



Warszawa, 19-02-2024 r.

**RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH**

**Marcin Wiącek**

**V.7010.4.2024.JK**

**Pan**

**Bartłomiej Chmielowiec**

**Rzecznik Praw Pacjenta**

**via ePUAP**

Szanowny Panie Rzeczniku,

w nawiązaniu do pisma z dnia 11 stycznia 2024 r. (nr RzPP-DWS-WPS.033.1.2024), w sprawie problemów z zakresu systemu ochrony zdrowia, które wymagają wzmożonego nadzoru, pragnę poinformować, że w ramach podejmowanych przeze mnie działań zidentyfikowałem obszary, które w mojej ocenie takiego nadzoru i zainteresowania wymagają.

1. Niezwykle istotna z punktu widzenia praw pacjenta jest kwestia **dostępu do znieczulenia podczas porodu**<sup>1</sup>. Jak wynika z przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych<sup>2</sup>, w ponad połowie szpitali położniczych w roku 2022 nie wykonano ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodów. W kolejnych

---

<sup>1</sup> Pismo z dnia 21 sierpnia 2023, V.7010.100.2023 por.

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-dostep-do-znieczulenia-porod-mz-odpowiedz>

<sup>2</sup> Zob. <https://shorturl.at/sAZ09> [dostęp: 9.08.2023 r.].

kilkudziesięciu procentach liczba wykonanych znieczuleń była znikoma. Średnio zaś w skali kraju odsetek porodów ze znieczuleniem stanowi zaledwie 14%.

Również analiza danych z województw wskazuje na znaczące terytorialne zróżnicowanie w zakresie dostępu do omawianego świadczenia. W świetle przedstawionych danych prawne zagwarantowanie przez NFZ, jako płatnika, możliwości skorzystania z określonego świadczenia, w sytuacji braku realnych możliwości jego uzyskania w wielu szpitalach, może mieć charakter pozorny. Natomiast brak faktycznej możliwości podania znieczulenia może świadczyć o naruszeniu praw pacjenta do poszanowania godności i intymności oraz leczenia bólu, a także prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

2. Kolejną kwestią jest problem **braku regulacji dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych**, np. pacjentów onkologicznych czy po operacjach<sup>3</sup>. Aktualnie ustawowo uregulowane jest jedynie stosowanie przymusu wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Tymczasem przymus bezpośredni na oddziałach niepsychiatrycznych jest też powszechnie stosowany, gdyż u pacjentów, np. po zabiegach operacyjnych, może dochodzić do tzw. splątania, w wyniku którego pacjent nie kontroluje swoich zachowań. W takich okolicznościach konieczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego, ale brak jest ram prawnych określających dopuszczalne granice jego stosowania, regulujących obowiązek raportowania czy maksymalny czas trwania, w którym dana osoba może być unieruchomiona.

3. Pragnę również zwrócić uwagę Pana Rzecznika na kwestię dotyczącą **miejsca stosowania unieruchomienia na oddziałach psychiatrycznych**. Obecnie obowiązujące przepisy jednoznacznie nie zobowiązują podmiotów medycznych do wyodrębnienia jednoosobowej sali, w której ten środek mógłby być stosowany. W konsekwencji unieruchomienie jest przeważnie wykonywane w salach wieloosobowych, a intymność pacjenta mają zagwarantować parawany oddzielające go od reszty pacjentów. Ta forma odseparowania pacjenta nie zapewnia intymności i poszanowania godności pacjenta.

---

<sup>3</sup> Pismo z dnia 31 lipca 2023 r. V.7010.88.2023 por.

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-przymus-stosowanie-oddzialy-niepsychiatryczne-mz-odpowiedz>

Zobligowanie szpitali do wydzielenia sali do stosowania unieruchomienia, pozwoliłoby również na instalację tam systemu monitoringu wizyjnego. Aktualnie tylko w przypadku stosowania izolacji, oprócz osobistej kontroli pielęgniarki co 15 minut, przepisy nakazują monitorowanie zachowania pacjenta za pomocą kamery. Tego dodatkowego obowiązku ustawa nie nakłada w przypadku unieruchomienia.

4. Następnym problemem to **brak specjalistycznych placówek, które mogłyby udzielać pomocy osobom cierpiącym na autoagresję**. Obecnie miejscem przebywania takich osób są szpitale psychiatryczne, gdzie pacjenci są skrupowani pasami, bądź dom, gdzie rodzina nie jest w stanie zapewnić bezpieczeństwa cierpiącej osobie. Brakuje natomiast placówek dedykowanych dla osób cierpiących na autoagresję, dających specjalistyczną opiekę całodobową, np. specjalistycznych domów stałego pobytu.

5. Niepokojące są informacje dotyczące **braku finansowania produktów leczniczych Kaftrio oraz Kalydeco w leczeniu mukowiscydozy w ramach RDTL** we wskazaniu: pacjenci w wieku co najmniej 6 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del genu CFTR lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu CFTR<sup>4</sup>. Dodatkowo wątpliwość może budzić zakres wnioskowanej uprzednio refundacji. Najwyższa Izba Kontroli w 2022 r. wnioskowała w wystąpieniach pokontrolnych do Ministra Zdrowia o rzetelne opracowywanie wykazów produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach RDTL.

6. Kolejny problem dotyczy sytuacji, gdy **pacjent oczekuje wpisania na listę oczekujących na więcej niż jedno świadczenie**. Zgodnie z obowiązującymi przepisami – art. 20 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) pacjent może być wpisany na listę oczekujących na to samo świadczenie tylko jeden raz. Jeżeli skierowanie dotyczy innej części ciała, to planowana rehabilitacja powinna uwzględniać wszystkie występujące dysfunkcje oraz zapewnić pacjentowi holistyczne świadczenie odpowiadające aktualnym potrzebom zdrowotnym. Niemniej jednak, występują sytuacje, gdy podmioty lecznicze nie podchodzą do rehabilitacji kompleksowo. Wówczas pacjent jest zmuszony zakończyć rehabilitację na jedno

---

<sup>4</sup> Pismo z dnia 30 listopada 2023 r. V.7013.115.2023 por.

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mukowiscydoza-leki-niefinansowane-mz>

schorzenie, aby móc ponownie być zapisanym w kolejce na drugą dolegliwość, a skutkiem tego wydłuży się w sposób znaczący jego czas oczekiwania na uzyskanie pomocy medycznej.

7. Kolejny problem to **brak dostępności gabinetów ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami**<sup>5</sup>. Kwestia ta została również dostrzeżona w Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w której w ramach priorytetu Zdrowie (Pkt VI. 2.4. Strategii) zaplanowano wypracowanie systemowych rozwiązań w zakresie zapewnienia dostępności usług ginekologiczno-położniczych dla kobiet z niepełnosprawnościami poprzez opracowanie standardów, które mają obejmować kwestie zapewniania dostępności na wszystkich etapach udzielania świadczeń medycznych, uwzględniając również analizę możliwości przeprowadzania badań specjalistycznych w domu pacjentki. Obecnie takich placówek jest niewiele (wg Fundacji Kulawa Warszawa, gabinetów dostępnych przynajmniej częściowo jest 195 i są dostępne przede wszystkim w dużych miastach).

8. Kolejny problem osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych to **brak wag krzeselkowych**. Placówki opieki zdrowotnej nie są wyposażone w takie wagi, co może skutkować brakiem możliwości ustalenia wagi pacjenta, a jest to niezbędne przy doborze odpowiedniej dawki leków. Wagi krzeselkowe, według stanu na dzień 6 lutego 2023 r., znajdowały się tylko w 67 placówkach. W przypadku m.in. województwa dolnośląskiego, warmińsko-mazurskiego czy zachodniopomorskiego tylko jedna placówka w województwie posiada dostępną wagę, natomiast w niektórych województwach takich wag w ogóle nie ma.

9. Następną sprawą są **trudności w uzyskaniu przenośnych koncentratorów tlenu**<sup>6</sup>. Koszt takiego koncentratora jest 4-krotnie wyższy niż stacjonarnego, przez co wielu osób nie stać na ich zakup. Kwestie dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzęt rehabilitacyjny uregulowane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2023 r. poz. 823). W aktualnym stanie

---

<sup>5</sup> [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-09/Do\\_MZ\\_gabinety\\_ginekologiczne\\_ozn\\_dost%C4%99pnosc\\_19.09.2023.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-09/Do_MZ_gabinety_ginekologiczne_ozn_dost%C4%99pnosc_19.09.2023.pdf)

<sup>6</sup> <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-przenosne-koncentratory-tlenu-dofinansowanie-pfron-odpowiedz>

prawnym ww. rozporządzenie nieuwzględnienia przenośnych koncentratorów tlenu w wykazie wyrobów medycznych stanowiącym załącznik do niego. Z tych względów urządzenie to nie może zostać dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W odpowiedzi na wystąpienie RPO, Zastępca Prezesa PFRON w wystąpieniu do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej zwrócił się z prośbą o rozważenie skierowania wniosku do Ministra Zdrowia o dokonanie zmian w wyżej wskazanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia poprzez dopisanie do wykazu wyrobów medycznych przenośnych koncentratorów tlenu. Aktualnie przenośne koncentratory tlenu można wypożyczyć jedynie z Ośrodków Domowego Leczenia Tlenem, które mają podpisane umowy z NFZ na świadczenie usług domowego leczenia tlenem.

10. Problemem wymagającym zainteresowania jest również kwestia zabezpieczenia **kadry pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej** wynikająca ze zróżnicowania płacowego w jednostkach sektora pomocy społecznej i zdrowia.

11. Nadzoru wymaga **sytuacja osób w kryzysie bezdomności potrzebujących rekonwalescencji po leczeniu szpitalnym**, gdy z jednej strony przedłużanie pobytu w szpitalu ze względów pozamedycznych nie jest uzasadnione, a z drugiej, mając na względzie dobro chorego człowieka, jest niezbędne.

12. Uwzględnienia wymaga sprawa dotycząca **weryfikacji norm czasu pracy i obsady dyżurów przez personel lekarski**. Wyniki Kontroli NIK "Funkcjonowanie szpitali powiatowych" wskazują, że w szpitalach nie zapewniono należytego bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, jak i lekarzy, przez dopuszczenie do pełnienia przez nich nieprzerwanie dyżurów przy zatrudnieniu cywilnoprawnym.

13. Pragnę zwrócić uwagę Pana Rzecznika na **nieuwzględnianie potrzeb osób głuchych w placówkach ochrony zdrowia**, a nawet złe, poniżające ich traktowanie przez personel medyczny<sup>7</sup>. Szczególnie dramatyczna jest sytuacja osób głuchych w szpitalach psychiatrycznych. Osoby takie są m.in. zmuszane do uczestniczenia z zajęciach grupowych, które bez tłumacza PJM są dla nich wyjątkowo stresujące. Zachowania osób głuchych są interpretowane niewłaściwie przez personel, który nie jest przygotowany do kontaktu z takimi pacjentami. To wpływa na złe diagnozy i

---

7

[https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Osoby\\_Gluche\\_w\\_Polsce\\_2020\\_Wyzwania\\_i\\_Rekomendacje.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Osoby_Gluche_w_Polsce_2020_Wyzwania_i_Rekomendacje.pdf)

niewłaściwy proces terapii. Niedostępne są dla osób głuchych terapie, w tym terapie uzależnień.

14. Kolejna sprawa dotyczy **sytuacji osób starszych w dostępie do ochrony zdrowia**<sup>8</sup>. Systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie uwzględniają całościowo złożoności potrzeb medycznych i opiekuńczych tej grupy społecznej. Nie gwarantują wymaganej dostępności świadczeń, ich ciągłości i kompleksowości, tj. koordynacji opieki specjalistycznej przez lekarza rodzinnego i nadzoru nad przyjmowanymi lekami, opieki pielęgniarskiej nad chorymi przewlekle w domu, pobierania badań laboratoryjnych w domu, dostępu do usług rehabilitacyjnych, usług opiekuńczych, wsparcia asystenta seniora, zapewnienia transportu. W rezultacie, osoby starsze w naszym kraju znacznie częściej niż w krajach europejskich deklarują zły stan zdrowia.

W przypadku osób starszych szczególnie dostrzegalny jest nierówny dostęp do opieki zdrowotnej i wsparcia opiekuńczego, zwłaszcza na terenach wiejskich oraz bardzo ograniczony dostęp do opieki geriatrycznej, hospicyjnej i paliatywnej.

15. Istotnym problemem jest **nierówność zasad przyjmowania osób starszych do zakładów leczniczo-opiekuńczych i domów pomocy społecznej** oraz odpłatności ponoszonych przez członków rodzin za pobyt tychże osób w zakładach leczniczo-opiekuńczych i domach pomocy społecznej.

16. Kolejna sprawa dotyczy **diagnostyki i leczenia WZW typu C w populacji osadzonych** w zakresie realizacji zadań zawartych w Rządowym Programie Polityki Zdrowotnej pn. „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”. Ze stanu korespondencji prowadzonej między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Sprawiedliwości<sup>9</sup> wynika, że jeszcze w listopadzie 2023 r. ostateczny kształt porozumienia nie został opracowany oraz, że istnieje zagrożenie, iż realizacja programu nie będzie zakładała badań przesiewowych populacji osadzonych. Dążenie do szerokiej diagnostyki w tym zakresie jest kluczowe oraz zgodne z realizacją rekomendacji ekspertów podnoszących, że maksymalne upowszechnienie badań przesiewowych wpisuje się w

---

<sup>8</sup> <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja-osob-starszych-w-Polsce.pdf>

<sup>9</sup> <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-leczenie-wirusowego-zapalenia-watroby-wieznio-wie-ms-mz-odpowiedz>

cele Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie eliminacji wirusowych zapaleń wątroby jako zagrożenia zdrowia publicznego. Problematyka ta od lat jest przedmiotem zainteresowania RPO, gdyż eradykacja wirusa HCV z populacji osób pozbawionych wolności leży w interesie społecznym i sprzyja zdrowiu publicznemu.

17. Pragnę również zwrócić uwagę Pana Rzecznika na **sytuację pacjentów Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (KOZZD)**, których stan zdrowia jest na tyle ciężki, że wymagają specjalistycznych świadczeń medycznych. Nie zawsze możliwym jest zapewnienie im odpowiednich świadczeń na terenie KOZZD, natomiast opuszczenie przez nich ośrodka w wielu przypadkach napotyka na niezgodę sądu. Przeszkodą w zapewnieniu odpowiednich do stanu zdrowia pacjentów świadczeń medycznych jest również fakt, że regulująca funkcjonowanie KOZZD ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1689) przewidziała pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń medycznych pacjentom KOZZD w przywięziennych placówkach służby zdrowia. Szpitale przywięzienne nie chcą jednak hospitalizować pacjentów KOZZD, ponieważ w szpitalach na terenie zakładów karnych mogą przebywać jedynie skazani i tymczasowo aresztowani. Podmioty lecznicze inne niż przywięzienne współdziałają w zapewnieniu osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku świadczeń zdrowotnych, gdy jest konieczne natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku lub przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji. Mimo takich regulacji, hospitalizacja poza Ośrodkiem, w publicznych placówkach służby zdrowia, jest utrudniona ze względów ochronnych. Przyjęcie pacjenta KOZZD do szpitala wiąże się zwykle z koniecznością umieszczenia go w pojedynczej sali szpitalnej, nadto podczas pobytu całodobowo obecni muszą być pracownicy ochrony KOZZD, co niekiedy jest niemożliwe ze względów lokalowych w podmiotach leczniczych i bywa także dolegliwe dla innych pacjentów szpitala, niepozbawionych wolności.

18. Pragnę zasygnalizować, że obywatele skarżą się na **długie kolejki do lekarzy specjalistów**. O ile prawo w sposób niedyskryminacyjny przewiduje sposób ustalania miejsca pacjenta w kolejce oczekiwania do lekarzy specjalistów, to w przypadku niektórych specjalności (np. rehabilitacja) długi termin oczekiwania powoduje, że możliwość realnego skorzystania z nieodpłatnej opieki zdrowotnej staje się pozorna.

Przedstawione w niniejszym piśmie informacje to tylko część działań, jakie w ostatnim czasie podejmowałem na rzecz poprawy sytuacji pacjentów w obszarze ochrony zdrowia. Jeśli dostrzega Pan Rzecznik przestrzeń do współpracy w rozwiązaniu wskazanych problemów, to pozostaję do dyspozycji.

Z poważaniem

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/