



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 5.03.2018

Adam Bodnar

V.7011.58.2016.GH

**Pan
Łukasz Szumowski**

Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Na kanwie kierowanych do mnie skarg indywidualnych powziąłem wątpliwość co do zgodności z zasadą równego traktowania regulacji dotyczących kierowania na leczenie uzdrowiskowe.

Zgodnie z § 4 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. poz. 14), przy kwalifikowaniu pacjenta do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lekarz ocenia zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózku inwalidzkim. Z powyższego wynika, że jednym z aspektów podlegającym ocenie lekarskiej w procesie kwalifikacji jest kwestia samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu.

Treść kierowanej do mnie korespondencji wskazuje również na trudności, jakie spotykają osoby, które chciałyby w jednym terminie uzyskać leczenie wraz z osobą bliską, co jest istotne dla osób, które mogą udzielać sobie wzajemnego wsparcia w codziennych czynnościach. Obowiązujące w tej materii przepisy prawa i procedury nie sprzeciwiają się uwzględnieniu powyższych wniosków ubezpieczonych. Niemniej oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia z reguły odmawiają prósbom zainteresowanych.

Pozwala to stwierdzić, że osoby, które nie wykazują się samodzielnością w codziennym funkcjonowaniu, są ograniczone w dostępie do leczenia uzdrowiskowego. W związku z powyższym, obowiązujący sposób kwalifikacji do leczenia uzdrowiskowego można uznać za dyskryminujący względem tej części pacjentów. Osoby o ograniczonej zdolności do samoobsługi i samodzielnego poruszania się mają faktycznie mniejsze szanse na skorzystanie z tej formy leczenia, choć potrzebują go w takim samym, a często nawet w

większym stopniu, niż inne osoby. Zauważyć należy, że szczegółowe przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej w poszczególnych rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, określone w załącznikach do ww. rozporządzenia, wiążą ograniczenia w zakresie samoobsługi lub poruszania się z konkretnym stanem chorobowym. Chciałbym podkreślić, że nie kwestionuję przeciwwskazań medycznych o takim charakterze związanych z przebytem urazem lub chorobą, które mogą uniemożliwiać wykonywanie określonych zabiegów leczniczych. Pragnę jednakże zaakcentować, że niepełnosprawność o takim charakterze nie może być jedynym czynnikiem decydującym o niemożności skorzystania z leczenia uzdrowiskowego. Mam wątpliwość, czy można *a priori* zakładać, że niezdolność do samoobsługi zawsze stanowi medyczne przeciwwskazanie do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej.

W ramach działającej przy moim urzędzie Komisji Ekspertów do spraw Przeciwdziałania Bezdomności, szerokiej dyskusji poddano problem zapewnienia osobom niesamodzielnym równego dostępu do świadczeń z pomocy społecznej. Problem ten pojawił się na tle wprowadzonej w art. 48a ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1769, z późn zm.) zasady mówiącej o tym, że w placówkach dla bezdomnych, tj. w ogrzewalniach, noclegowaniach i schroniskach mogą przebywać wyłącznie osoby zdolne do samoobsługi. Eksperti zwrócili uwagę, że ustawodawca nie zdefiniował tego pojęcia, co może przyczynić się do powstawania wielu sytuacji spornych, a rygorystyczna egzekucja tej zasady może w efekcie utrudnić skuteczne udzielenie pomocy osobom znajdującym się w trudnych do zdefiniowania stanach utraty częściowej lub przejściowej zdolności do samoobsługi. Wydaje się, że sygnalizowane wątpliwości znajdują odpowiednie odniesienie również do interpretacji § 4 pkt 5 rozporządzenia w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Pragnę przy tym zwrócić uwagę na możliwość powiązania lecznictwa uzdrowiskowego osób, które nie wykazują się samodzielnością w codziennym funkcjonowaniu, z systemem wdrożenia usług asystenckich. Uważam, że obecność przeszkolonych asystentów w sanatoriach mogłaby umożliwić leczenie uzdrowiskowe osób z ww. ograniczeniami.

Idea asystencji osobistej wywodzi się wprost z prawa do niezależnego życia rozumianego jako prawo osób z niepełnosprawnościami do sprawowania kontroli nad własnym życiem i podejmowania wszelkich decyzji, które ich dotyczą. Warto mieć na uwadze, że prawo osób z niepełnosprawnościami do niezależnego życia nie jest wyłącznie postulatem programowym, ale zostało usankcjonowane w drodze powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Ratyfikując Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169) Polska uznała równe prawo wszystkich osób z niepełnosprawnościami do życia w społeczności lokalnej wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami

oraz zobowiązała się podjąć skuteczne i odpowiednie środki w celu ułatwienia pełnego korzystania z tego prawa oraz pełnego włączenia osób z niepełnosprawnościami w życie społeczne. Jednym z instrumentów służących realizacji prawa do niezależnego życia jest dostępność usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, o którym mowa w przepisie art. 19 lit b. tej Konwencji.

Obowiązujące w Polsce prawo umożliwia wykorzystywanie modelu asystencji osobistej w tych obszarach, w których osoba z niepełnosprawnością potrzebuje wsparcia. Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej wymieniony jest w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. poz. 1145, z późn. zm.). Natomiast rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz.U. poz. 184, z późn. zm.) reguluje cele, efekty i warunki realizacji kształcenia w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej.

Angażowanie asystentów osobistych przy wspieraniu osób wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego, należy do typowych akcji pozytywnych na rzecz równego traktowania, których wdrażanie umożliwia art. 11 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz.U. z 2016 r. poz. 1219).

Z przeprowadzonych przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich badań społecznych dotyczących poziomu zapotrzebowania na usługi asystenta osobistego, a także oczekiwań co do zakresu i jakości tego rodzaju usług wynika, że osoby deklarujące potrzebę wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą, jedną z podstawowych płaszczyzn działania asystenta widzą w zapewnianiu równego dostępu do usług opieki medycznej (por. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – zapotrzebowanie na miarę Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami. Raport z badań. Analiza i zalecenia*, Zasada równego traktowania – prawo i praktyka nr 22, Warszawa 2017, s. 60).

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 2017 r. poz. 958) uprzejmie proszę Pana Ministra o zajęcie stanowiska wobec zasygnalizowanych wyżej wątpliwości i uwag.

(podpis na oryginale)