to 79. In the four months of the current year, the Commissioner took up 17 matters with the Minister of Health, all of which have been responded to by the ministry with an official standpoint.

Out of the 152 addresses by the Commissioner for Civil Rights Protection, only 18 matters, i.e. 12%, were fully and satisfactorily completed. In 46 cases, the matter was not resolved although the Commissioner maintains their legitimacy and will continue his efforts on behalf of the patients. It is noteworthy that as many as 88 addresses by the Commissioner, i.e. 58%, can only be qualified as partially resolved as the announced regulation of the matters has not yet been effected.

An analysis of the documentation contained in this report testifies to the fact that the institution of the Commissioner for Civil Rights Protection is not only the place where monitoring takes place of the state of the observation of human rights and where interventions are undertaken in these matters, but it is also the place where there are conducted programme works which might constitute a support for the public authorities. The hope should be expressed that the conclusions that can be drawn from a reading of the correspondence conducted for over three years and now gathered in this tome will turn out to be useful to the Ministry of Health in the shaping of an effective state health policy and in the fuller realisation of the constitutional rights of citizens to health.

Wykaz sygnatur spraw RPO

L.p.	Sygnatura sprawy	Strona
1.	RPO-230517/96/VII	216, 219, 223, 228
2.	RPO-383896/01/IV	128, 130, 133, 135
3.	RPO-410553/02/X	255, 259
4.	RPO-523424/06/X	410
5.	RPO-524107/06/X	178
6.	RPO-526377/06/X	753, 756
7.	RPO-527434/06/III	723, 728, 731, 737
8.	RPO-529649/06/X	820, 826
9.	RPO-529650/06/X	802, 810
10.	RPO-534441/06/X	413, 420
11.	RPO-537307/06/X	338
12.	RPO-537395/06/X	758
13.	RPO-537569/06/X	742
14.	RPO-537687/06/X	534
15.	RPO-542996/06/X	542
16.	RPO-545486/06/X	89
17.	RPO-545822/06/III	82, 87
18.	RPO-546048/06/X	514, 519
19.	RPO-546532/06/III	776
20.	RPO-546682/06/X	778
21.	RPO-548443/07/III	764, 767
22.	RPO-548777/07/X	425
23.	RPO-548847/07/VIII	761
24.	RPO-551333/07/X	630
25.	RPO-551634/07/X	284
26.	RPO-554753/07/X	188
27.	RPO-555791/07/IX	307
28.	RPO-555872/07/X	357, 365, 370, 376, 399
29.	RPO-557192/07/X	460
30.	RPO-558358/07/X	558
31.	RPO-559391/07/I	814
32.	RPO-559740/07/X	92
33.	RPO-560379/07/I	782

34.	RPO-563259/07/X	97, 102, 105
35.	RPO-564201/07/X	230, 234
36.	RPO-564471/07/X	560
37.	RPO-564842/07/I	282
38.	RPO-565686/07/X	565
39.	RPO-569428/07/X	288
40.	RPO-570108/07/I	473, 487, 495, 497
41.	RPO-570368/07/X	521, 524, 530
42.	RPO-571470/07/XVIII	237, 241
43.	RPO-572275/07/I	501
44.	RPO-573357/07/X	748
45.	RPO-573601/07/I	785
46.	RPO-574104/07/X	108
47.	RPO-574200/07/X	647
48.	RPO-574708/07/X	791
49.	RPO-574927/07/X	58
50.	RPO-575923/07/X	110
51.	RPO-576600/07/X	311
52.	RPO-577454/08/X	79
53.	RPO-578571/08/I	264, 273, 277
54.	RPO-578635/08/VII	352, 353
55.	RPO-578927/08/X	669
56.	RPO-578928/06/VI	195, 205
57.	RPO-579172/08/III	772
58.	RPO-580594/08/X	653, 659
59.	RPO-580790/08/X	292, 297, 301
60.	RPO-580991/08/X	704, 709
61.	RPO-581156/08/X	674, 689, 700, 703
62.	RPO-581157/08/X	812
63.	RPO-582015/08/X	576
64.	RPO-582529/08/X	303
65.	RPO-586253/08/X	552
66.	RPO-586573/08/X	314, 316, 318
67.	RPO-587722/08/VII	249
68.	RPO-587872/08/X	114
69.	RPO-588152/08/X	76, 77
70.	RPO-588166/08/X	796
71.	RPO-588895/08/X	431, 435
72.	RPO-589567/08/X	118
73.	RPO-589998/08/I	800

74.	RPO-593511/08/X	323
75.	RPO-593913/08/X	579, 581
76.	RPO-594968/08/VII	342
77.	RPO-595130/08/X	332
78.	RPO-595175/08/X	136
79.	RPO-595398/08/IX	139, 142
80.	RPO-595479/08/II	209
81.	RPO-596789/08/X	446
82.	RPO-597215/08/X	582, 587
83.	RPO-598261/08/I	817
84.	RPO-599076/08/X	603
85.	RPO-599285/08/X	162
86.	RPO-599436/08/X	638, 640
87.	RPO-599475/08/VII	245
88.	RPO-599605/08/X	449
89.	RPO-599848/08/X	716
90.	RPO-600374/08/X	326, 328
91.	RPO-600495/08/X	169, 173
92.	RPO-601187/08/X	378
93.	RPO-602156/08/X	453
94.	RPO-602341/08/X	150
95.	RPO-602699/08/X	595
96.	RPO-603791/08/X	153, 159
97.	RPO-603878/08/X	145
98.	RPO-605036/08/X	382
99.	RPO-605142/08/I	347, 350
100.	RPO-606966/09/X	664
101.	RPO-607719/09/X	166
102.	RPO-607863/09/VII	262
103.	RPO-608428/09/X	588
104.	RPO-609043/09/X	464
105.	RPO-610187/09/X	591
106.	RPO-613090/09/X	191
107.	RPO-613140/09/X	402
108.	RPO-614235/09/X	553

Codziennik Prawny **RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Wszystko, co każdy wiezieć o prawie powinien

Pomysł stworzenia popularnego poradnika ułatwiającego poruszanie się w gąszczu przepisów zrodziło życie. Analizując sprawy napływające do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i badania socjologiczne doszliśmy do wniosku, że należy pilnie podjąć działania na rzecz podnoszenia świadomości prawnej społeczeństwa, zwłaszcza młodzieży.

Stąd inicjatywa portalu: **www.CodziennikPrawny.pl** i próba zwrócenia się do każdego Obywatela z informacją opracowaną przez grono wybitnych prawników. Portal oferuje odpowiedzi na setki pytań pod adresem prawa, z którymi zdarza nam się mierzyć w ciągu całego życia; które pojawiają się w domu, w pracy, w urzędzie czy podczas zakupów. Czerpaliśmy tu m.in. z doświadczeń poradników „Everyday Law” i „Guide To The Law”, które odniosły ogromny sukces i trafiły do nieomal każdego angielskiego domu.

Cały nasz projekt składa się z czterech elementów: a) portalu internetowego; b) książki „Codziennik prawny”; c) karty informacyjnej; d) cyklu szkoleń, adresowanych do uczniów, nauczycieli, przedstawicieli organizacji pozarządowych zajmujących się udzielaniem bezpłatnych porad prawnych.

Chcielibyśmy, żeby CodziennikPrawny.pl dobrze służył każdemu Obywatelowi. Wypełnił nie tyle lukę na rynku bezpłatnych poradników i informatorów, co przede wszystkim lukę w edukacji obywatelskiej, która nie powinna być przywilejem nielicznych. Aby stał się elementem budowania świadomości prawnej, bez której nie ma świadomych swych praw i obowiązków Obywateli.

Jednym z rozdziałów Codziennika prawnego jest **problematyka zdrowia**.

Funkcjonowanie służby zdrowia jest tematem bliskim każdemu człowiekowi. Każdy bowiem w razie potrzeby chciałby mieć zapewnioną niezbędną opiekę medyczną na odpowiednio wysokim poziomie.

Konstytucja przyznaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają

równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególna opieka zdrowotna przysługuje dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Współczesne wyzwania stojące przed medycyną obejmują szereg kwestii, nie stronią od zawiłych problemów bioetycznych czy nauk szczególnych. Wszystkie one, w ten czy inny sposób odnoszą się do wolności i praw człowieka. Wymagają zatem uregulowania ich przez przepisy prawa. W pierwszej wersji Codziennika odniesiono się do następujących kwestii:

- Na czym polega prawo do ochrony zdrowia?
- Co się dzieje w przypadku nieuiszczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne?
 - Jak wygląda prawo do opieki zdrowotnej członków rodziny osoby ubezpieczonej?
 - Gdzie szukać informacji o prawach pacjenta?
 - Gdzie może kierować skargi w przypadku ograniczenia lub naruszenia praw pacjenta?
 - Na czym polega szczególna ochrona zdrowia kobiet w ciąży?
 - Rodzić „po ludzku” – podstawowe prawo kobiety rodzącej
 - Noworodek w domu – o czym, od strony prawnej, warto pamiętać?
 - Jakie są podstawowe zasady pobierania narządów?
 - Czy pobranie organów od zmarłego wymaga zgody?

