

Rzecznik Praw Obywatelskich dr Janusz Kochanowski w rozmowie z redakcją „DIAGNOZA” na temat sytuacji polskiej służby zdrowia i praw pacjenta.

1. Pozwoli Pan, że rozpocznę naszą rozmowę od pytania na temat specyfiki praw pacjenta na tle praw obywatelskich w Polsce. Jak w opinii Rzecznika Praw Obywatelskich kształtuje się ta relacja?

Prawa obywatelskie i prawa pacjenta wbrew pozorom nie stanowią jednej kategorii. Pierwsze mają charakter „bardziej” powszechny, generalny. Są zapisane w wielu aktach prawa międzynarodowego, jak np. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r., Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r., Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz w konstytucjach poszczególnych krajów. Nie inaczej jest z polską ustawą zasadniczą. Prawa te stanowią gwarancję dla kategorii praw pacjenta. Niezależnie od wymienionych aktów prawnych należy zwrócić uwagę na działalność wyspecjalizowanych instytucji międzynarodowych jak Międzynarodowa Organizacja Zdrowia(WHO), czy Światowe Stowarzyszenie Medyczne, które przyjęły liczne ważne dokumenty dotyczące koncepcji opieki zdrowotnej i praw pacjenta. Na szczególną uwagę zasługuje Deklaracja Praw Pacjenta WHO. Światowa Organizacja Zdrowia głosi, że rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych mogą przyczyniać się do depersonalizacji i dehumanizacji leczenia. Wymaga to pewnego rodzaju monitoringu praw pacjenta w zestawieniu z prawami człowieka gwarantowanymi choćby przez wymienione wcześniej konwencje. Mamy tu na myśli prawo każdego człowieka do podmiotowego traktowania, w tym również samodecydowania w sprawach własnego zdrowia, poszanowania prywatności, czy też przekonań religijnych. Idąc naprzeciw tym wartościom WHO przedstawiła w 1994 roku Model Deklaracji Praw Pacjenta. Znajdują się w nim wytyczne dla państw członkowskich w kwestii realizacji podstawowych praw pacjenta. Dokument ten określa prawo każdego człowieka do:

- poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej;
- samodecydowania – do informacji o stanie zdrowia i proponowanych procedurach wraz z ryzykiem i przewidywaną korzyścią, do decydowania o zgodzie lub odmowie zgody na działania medyczne;
- poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz poczucia bezpieczeństwa swojej osoby;

- poszanowania swojej prywatności – wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta i wszelkie inne informacje natury osobistej muszą pozostać poufne, nawet po śmierci;
- poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturalnych oraz przekonań religijnych i filozoficznych;
- ochrony zdrowia na poziomie, jaki zapewniają działania w dziedzinie profilaktyki i opieki zdrowotnej;
- ulgi w cierpieniach w stopniu, na jaki pozwala stan wiedzy, ludzkiego traktowania w stanach terminalnych oraz godnej śmierci.

Oprócz wymienionych już aktów prawnych należy jeszcze wspomnieć o Europejskiej Bioetycznej Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec biologii i medycyny z 1997 r. Jak widać prawa pacjenta są przedmiotem zainteresowania wielu organizacji i stowarzyszeń międzynarodowych, których stronami są różne podmioty: państwa, fundacje itp. W Polsce realizując wytyczne Modelu Deklaracji Praw Pacjenta WHO, zapisów Konstytucji i ratyfikowanych konwencji międzynarodowych wydano w 1994 roku Kartę Praw Pacjenta. Karta upubliczniona została przez Ministra Zdrowia. W tym momencie musimy też zwrócić szczególną uwagę na problem polityki informacyjnej w kreowaniu i należytym egzekwowaniu wszelkich praw. Konieczne jest stworzenie możliwości powszechnego odbioru informacji na temat istniejących uprawnień, w tym praw pacjenta. To zadanie spoczywa na władzach państwowych.

2. Nie będzie nadużyciem stwierdzenie, że w sporze ze służbą zdrowia pacjent jest z reguły na straconej pozycji. Często wypadkom w szpitalach ulegają osoby, których nie stać na opłacenie prawnika. Niestety zazwyczaj nie znają też swoich praw. Czy Rzecznik przewiduje swój udział w tego typu procesach?

Musimy się zastanowić nad środkami prawnymi jakimi dysponuje RPO. Działalność Rzecznika często ma charakter perswazyjny i opiniodawczy. Pełniąc ten urząd zarówno ja, jak i moi poprzednicy już od 1999 roku sygnalizowali kolejnym Ministrom Zdrowia potrzebę rozważenia możliwości wprowadzenia alternatywnych do postępowania sądowego mechanizmów wynagradzania szkód na zdrowiu powstałych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Mimo zapewnień urzędujących wówczas Ministrów Zdrowia o podjęciu działań w tej sprawie, nie doprowadzono do dyskusji w tej materii i rozwiązania sygnalizowanego problemu. Kontynuując interwencje moich poprzedników, w kwietniu br.

zwróciłem się do Ministra Zdrowia z prośbą o rozważenie potrzeby zmiany dotychczasowego podejścia do bezpieczeństwa leczenia oraz sposobu pomocy pacjentom poszkodowanym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ponowiłem jednocześnie interwencję w kwestii konieczności zmiany przepisów oraz zasad postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy i innych pracowników medycznych. W Polsce sytuacja znacznie odbiega od standardów międzynarodowych. Konieczne są zmiany systemowe. Dlaczego? Otóż jako patologiczną należy uznać sytuację, w której pacjent - de facto klient służby zdrowia, który opłaca składki ubezpieczeniowe nie może domagać się, czy też bardziej nie jest w stanie egzekwować obowiązku należytego wykonania wobec niego usługi – w tym przypadku – świadczenia medycznego, według określonych standardów. Problemem zasadniczym jest brak systemu, który określałby te standardy i według nich określał zasady odpowiedzialności za działania sprzeczne z nimi powodujące opisywane przez nas wypadki i szkody zdrowotne. Pacjent ma prawo do przekonania, że usługi medyczne świadczone są na najwyższym poziomie gwarantującym bezpieczeństwo. Jeżeli uchybień jest zbyt wiele wówczas zmniejsza się społeczne zaufanie do służby zdrowia i niestety mamy z tym do czynienia obecnie. Musimy też pamiętać, że coraz częstsze przypadki błędów w sztuce lekarskiej generują coraz większe wydatki państwa na odszkodowania. Reasumując – musi być przeprowadzona kompleksowa reforma, która stworzy również nowy system monitoringu jakości usług medycznych standaryzujących je i warunkujących odpowiedzialność za działania sprzeczne z przyjętymi kryteriami profesjonalizmu. Niezależnie od sygnalizowanych potrzeb reformy systemowej Rzecznik Praw Obywatelskich podejmuje i nadal będzie podejmował interwencje w indywidualnych sprawach obywateli w zakresie przewidzianych przez Konstytucję i ustawy kompetencji.

3. Kolejny problem to niskie kwoty przyznawanych odszkodowań. Czy nie wynika to z tego, że głównie wypłacane są przez szpitale publiczne, borykające się jak powszechnie wiadomo z problemami ekonomicznymi? Czy podobnie niskie odszkodowania byłyby naliczane dobrze prosperującym szpitalom prywatnym bądź firmom farmaceutycznym? W związku z tym czy możemy mówić o nierównowadze pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym w praktyce polskiego orzecznictwa?

Jak już wyżej wspomniałem konieczne są zmiany systemowe. Radykalnej zmiany wymaga sposób postępowania wobec osób, które poniosły szkodę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Chodzi przede wszystkim 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. Nietrudno nie zauważyć, że Polska zobowiązała się do tych standardów będąc stroną wymienianych już wyżej konwencji międzynarodowych. Musimy zastanowić się nad funkcjonowaniem obowiązującego obecnie systemu odpowiedzialności cywilnej. Nie zapewnia on wystarczającej gwarancji z punktu widzenia ochrony praw pacjentów oraz praw obywatelskich (głównie prawa do ochrony zdrowia). Nie jest również w pełni zadawalający system ubezpieczenia OC pracowników medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej (pozostawia poza swym zakresem "ryzyka nieubezpieczalne"). Umowy ubezpieczeniowe są niejednokrotnie tak konstruowane, aby zminimalizować możliwość wypłaty odszkodowania, a sumy gwarancyjne, na jakie zawierane są umowy ubezpieczeniowe, są zbyt niskie. Problemem nie jest tu jednak tylko samo OC, ale również sam system opieki zdrowotnej, który pokrzywdzonego pacjenta pozostawia niejednokrotnie samemu sobie, bez zapewnienia koniecznych świadczeń zdrowotnych i zaopatrzenia medycznego. Nie można nie wspomnieć również o nagannych praktykach odmowy dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, szczególnie, gdy poszkodowany dochodzi roszczeń z tytułu doznanej szkody na zdrowiu.

4. Kontynuując problem OC w służbie zdrowia możemy pokusić się o wiele mówiące pytanie. Skoro odszkodowanie OC w kolizjach drogowych wypłacane jest w kwocie odpowiadającej wysokości szkody to dlaczego nie dzieje się tak w postępowaniach medycznych? Przykładowo, jeżeli młody człowiek na skutek błędu lekarskiego stracił możliwość pracy, to czy nie byłoby zasadne oprócz zapewnienia mu opieki i rehabilitacji wypłacenie dodatkowej sumy, pokrywającej koszty utrzymania przez cały okres niezdolności do pracy (wielkość zależałaby od wykształcenia, doświadczenia i dotychczasowego wynagrodzenia)?

Problem jest skomplikowany. Musimy zwrócić uwagę na zapisy Konstytucji. Artykuł 2 wyraźnie stwierdza, że Rzeczpospolita Polska zapewnia urzeczywistnienie zasad sprawiedliwości społecznej. Nie inaczej jest w omawianym przypadku osób, które doznały szkody na zdrowiu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nie mogą one pozostawać bez zabezpieczenia realnych możliwości rekompensaty szkody oraz uzyskania odpowiedniej i we

właściwym czasie udzielonej opieki medycznej. Osoba, która doznała szkody na zdrowiu w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych nie może też pozostawać w sytuacji gorszej niż inni poszkodowani i ofiary. Niezbędna jest zatem interwencja ustawodawcy celem stworzenia efektywnego systemu kompensacji szkód poniesionych przez pacjentów. Nie trzeba przy tym stosować zasady „wyważania otwartych drzwi”. W wielu krajach zachodnich sprawdziły się instytucje prawne regulujące sytuację poszkodowanych (fundusze gwarancyjne, ubezpieczenie pacjenta, gwarancyjna odpowiedzialność państwa). Jest to rozwiązanie o wiele korzystniejsze zarówno dla samych pacjentów jak i systemu publicznej służby zdrowia. Nie uzależnia bowiem - na wzór amerykański – medycyny od interwencji prawników. Chodzi tutaj o narastającą roszczeniowość pacjentów zwiększającą koszty funkcjonowania opieki zdrowotnej. Dwukrotnie wnosilem interwencje w tej sprawie do Ministra Zdrowia. Według jego opinii na dzień dzisiejszy najefektywniejszą gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego oraz ochrony praw pacjentów byłaby poprawa systemu kształcenia i doskonalenia umiejętności zawodowych lekarzy, a także działalność Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Biura Praw Pacjenta. Jest to oczywiście niezbędne minimum, które nie przyczyni się do oczekiwanej zmiany systemowej. Pozytywnie jednak należy ocenić chęć przeprowadzenia przez ministra zmiany dotyczącej wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia OC zakładów opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ubezpieczeniowych. Wnoszone przeze mnie interwencje w kwestii kompensacji szkód poniesionych przez pacjentów mają charakter perswazyjny i dyscyplinujący odpowiedzialne za politykę zdrowotną organy państwa do należytego zaangażowania w omawiany problem, do czego zresztą zobowiązuje rekomendacja Rady Europy nt. zarządzania bezpieczeństwem pacjentów i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej (Rec. 2006.7). Kończąc temat OC muszę jeszcze nawiązać do podniesionego ostatnio przez Ministra Zdrowia problemu leczenia ofiar wypadków z OC sprawców. Uważam, że jest to ciekawa propozycja i na pewno nie będę się sprzeciwiał jako Rzecznik Praw Obywatelskich odpowiednim uregulowaniom prawnym tej kwestii.

5. Kolejny problem. Czy ubezpieczeni nie mają prawa domagać się równego traktowania przez służbę zdrowia? Niestety pytanie nie jest retoryczne. Wskazuje na to choćby przykład chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Szacuje się, że jest

nim zarażonych około 730 tys. ludzi, (2% populacji) w Polsce. Tylko 20 tys. z nich jest zdiagnozowanych, z czego leczonych – 3 tys. Kolejne 6 tys. osób czeka w kolejce.

Inny przykład. Dzieci chore na WZW w 95 przypadkach na 100 nie dostają szansy na leczenie, które rozpoczyna się dopiero po ukończeniu 18 roku życia. NFZ wycenił lek tak nisko, że producent nie chce sprzedać go szpitalom.

Czy Rzecznik może pomóc osobom, które nie mogą doczekać się leczenia?

Decydujące znaczenie mają tu zapisy ustawy zasadniczej. Możemy wymienić artykuł 68 ust.1, w którym wyraźnie zaznacza się, że jego adresatem jest „każdy obywatel”. Konstytucja zatem nie wprowadza żadnego ograniczenia przedmiotowego. Uprawnienia tego rodzaju mają charakter prawa podmiotowego. Ustęp 2 tego artykułu skierowany jest w zasadzie do władzy publicznej. Dotyczy finansowania opieki zdrowotnej, zakazując różnicowania obywateli w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych według kryterium sytuacji materialnej oraz odsyła do ustawy określającej warunki i zakres udzielania świadczeń. Artykuł 68 nakłada na organy władzy publicznej określone obowiązki - w związku z tym może być podstawą do oceny zgodności z nim przyjętego przez prawodawcę systemu ochrony zdrowia. Koniecznie trzeba wspomnieć również o zapisach ust. 3, 4 i 5 art. 68 – nakazują one kolejno: zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku, a także obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz obowiązek popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Jednakże w tym przypadku, Konstytucja nie określa ani form, ani zakresu tych obowiązków.

Możemy tu wymienić jeszcze art. 30 Konstytucji, w świetle którego, 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. Swobodą konsekwencją art. 30 jest art. 38 Konstytucji, zgodnie z którym "Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia".

6. Stworzenie szpitalnych list oczekujących na mało dostępne procedury miało wpłynąć na sprawiedliwy, równy, nie dyskryminujący nikogo oraz przejrzysty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Jakie działania może podjąć pacjent w egzekucji tego prawa? W jaki sposób RPO może pomóc w takiej sytuacji?

Znów nawiązujemy do problemu powszechnego dostępu do publicznej służby zdrowia. Istnieją pewne przekłamania w rozumieniu obowiązku jaki w tej dziedzinie nakłada na państwo Konstytucja. Musimy pamiętać, że sformułowanie cytowanego przed chwilą art. 68: „...każdy ma prawo do ochrony zdrowia” nie oznacza obowiązku stworzenia bezpłatnej opieki zdrowotnej. Nawet częściowe urynkwienie opieki medycznej zmniejszyłoby m. in. problem dostępności do świadczeń, także tych bezpłatnie gwarantowanych. Przy zastosowaniu odpowiednich osłon dla najbiedniejszych system zostałby odblokowany (środki finansowe i tak są generowane, niestety w ramach szarej strefy, na czym nie może skorzystać służba zdrowia cierpiąca na chroniczne niedofinansowanie!) Radykalna i kompleksowa reforma służby zdrowia zredukowałaby także problem kolejek. Jednak dzisiejszy stan rzeczy warunkowany jest ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135). Stworzyła ona swego rodzaju model przejściowy, porządkując istotne elementy systemu finansowania ochrony zdrowia zdestabilizowanego w konsekwencji wadliwych rozwiązań systemowych wprowadzonych ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 ze zm.). Wprowadzała ona stan przejściowy w regulacjach prawnych, niestety trwa on do dziś. Podjęcie w ustawie próby rozwiązania kwestii kolejek pacjentów oczekujących na wykonanie świadczenia, zaproponowane zasady tworzenia i zarządzania kolejkami, były ważnym krokiem w dobrym kierunku. Trudno zatem krytykować np. założenie, że lista oczekujących powinna być prowadzona w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń medycznych. Podobnie pozytywnie należy ocenić system informowania pacjentów za pośrednictwem internetu nt. liczby oczekujących i czasie oczekiwania na wykonanie świadczeń medycznych w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia. W korespondencji do RPO skarg dotyczących wyłącznie kolejek jest niewiele. Ale blisko 40 % skarg z zakresu ochrony zdrowia stanowią skargi na utrudniony dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych udzielanych w szpitalach oraz lecznictwie otwartym, w tym głównie do świadczeń wysokospecjalistycznych i wysokokosztowych, do lecznictwa uzdrowiskowego, do drogich procedur diagnostycznych. W części z tych skarg sprawa kolejek pojawia się niejako w tle. W pojedynczych wypadkach podejmowane były interwencje. Nasze rozeznanie tematu uprawnia do konkluzji, że realizacja w praktyce zasad oraz systemu tworzenia i zarządzania kolejkami oczekujących wymaga większej uwagi ze strony dyrekcji poszczególnych ZOZ, organów założycielskich i nadzoru, w tym ze strony NFZ jako płatnika w systemie ochrony zdrowia oraz rzeczników praw

pacjenta w oddziałach i centrali NFZ. Wnioskowałbym również o pewne modyfikacje internetowej informacji o kolejkach pod kątem ułatwienia świadczeniobiorcy samodzielnego korzystania z tej informacji. Pamiętajmy jednak, że mówiąc o systemie kolejek rozważamy sprawy mające charakter przejściowy i prowizoryczny. Jeszcze raz zaznaczam konieczność zmian systemowych.

7. Dochodzimy zatem do problemu tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych. Jaki jest stosunek RPO do tego zagadnienia? Czy zamiast tworzyć stałą listę świadczeń i co roku ją modyfikować, nie lepiej skoncentrować się na kryteriach np. skuteczności klinicznej czy wartości cenowej i według niej dobierać świadczenia?

Musimy ponownie odnieść się do przywoływanego już kilkakrotnie artykułu 68 Konstytucji. Pamiętamy, że artykuł zalecał dopracowanie warunków i zakresu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w ustawie. Mimo zapisu art. 236 ust 1 Konstytucji, który zobowiązał Radę Ministrów do przedstawienia w ciągu 2 lat od dnia wejścia w życie Konstytucji projektów ustaw niezbędnych do jej stosowania, ustawa regulująca kwestie z art. 68 nie została wydana. Tymczasem jest ona niezbędna dla prawidłowego przeprowadzenia reform w służbie zdrowia. Obecnie tkwimy w zawieszeniu między socjalistyczną służbą zdrowia a rynkową opieką zdrowotną. Jak można inaczej nazwać sytuację, w której pacjent – osoba płacąca składki na ubezpieczenie zdrowotne nie zna pakietu świadczeń medycznych ani standardu, czy też terminu wykonania usługi medycznej, za którą płaci? Nie trzeba chyba przekonywać, że taka sytuacja w dużym stopniu wpływa na patologię w służbie zdrowia, przede wszystkim nadmierne zbiurokratyzowanie, niejasną reglamentację administracyjną świadczeń i dostępności do niej co skutkuje największym zagrożeniem dla stabilności systemu – czyli korupcją. Innymi słowy – pacjent musi wiedzieć co jest mu gwarantowane w ramach ubezpieczenia obowiązkowego, a za co musi dopłacić. Tak jak wyżej wspominałem o zasadności uruchomienia procedury leczenia ofiar wypadków z OC sprawców, tak również optowałbym za wprowadzeniem odpłatnych świadczeń ponadstandardowych finansowanych z ubezpieczenia prywatnego, odliczanie składki pielęgnacyjnej od podatku oraz częściowej odpłatności za pobyt w szpitalach, czy też świadczeń specjalistycznych, przy jednoczesnym wprowadzeniu osłon dla najuboższych. Tylko kompleks takich działań może uzdrowić rozpadający się - nie obawiamy się tego stwierdzenia - system opieki zdrowotnej.

8. Problem z gwarancją równej dostępności do świadczeń zdrowotnych ujawnia się również w związku z wprowadzanymi przez NFZ programami lekowymi. Celem ich jest zwiększenie dostępu pacjentów do drogich leków, okazuje się jednak, że nie wszyscy mają taki dostęp zagwarantowany. Dochodzi do sytuacji w których np. reumatoidalne zapalenie stawów jest leczone tylko u 1000 osób, podczas, gdy we Francji 30 000?

W Konstytucji mamy zapewnione, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Dlaczego zatem jedni pacjenci są bardziej uprzywilejowani niż inni?

 Nie będę oryginalny, gdy znów przytoczę art. 68 ustawy zasadniczej. Pewnego rodzaju „nierównością” możemy nazwać uprzywilejowanie wymienionych w nim grup (dzieci, kobiet w ciąży, ludzi starszych, niepełnosprawnych), którym władze państwowe są zobligowane w szczególny sposób zagwarantować opiekę zdrowotną. O ile jednak artykuł formułuje nakaz określenia zasad i warunków dostępności do świadczeń zdrowotnych dla „każdego” obywatela (czyli w/w „koszyk świadczeń zdrowotnych”) w ustawie – nie przewiduje takiego obowiązku dla grup „szczególnych”. Konstytucja nie określa ani form, ani zakresu tych obowiązków.

9. Kolejny problem związany z lekami. Zdarza się, że lekarz postępując zgodnie ze swoją wiedzą musi podać pacjentowi większą dawkę leku niż to przewiduje NFZ w listach świadczeń szpitalnych (np. w chemioterapii i katalogu programów lekowych). Istnieją obawy, że różnice musi pokryć pacjent. Czy jest to zgodne z polskim prawem?

 Zachodzi tu pewne nieporozumienie. Według mojej wiedzy Narodowy Fundusz Zdrowia nie określa dawek leku, jakie mają być ordynowane konkretnym pacjentom – określają to przyjęte standardy leczenia, wiedza lekarza i wskazania zawarte w materiałach dopuszczających lek do obrotu. Nie odnotowaliśmy skarg pacjentów, od których oczekiwano by zapłaty za zwiększoną dawkę leku podawaną w społecznym zakładzie opieki zdrowotnej.

10. Na zakończenie zajmijmy się problemem, który na pewno wzbudza niepokój Rzecznika Praw Obywatelskich. Izby Lekarskie oraz sądownictwo korporacyjne. Do Izb wpływa co roku od 1600 do 2000 skarg. Około 130 z nich Rzecznicy przesyłają do sądu. W ostatecznej instancji zapada tylko kilkanaście orzeczeń niekorzystnych dla lekarzy. Czy nie jest to dowód na brak obiektywizmu sądownictwa lekarskiego? Co RPO zamierza zrobić, żeby przerwać taki stan rzeczy? Czy wobec tak rażąco niekorzystnego orzekania pacjent w tego rodzaju postępowaniu sądowym będzie mógł powołać biegłego z krajów UE, który przedstawi niezależną, fachową opinię?

Zgadzam się z tym, że nie można dłużej tolerować sytuacji, w której środowisko lekarskie jest „sędzią we własnej sprawie”. Na słabość i niewydolność postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy wskazują przede wszystkim listy obywateli oraz organizacji zajmujących się ochroną praw pacjentów, kierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich. Główne zarzuty podnoszone przez pokrzywdzonych w korespondencji w tej materii to:

- przewlekłość postępowania wyjaśniającego przed okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej ponad przewidziany w przepisach termin trzech miesięcy od daty zawiadomienia o popełnieniu przewinienia zawodowego, co niejednokrotnie prowadzi do przedawnienia karania 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,
- nagminne nieinformowanie skarżących o fakcie wszczęcia postępowania wyjaśniającego oraz o przyczynach przedłużania tego postępowania,
- odmowa wglądu do akt postępowania,
- stronnictwo 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.

Należy zauważyć, że na tok postępowania przed sądami lekarskimi skarżą się również niejednokrotnie sami obwinieni lekarze. Podnoszą kwestie jawności akt sprawy, odmowy dopuszczenia wniosków dowodowych, nieinformowania o przyczynach odrzucenia tych wniosków i możliwości wniesienia zażalenia, nierzetelności postępowania, co ogranicza konstytucyjne prawo obywatela do obrony.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich muszę również zwrócić uwagę na nieprawidłowe relacje części rzeczników odpowiedzialności zawodowej z innymi organami publicznymi oraz z urzędem przeze mnie sprawowanym. Mając na uwadze liczne stwierdzone nieprawidłowości zwróciłem się do Ministra Zdrowia w sprawie zmiany dotychczasowych przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz innych pracowników medycznych. Zaznaczam, że czynili to także moi poprzednicy już od roku 1999. Zastrzeżenia dotyczą niezgodności aktów prawnych regulujących działalność korporacji lekarskich z zapisami Konstytucji. Chodzi tu o podstawę wydania rozporządzenia wykonawczego, która nie spełnia wymagań art. 92 ust. 1 Konstytucji, a także ograniczenia (do członków izby lekarskiej) zasady jawności postępowania oraz uregulowania w rozporządzeniu wykonawczym gwarancji procesowych (praw i obowiązków obywateli, jako pokrzywdzonych), a zatem materii zastrzeżonej dla ustawy.

Podobnie jest w przypadku rozporządzenia w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Rozporządzenie to wykracza poza zakres upoważnienia ustawowego - nie tylko "doprecyzowuje" przepisy ustawowe, uwzględniając szczególny charakter odpowiedzialności zawodowej lekarzy, ale zmienia ich istotę. Pozbawia również pokrzywdzonego wielu praw, które przysługiwałyby mu na podstawie Kodeksu postępowania karnego, do którego odsyła ustawa o izbach lekarskich. Wszystkie te uregulowania powodują brak symetrii w obronie interesów lekarza i pokrzywdzonego pacjenta. Niestety, należy stwierdzić, że funkcjonowanie samorządu lekarskiego nie jest wolne od wielu nieprawidłowości. Są one na tyle poważne, że potrzebują radykalnych zmian legislacyjnych dostosowujących obowiązujące przepisy do norm zawartych w Konstytucji RP i regulacjach międzynarodowych. Zmiany te powinny zmierzać w kierunku lepszego

zagwarantowania ochrony praw uczestników postępowania oraz wzmocnienia nadzoru nad tym postępowaniem. Musi zostać spełniony wymóg art. 17 Konstytucji RP pozwalającego tworzyć samorzady zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Status zawodu zaufania publicznego nie może więc wykaczać poza granice interesu publicznego. Musi być zatem zapewniona równowaga 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. Pozwolę sobie przypomnieć, że kilkakrotne interwencje mojego poprzednika w sprawie zmiany omawianych 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 samorzady zawodowe pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów zaufania publicznego oraz nadzorze nad działalnością samorządów zawodowych.

Obowiązujące przepisy nie sprzyjają również, a przynajmniej w niewystarczającym stopniu promują podnoszenie kwalifikacji przez lekarzy. Nie przeciwdziałają patologiom w środowisku medycznym (korupcja, nadużywanie alkoholu, wykorzystywanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej do prywatnej działalności). Nie chronią również wystarczająco ofiar błędów lekarskich.

Jestem zdania, że konieczne są zmiany w systemie, które doprowadzą do przejęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia - reprezentanta płatników składek zdrowotnych (pacjentów) – znacznej części uprawnień Izb Lekarskich. Należy zmieniać prawo, które zezwala na nadmierne kompetencje korporacjom zawodowym, nie tylko lekarskim. Jest to zgodne z trendami światowymi - w krajach demokratycznych nie ma miejsca na takie praktyki jak sądownictwo korporacyjne.

Widzimy dokładnie ogrom pracy jaki czeka legislatorów, aby zmienić społeczny odbiór środowiska lekarskiego, niestety coraz bardziej negatywny. Dlaczego prawodawców? Wysoka jakość stanowionego prawa decyduje o spójności i komplementarności systemu, jaki

tworzy. Warunkuje również charakter postaw wobec norm przez niego kreowanych - od akceptacji i sprawnego działania po negację i wykorzystywanie tzw. luk prawnych.

Najbardziej przekonującym kryterium prawidłowości w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej jest profesjonalizm na poziomie tworzenia prawa oraz jego rzeczywistej implementacji w praktycznej działalności sektora medycznego.