



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

OBYWATELE I ICH KONSTYTUCJA

FRAGMENTY INFORMACJI O STANIE PRZESTRZEGANIA
WOLNOŚCI I PRAW CZŁOWIEKA I OBYWATELA W 2017 R.
ORAZ O DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
- OCHRONA ZDROWIA

Jak wygląda realizacja prawa do ochrony zdrowia w Polsce?

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymuje wiele skarg i niepokojących sygnałów. Reaguje na nie nie tylko podejmując indywidualne interwencje, ale także analizując prawo i wskazując, gdzie jego stosowanie lub niejasne czy nieadekwatne do standardów praw człowieka sformułowania wymagają zmian. Co roku Rzecznik przedstawia wykaz takich spraw w Informacji dla Parlamentu o stanie przestrzegania praw i wolności.

Informacja za rok 2017 została opublikowana 4 czerwca 2018 r. Tu przedstawiamy te jej fragmenty, które dotyczą ochrony zdrowia. Znalazły się tu więc omówienia generalnych problemów, z jakimi obecnie borykają się ludzie, a dotyczą one praw zagwarantowanych w Konstytucji w następujących artykułach

<i>Art. 68 ust. 1 – Prawo do ochrony zdrowia</i>	<i>4</i>
<i>Art. 68 ust. 2 – Prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej</i>	<i>10</i>
<i>Art. 68 ust. 3 Prawo do szczególnej opieki zdrowotnej dla grup wrażliwych</i>	<i>19</i>
<i>Art. 68 ust. 4 – Zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie degradacji środowiska.....</i>	<i>22</i>
<i>Art. 68 ust. 5 – Rozwój kultury fizycznej.....</i>	<i>24</i>
<i>Art. 69 – Pomoc na rzecz osób z niepełnosprawnościami</i>	<i>26</i>
<i>Sprawozdanie z prac Komisji Ekspertów ds. Zdrowia</i>	<i>35</i>

Art. 68 ust. 1 – Prawo do ochrony zdrowia

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

Artykuł ten zapewnia każdemu prawo do ochrony zdrowia, natomiast pozostałe ustępy skierowane są już do władz publicznych. Jest on przedmiotem licznych dyskusji, które dotyczą głównie charakteru zagwarantowanego w nim prawa (czy jest to prawo socjalne czy osobiste), sposobu jego interpretacji, a także tego, czy poszczególne ustępy wyrażają publiczne prawa podmiotowe czy są to wyłącznie normy programowe. Najmniej wątpliwości budzi art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, który należy uznać za publiczne prawo podmiotowe.

Cały przepis został sformułowany w taki sposób by nie mógł stworzyć po stronie obywatela żadnych roszczeń, nie oznacza to jednak, że nie można wyciągnąć z niego innych wniosków.

Normy programowe można odczytywać w taki sposób, że jest w nich zagwarantowane minimum praw obywatelskich, którym odpowiada minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej. Dlatego także na tej podstawie obywatele mogą dochodzić swoich praw.

Problemy realizacji prawa do ochrony zdrowia

W 2017 r. Rzecznik skierował do Ministra Zdrowia kompleksowe wystąpienie dotyczące wszystkich zauważonych problemów, które były przedmiotem kilkudziesięciu wystąpień w poprzednich latach i w zdecydowanej większości nie zostały uwzględnione. Kierował też wystąpienia dotyczące problemów nowych. Oto najistotniejsze zagadnienia, które wskazywał RPO¹:

a) Bezpieczeństwo pacjentów i łagodzenie bólu

Zagwarantowanie polskim pacjentom bezpieczeństwa leczenia jest jednym z filarów działalności Rzecznika w ochronie zdrowia.

W skierowanym do Ministra Zdrowia wystąpieniu², Rzecznik wskazywał, że realizacja poszczególnych praw pacjenta³ wymaga poprawy. Za przykład może posłużyć prawo pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na zabieg medyczny. Aby zgoda była świadoma, przed jej wyrażeniem pacjent powinien zostać poinformowany zarówno o przebiegu samej procedury medycznej, jak i możliwych (również negatywnych) jej następstwach. Wyraźnym naruszeniem

¹ V.7010.82.2017

² [V.7010.82.2017, 10 listopada 2017 r.](#)

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. z 2018 r. poz. 1318.

prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody są przypadki odbierania od pacjentek ciężarnych i rodzących tzw. zgód blankietowych na kilka kolejnych zabiegów, co stanowiło przedmiot odrębnych wystąpień Rzecznika do Ministra Zdrowia⁴, czy odbieranie oświadczeń w trakcie akcji porodowej (trudno, żeby w takich warunkach zgoda mogła być w pełni świadoma).

Rzecznik nadal prowadzi sprawę⁵ związaną z zapewnieniem należytego monitoringu realizacji prawa pacjenta do łagodzenia bólu. Problem ten poruszał w wystąpieniach do Ministra Zdrowia⁶. Nabiera on szczególnego znaczenia zwłaszcza w kontekście nowego art. 20a ustawy o prawach pacjenta, który wprost formułuje prawo pacjenta do łagodzenia bólu. W 2017 r. Rzecznik podniósł⁷ także kwestię bezpieczeństwa pacjentów, u których wykonywane są testy genetyczne. Problem dotyczy w szczególności braku należytego wsparcia psychologicznego tych pacjentów.

Sprawy pacjentów. Seminarium dotyczące bezpieczeństwa pacjenta

19 stycznia 2017 r., w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się seminarium eksperckie „Bezpieczeństwo pacjenta – prawo i praktyka”. Uczestniczący w nim specjaliści z zakresu prawa medycznego i ochrony zdrowia dyskutowali o wyzwaniach, jakie stoją przed polskim systemem opieki zdrowotnej w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta.

b) Sprawa zapewnienia polskim pacjentom dostępu do marihuany medycznej jest przedmiotem zainteresowania Rzecznika od 2015 r.⁸

W kierowanych do Ministra Zdrowia wystąpieniach⁹, Rzecznik podkreślał, że trudno zrozumieć przyczyny, dla których pacjenci (w szczególności cierpiący na nowotwory) nie mają dostępu do leków zawierających marihuanę medyczną.

To, że ustawodawca powinien rozważyć taką możliwość, zauważył już Trybunał Konstytucyjny w związku z dokonywaną przez siebie oceną przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁰. Rzecznik przedstawił¹¹ także swoje uwagi sejmowej podkomisji zajmującej się

⁴ V.7013.60.2016

⁵ V.7013.66.2015

⁶ [V.7013.66.2015, 20 kwietnia 2016 r.](#), i [V.7010.82.2017, 10 listopada 2017 r.](#)

⁷ [VII.5002.6.2017, 20 lipca 2017 r.](#)

⁸ V.7010.80.2015

⁹ Pisma z 28 października 2015 r. i z 18 sierpnia 2016 r.

¹⁰ Postanowienie z 17 marca 2015 r., sygn. akt S 3/15

¹¹ Pismo z 20 grudnia 2016 r.

projektem ustawy mającym umożliwić dostęp polskich pacjentów do medycznej marihuany. Ostatecznie ustawę uchwalono¹² i weszła ona w życie 1 listopada 2017 r. Sprawa jednak nadal nie jest zakończona, ponieważ pojawiają się wątpliwości, czy przyjęte regulacje są dostateczne. Marihuana medyczna będzie bowiem faktycznie dostępna (i farmaceuci będą z niej mogli sporządzać leki recepturowe) dopiero po wydaniu przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oficjalnego pozwolenia (formalnie marihuana jest tzw. „surowcem farmaceutycznym”).

c) Od 23 lipca 2017 r. wprowadzono recepty na lek antykoncepcyjny ellaOne¹³ dotychczas dostępny bez recepty

Rzecznik zgłaszał wątpliwości do tego rozwiązania już w trakcie prac legislacyjnych¹⁴. Zgodnie z charakterystyką tabletek ellaOne znajdującą się na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków, przyjmowanie tego leku bez opieki lekarza jest całkowicie bezpieczne zarówno, gdy jest prawidłowo, jak i nieprawidłowo stosowany.

W opinii Rzecznika wprowadzanie wymogu przedstawiania recepty na ten lek, choć mieszczące się w granicach prawa, w tym prawa Unii Europejskiej, w polskich realiach może prowadzić do faktycznego uniemożliwienia skorzystania z tej formy antykoncepcji dużemu gronu pacjentek z uwagi na to, że średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia wynosi 18 dni, a lek ellaOne, aby był skuteczny, musi zostać zażyty w ciągu 120 godzin od stosunku płciowego.

Minister zdrowia nie uwzględnił¹⁵ zastrzeżeń Rzecznika stwierdzając, że przyjęcie ellaOne powinno być poprzedzone wizytą u lekarza ze specjalizacją w zakresie ginekologii, który ma wiedzę o działaniach niepożądanych leku, możliwej interakcji z innymi lekami oraz częstotliwości jego przepisywania. Ponadto w odpowiedzi zauważono, że ze względu na silne działanie leku oraz napływające do resortu zdrowia informacje o zbyt częstym stosowaniu tabletek ellaOne przez pacjentki, decyzja o wydawaniu leku na podstawie recepty jest uzasadniona.

¹² Ustawa z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. poz. 1458)

¹³ VII.5001.1.2017

¹⁴ VII.5001.1.2017, pisma do Ministra Zdrowia z [20 lutego 2017 r.](#) i z [21 kwietnia 2017 r.](#)

¹⁵ Pisma z 23 marca 2017 r. i z 9 sierpnia 2017 r.

d) Dostęp do leków antykoncepcyjnych dodatkowo ograniczany przez stosowanie przez farmaceutów „klauzuli sumienia”

W ocenie Rzecznika takie praktyki pozostają w sprzeczności w obowiązującym prawem i mogą prowadzić do ograniczenia prawa pacjenta do ochrony zdrowia. W Prawie farmaceutycznym¹⁶ brak jest regulacji podobnej do tej znajdującej się w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, umożliwiającej odmowę sprzedaży produktu leczniczego z powołaniem się na względy sumienia.

Rzecznik zwrócił się¹⁷ do Głównego Inspektora Farmaceutycznego z prośbą o zajęcie stanowiska. Inspektor poinformował¹⁸, że w jego ocenie farmaceuta może skorzystać z klauzuli sumienia, ale ciąży na nim obowiązek zapewnienia dostępu do leku w innej aptece. Nie wiadomo jednak, jaka jest podstawa prawna takiego obowiązku, skoro „klauzula sumienia” nie jest uregulowana w przepisach prawa stanowionego. W związku z uzyskaną odpowiedzią Rzecznik skierował¹⁹ wystąpienie do Ministra Zdrowia, który jednak także uznał ograniczenie dostępu pacjentów do leków poprzez stosowanie „klauzuli sumienia” za dopuszczalne.

Niewykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia lekarzy²⁰

Jak pacjent ma się dowiedzieć, kto może mu pomóc, skoro jego lekarz odmówił działania powołując się na klauzulę sumienia?

W październiku 2015 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł m.in.²¹, że przepisy pozwalające lekarzowi skorzystać z klauzuli sumienia i odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych tylko pod warunkiem, że wskaże pacjentowi, kto mu może pomóc, są niezgodne z Konstytucją. Zdaniem Trybunału to nie na lekarzu, a na państwie, ciąży w takiej sytuacji obowiązek poinformowania pacjenta o realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego.

Orzeczenie Trybunału weszło w życie z momentem publikacji i teraz w polskim prawie nie ma przepisów regulujących sytuację, w której pacjent ma prawo do świadczenia, ale lekarz go

¹⁶ Ustawa z 6 września 2001 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 2142, ze zm.)

¹⁷ VII.5002.3.2017 z 13 kwietnia 2017 r.

¹⁸ Pismo z 15 maja 2017 r.

¹⁹ [VII.5002.3.2017 z 25 września 2017 r.](#)

²⁰ VII.812.5.2014

²¹ Sygn. akt K 12/14

odmawia powołując się na klauzulę sumienia. Nie wiadomo więc, jak pacjent ma się dowiedzieć, kto może mu pomóc.

Do tej pory nie zostały wdrożone działania ustawodawcze mające na celu modyfikację przepisów.

Opieka medyczna dla osób pozbawionych wolności²²

Nie do zaakceptowania jest sytuacja, w której państwo, ponosząc pełną odpowiedzialność za życie i zdrowie osób pozbawionych wolności, nie zapewnia im odpowiedniej opieki medycznej. Od 2012 r. nic się nie zmieniło w kwestii przedstawionej w raporcie Najwyższej Izby Kontroli, iż system ewidencjonowania wydatków w więziennictwie nie pozwala na wyodrębnienie środków przeznaczonych na opiekę medyczną, jaką zapewnia się osobom pozbawionym wolności, a tym samym na ocenę efektywności przyjętych rozwiązań, w tym zwłaszcza zasadności zlecenia świadczeń pozawięziennym podmiotom leczniczym. Mając to na uwadze, Rzecznik zwrócił się²³ do Ministra Sprawiedliwości o rozważenie powołania, wspólnie z Ministrem Zdrowia, międzyresortowego zespołu do spraw ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności, który poddałby kompleksowej analizie problemy więziennej służby zdrowia. Poprosił również o przedstawienie danych dotyczących wykorzystania zaplanowanych na rok 2017 środków z „Programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017–2020” w zakresie opieki medycznej.

Ograniczenia w korzystaniu ze służby zdrowia przez osoby głuche²⁴

Opieka zdrowotna jest obszarem, w którym osoby głuche i głuchoniewidome doświadczają szczególnie dotkliwie dyskryminacji.

W 2017 r. aktualne pozostawały rekomendacje RPO z raportu „Obsługa osób głuchych i głuchoniewidomych w urzędach administracji publicznej. Analiza i zalecenia”²⁵, który powstał na podstawie kontroli realizacji ustawy o języku migowym²⁶ w 2013 r. Ustawa nie nakłada

²² IX.517.1323.2015

²³ IX.517.1323.2015 z 5 grudnia 2017 r.

²⁴ XI.070.1.2017

²⁵ Raport dostępny jest w wersji elektronicznej pod adresem:

https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/rowne_glusi_8-9.pdf.

²⁶ Ustawa o języku migowym z dnia 19 sierpnia 2011 r. Dz. U. z 2017 r. poz. 1824

bowiem obowiązku zapewnienia usług tłumaczeniowych na podmioty lecznicze. Bariera komunikacyjna w skrajnych przypadkach skutkuje zaniechaniem jakichkolwiek kontaktów z lekarzem.

W ocenie Rzecznika niezbędne jest poszerzenie zakresu podmiotów zobowiązanych do udostępniania usług tłumaczeniowych dla osób głuchych i głuchoniewidomych tak, aby obowiązek ten dotyczył wszystkich podmiotów finansowanych bądź współfinansowanych ze środków publicznych. W pierwszej kolejności należy nałożyć taki obowiązek na podmioty lecznicze. Zapewnianie przez podmioty lecznicze usług tłumaczeniowych jest jedną z najistotniejszych kwestii warunkujących pełną realizację prawa dostępu osób z niepełnosprawnością narządu słuchu do opieki zdrowotnej.

W sprawie tej Rzecznik Praw Obywatelskich prowadzi korespondencję z Senatem.

Art. 68 ust. 2 – Prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Kolejne ustępy artykułu 68 nakładają na władze określone obowiązki:

- *zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,*
- *określenia w drodze ustawy warunków i zakresu udzielania tych świadczeń,*
- *zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnościami i osobom w podeszłym wieku,*
- *zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska,*
- *popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.*

Ustęp 2 ustanawia zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz dostępu niezależnie od sytuacji materialnej.

Chociaż gwarantuje obywatelom równy dostęp do świadczeń, nie formułuje jednak jakichkolwiek gwarancji bezpłatności – choćby podstawowych świadczeń. Pojęcie „dostępu” nie jest jednoznaczne. Konstytucja nie określa także zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla obywateli na równych zasadach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie.

Dostępność oraz jakość udzielanych świadczeń.

Polscy pacjenci mają duże problemy z dostępem do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W poszczególnych regionach kraju występuje faktyczna nierówność w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do takiego wniosku prowadzą kierowane do Rzecznika skargi.

a) Kolejki do lekarzy i na zabiegi

Znane są przypadki wpisywania na listę osób oczekujących na zabieg z terminem udzielenia świadczenia określonym na kolejne lata, a nawet dekady. Doskonale znanym przykładem jest leczenie zaćmy, które także w 2017 roku stało się przedmiotem wystąpienia Rzecznika²⁷. Czas oczekiwania na uzyskanie tego świadczenia w Polsce (mediana dla przypadku

²⁷ [V.7010.47.2017, 26 lipca 2017 r.](#)

„stabilnego” w roku 2016 wyniosła 585 dni) powoduje, że polscy pacjenci coraz częściej korzystają z możliwości leczenia transgranicznego.

Przykładem ograniczeń w dostępie do świadczeń mogą być też problemy pacjentów chorych na łuszczycę, na którą cierpi w Polsce ok. 700-800 tysięcy osób²⁸. W leczeniu tej choroby szczególnie ważne jest szybkie postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia. Tymczasem jest ono opóźnione przez utrudnienia w dostępie do dermatologa i niską wycenę świadczeń dermatologicznych (prowadzenie oddziałów dermatologicznych jest dla szpitali mało opłacalne, co nie skłania do zwiększania liczby miejsc, gdzie pacjenci mogą uzyskać pomoc).

b) Finansowanie procedury in vitro przez samorzędy

Rzecznik interweniował także²⁹ w sprawie propozycji zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zakładających zwiększenie nadzoru nad programami polityki zdrowotnej finansowanymi przez jednostki samorządu terytorialnego. Mogło to prowadzić do ograniczenia finansowania przez samorzędy procedury in vitro. Minister zapewnił w odpowiedzi³⁰, że celem projektowanych regulacji jest jedynie uproszczenie i doprecyzowanie procedur związanych z realizacją programów polityki zdrowotnej.

c) Brak Rady do spraw Leczenia Niepłodności

Polityka władz państwowych w zakresie leczenia niepłodności rodzi wątpliwości, co do jej skuteczności w związku z tym, że Ministerstwo Zdrowia nie podjęło i nie planuje podjąć działań zmierzających do powołania Rady do spraw Leczenia Niepłodności³¹ – organu, do którego ustawowych zadań ma należeć m.in. opracowywanie i opiniowanie projektów aktów normatywnych i innych dokumentów w zakresie leczenia niepłodności

d) Zagrożenia związane z tworzeniem sieci szpitali³²

Zagrożeniem dla dostępności świadczeń może okazać się wprowadzenie Systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali).

Kryteria kwalifikacji do sieci szpitali spowodowały, że w wielu przypadkach szpitale były kwalifikowane do sieci „w części”, bez wszystkich oddziałów pozostających w strukturze.

²⁸ [V.7010.78.2017, do Ministra Zdrowia z 19 października 2017 r.](#)

²⁹ [VII.5002.6.2015, 12 stycznia 2017 r.](#)

³⁰ Pismo z 3 lutego 2017 r.

³¹ Odpowiedź Ministra Zdrowia z 7 czerwca 2017 r. na wystąpienie Rzecznika z 11 kwietnia 2017 r.

³² VII.5002.6.2015

Uzależniło to w praktyce dalsze funkcjonowanie oddziałów pozostających poza siecią od wyników konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych organizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wątpliwości budził przy tym los kolejek prowadzonych w szpitalach (oddziałach), które nie zostały zakwalifikowane do sieci³³.

Sprawa mieszkańców miejscowości pozbawionych publicznej komunikacji z większymi ośrodkami: nie mają jak dojechać do lekarzy specjalistów

W czasie spotkań regionalnych obywatele zgłaszają Rzecznikowi problemy związane z wykluczeniem komunikacyjnym. Problem dotyczy zwłaszcza rodzin i osób mniej zamożnych albo z innych powodów niemających prywatnych samochodów. W takiej sytuacji wizyta u lekarza w mieście powiatowym, udział w zleconych przez niego terapiach, specjalistyczne badania w dużym szpitalu, stają się prawdziwym wyzwaniem.

Rzecznik zaobserwował dotkliwość problemu szczególnie w województwie zachodniopomorskim.

e) Znieczulenie zewnątrzoponowe przy porodzie

To, czy rodząca kobieta ma szansę na znieczulenie podczas porodu, zależy w ogromnym stopniu od tego, w jakim regionie kraju mieszka.

Wśród zdefiniowanych przez Rzecznika w oparciu o prowadzone sprawy przykładów konkretnych świadczeń, których dostępność jest różna w zależności od regionu kraju, jest znieczulenie zewnątrzoponowe udzielane przy porodzie. Z zebranych jeszcze w 2016 r. danych³⁴ wynika, że o ile w województwach mazowieckim, małopolskim i podlaskim znieczulenia tego udzielono blisko co czwartej rodzącej, o tyle już w województwach kujawsko-pomorskim, lubuskim, lubelskim i pomorskim odsetek pacjentek, którym je udzielono, oscylował w okolicach 1%. Te ustalenia skłoniły Rzecznika do szerszego zbadania dostępności terapii łagodzenia bólu porodowego (zarówno farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych). We wrześniu 2017 r. skierowano³⁵ prośby do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o podanie danych.

³³ [V.7012.1.2017, 7 lipca 2017 r.](#)

³⁴ V.7010.70.2016, 26 września 2016 r.

³⁵ V.7010.36.2017

f) Brak dostępności legalnej aborcji

Zaniepokojenie Rzecznika wzbudziły także doniesienia medialne o braku na terenie województwa podkarpackiego podmiotów leczniczych przeprowadzających bezpłatnie zabiegi przerywania ciąży w przypadkach, o których mowa w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³⁶.

Powodem takiego stanu rzeczy miało być korzystanie przez lekarzy z klauzuli sumienia. Niemniej jednak państwo ma obowiązek organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w taki sposób, aby instytucja klauzuli sumienia, służąca poszanowaniu wolności sumienia lekarzy, nie uniemożliwiała pacjentkom skorzystania ze świadczeń, do których są uprawnione. Rzecznik zwrócił się³⁷ do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje na temat dostępności do zabiegu aborcji. W odpowiedzi³⁸ otrzymał informację, że do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia nie wpływały skargi dotyczące trudności w dostępie do możliwości dokonania terminacji ciąży na Podkarpaciu.

Warunki dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych³⁹

a) Leczenie osób w kryzysie bezdomności

Osoby bezdomne i inne osoby nieuzyskujące dochodu często nie są w stanie dopełnić formalności związanych z nabyciem prawa do bezpłatnej służby zdrowia (do świadczeń finansowanych ze środków publicznych).

Problemem tym Rzecznik interesuje się od wielu lat. Przypomniał o nim Ministrowi Zdrowia także w roku 2017⁴⁰. System ubezpieczenia zdrowotnego teoretycznie stwarza podstawy do objęcia nim wskazanych grup osób, jednak uzależnione jest to od przejścia przez rygorystyczną i skomplikowaną procedurę. Trudno tego oczekiwać od osoby w kryzysie bezdomności.

³⁶ Ustawa z 7 stycznia 1993. (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.)

³⁷ VII.7010.1.2016 z 10 stycznia 2017 r.

³⁸ Pismo z 19 stycznia 2017 r.

³⁹ V.7010.17.2016

⁴⁰ V.7010.82.2017

b) Ubezpieczenie zdrowotne osób niepracujących

Sygnalizowanym przez Rzecznika problemem jest także to, że skomplikowane zasady zgłaszania do ubezpieczenia mogą powodować obciążanie obywateli wielotysięcznymi rachunkami za leczenie. Ktoś, kto na co dzień nie pracuje, a został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny, powinien pamiętać, że nawet po krótkotrwałym zatrudnieniu (powodującym obowiązek opłacania składki zdrowotnej), musi zostać ponownie zgłoszony do ubezpieczenia, by móc korzystać z publicznej służby zdrowia. Jeżeli skorzysta ze świadczeń bez zgłoszenia – NFZ może wystawić mu rachunek⁴¹.

c) Konieczność wielokrotnego opłacania składki zdrowotnej

Obywatele skarżą się na konieczność wielokrotnego opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wynika to z tego, że system ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje konieczność opłacania składki od każdego tytułu. Jeżeli na przykład ktoś jednocześnie pracuje lub pobiera emeryturę i prowadzi działalność gospodarczą, to składkę musi opłacać i od wynagrodzenia za pracę, i od przychodu z działalności gospodarczej. Problem dotyka w szczególności emerytów i rencistów, którzy chcą dorobić do skromnych świadczeń wykonywaną w niewielkim zakresie działalnością gospodarczą. Działalność ta, przy uwzględnieniu konieczności opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne staje się nieopłacalna.

Refundacja leków⁴²

Polscy pacjenci mają problemy z dostępem w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych do nowoczesnych i skutecznych leków.

Przebudowa zasad dostępu polskich pacjentów do leków w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego⁴³ wywoływała wątpliwości już od samego początku⁴⁴.

⁴¹ Pozytywnie trzeba ocenić nowelizację art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która umożliwia – pod pewnymi warunkami – uchylenie się od zwrotu kosztów opieki przez pacjenta, niezgłoszonego do ubezpieczenia (mimo istnienia takiego obowiązku). Praktyka stosowania nowych przepisów musi być jednak przedmiotem monitoringu.

⁴² V.7010.82.2017

⁴³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.)

a) Obwieszczenia refundacyjne

Do najistotniejszych spośród aktualnych problemów należy kwestia umieszczania treści normatywnych w obwieszczeniach refundacyjnych (listach refundowanych leków), które nie należą do kategorii aktów powszechnie obowiązującego prawa. Minister Zdrowia w sposób wykraczający poza kompetencje wynikające z ustawy tworzy mechanizmy ograniczania dostępu do leków.

Wniosek do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych

W opisach programów lekowych, stanowiących element obwieszczeń refundacyjnych wydawanych przez Ministra Zdrowia powołano do życia „Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych”. Ciało to, o którym ani słowa nie mówi ustawa, w praktyce decyduje o tym, czy pacjenci chorzy na choroby ultrazadkowe otrzymają potrzebne im leki. Nie jest organem administracji i jego decyzji odmawiającej leczenia nie można zaskarżyć do sądu.

Rzecznik trzykrotnie⁴⁵ zwracał się w tej sprawie do Ministra Zdrowia, jednak do dnia dzisiejszego nie uzyskał odpowiedzi. W związku z tym Rzecznik zaskarżył⁴⁶ do Trybunału Konstytucyjnego zawarte w obwieszczeniach normy prawne powołujące „Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych”. Sprawa została zarejestrowana w Trybunale pod sygn. akt U 2/17, jednak do dnia dzisiejszego nie została rozpoznana.

*Import docelowy*⁴⁷

Drugą z istotnych barier, na jakie napotykają polscy pacjenci w uzyskaniu leków jest kwestia refundacji leków sprowadzanych w drodze importu docelowego⁴⁸. Procedura ta polega na wyrażeniu przez Ministra Zdrowia zgody na sprowadzenie z zagranicy leku niedostępnego w Polsce. Uzyskanie takiej zgody nie rozwiązuje jednak problemu pacjenta, bo nie oznacza, że lek zostanie zrefundowany ze środków publicznych – na to trzeba uzyskać osobną decyzję Ministra Zdrowia. Minister stanął jednak na stanowisku – wbrew licznym wyrokom sądów

⁴⁴ Pierwsze wystąpienie w związku zasadami kwalifikowania leków do refundacji i nałożonymi na lekarzy obowiązkami w zakresie wystawiania recept Rzecznik skierował 26 października 2012 r.

⁴⁵ V.7013.55.2015, [9 marca](#), 19 lipca i 29 września 2016 r.

⁴⁶ Pismo z 17 marca 2017 r.

⁴⁷ V.7013.55.2015

⁴⁸ [V.7010.82.2017, pismo do Ministra Zdrowia z 10 listopada 2017 r.](#)

administracyjnych – że przepisy ustawy refundacyjnej w ogóle nie pozwalają na refundację sprowadzanych z zagranicy leków.

Sprawy indywidualne dotyczące refundacji leków⁴⁹

W 2017 roku zakończyły się dwie kolejne sprawy sadowoadministracyjne, w których Rzecznik uczestniczył po stronie pacjentów, dotyczące refundacji leków sprowadzanych w drodze importu docelowego. Naczelny Sąd Administracyjny podtrzymał⁵⁰ prokonstytucyjną, korzystną dla pacjentów sądową wykładnię przepisów ustawy refundacyjnej. Nie uwzględniając argumentów Ministra Zdrowia stwierdził, że ustawę refundacyjną należy interpretować z uwzględnieniem art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP.⁵¹

Ochrona zdrowia psychicznego

Przypominając Ministrowi Zdrowia o szeregu nierozwiązanych problemów w ochronie zdrowia⁵², Rzecznik nie mógł pominąć kwestii wieloletnich zaniedbań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Kwestia chronicznego niedofinansowania tej dziedziny była przedmiotem wielu wystąpień i raportów⁵³ z lat ubiegłych. Koronnym przykładem zaniedbań jest sposób realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2011-2015. Nowy Program, stanowiący obecnie element szerszego Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020 wszedł w życie z blisko dziewięciomiesięcznym opóźnieniem.

Lekarze i pielęgniarki⁵⁴

Publiczna służba zdrowia nie może funkcjonować w sposób należyty bez licznego, wykwalifikowanego i dobrze opłacanego personelu medycznego.

⁴⁹ V.7013.51.2015

⁵⁰ Wyrok z 21 lutego 2017 r., sygn. akt II GSK 4717/16 i wyrok z 21 lutego 2017 r., sygn. akt II GSK 4768/16.

⁵¹ <https://www.rpo.gov.pl/pl/postepowania-strategiczne-rpo/refundacja-lekow-na-choroby-rzadkie>

⁵² Pismo z 10 listopada 2017 r.

⁵³ Por. [Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO](#), a także raporty z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur – dostępne na stronach www.rpo.gov.pl.

⁵⁴ V.7010.82.2017

Nie ulega wątpliwości, że pielęgniarki i położne są jednym z filarów ochrony zdrowia. Tym większe zaniepokojenie muszą budzić dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, z których wynika coraz mniejsze zainteresowanie wykonywaniem tych zawodów (stale wzrasta średnia wieku pracujących pielęgniarek i położnych, jedynie 1/6 absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i położnictwa podejmuje pracę w zawodzie). Zasadniczym problemem jest niskie (w porównaniu do wymagań zawodowych) wynagrodzenie. Powoduje to, że zdarzają się przypadki, gdy jedna dyżurująca pielęgniarka ma pod opieką ponad trzydziestu pacjentów. Pytanie, czy w takich warunkach jest ona w stanie poświęcić należytą uwagę każdemu z pacjentów wydaje się retoryczne. Odpowiadając na wystąpienie Rzecznika⁵⁵ w tej sprawie, Minister Zdrowia przedstawił aktualnie prowadzone działania, mające na celu zaradzenie istniejącym problemom.

Lekarze wykonują zawód nie tylko na podstawie umowy o pracę, ale też łączą ją z pracą w oparciu o umowy cywilne i indywidualną praktykę. Jednocześnie nadmiernie wykorzystywane są w umowach z lekarzami tzw. klauzule opt-out, które pozwalają na przekraczanie przeciętnej 48 godzinnej, tygodniowej normy pracy. Powodem jest (obok wynagrodzeń) brak dostatecznej liczby specjalistów. Niestety, w takich przypadkach nie ma mechanizmów chroniących przed zachwianiem relacji między liczbą przepracowanych godzin a liczbą godzin przeznaczonych na odpoczynek, co – w ocenie Rzecznika⁵⁶ – wymaga przyjęcia nieprzekraczalnej tygodniowej normy godzin wykonywania pracy przez lekarza, bez względu na podstawę świadczenia pracy. Przepracowany lekarz stwarza bowiem zagrożenie zarówno dla pacjentów, znajdujących się pod jego opieką, jak i dla siebie samego. Ponownie w sprawie braku lekarzy i związanych z tym zagrożeń dla pacjentów, Rzecznik wystąpił⁵⁷ do Ministra Zdrowia w kontekście akcji protestacyjnej lekarzy. Na poprawę dostępu polskich pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, wynikającą ze zwiększenia liczby lekarzy specjalistów, może z kolei wpłynąć uwzględnienie postulatów zawartych w kolejnym już wystąpieniu Rzecznika⁵⁸ w sprawie wprowadzenia ułatwień w wykonywaniu zawodu przez lekarzy zza wschodniej granicy. Odpowiadając na nie⁵⁹, Minister Zdrowia zapowiedział podjęcie stosownych prac legislacyjnych.

⁵⁵ V.7013.13.2017, pismo z 12 maja 2017 r.

⁵⁶ V.7014.29.2017, pismo do Ministra Zdrowia z 25 października 2017 r.

⁵⁷ [V.7010.98.2017, pismo z 21 grudnia 2017 r.](#)

⁵⁸ V.7014.15.2016, pismo z 24 lutego 2017 r.

⁵⁹ Pismo z 6 kwietnia 2017 r.

Sprawy pacjentów i służby zdrowia. Komisja Ekspertów ds. Zdrowia

Przed przedstawieniem przez Rzecznika Ministrowi Zdrowia aktualnych problemów środowiska pielęgniarek i położnych, odbyło się (12 kwietnia 2017 r.) poświęcone ich zdiagnozowaniu posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Zdrowia działającej przy Rzeczniku z przedstawicielami samorządu zawodowego i związków zawodowych pielęgniarek i położnych oraz Krajowej Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa.

Powołana przez Rzecznika w 2016 r. Komisja dostarczyła również Rzecznikowi fachowej wiedzy niezbędnej w kierowanych przez niego wystąpieniach w sprawie problemów lekarzy.

Art. 68 ust. 3 Prawo do szczególnej opieki zdrowotnej dla grup wrażliwych

Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Konieczność zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnościami i w podeszłym wieku stanowi wyjątek od obowiązku zapewnienia wszystkim obywatelom – niezależnie od ich sytuacji materialnej – równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie jest uważany za źródło praw podmiotowych dla wymienionych w nim osób. Nie oznacza to jednak, że władze publiczne mogą lekceważyć wynikające z niego obowiązki. Nie można jednoznacznie stwierdzić, jakie konkretne działania, zgodnie z wolą twórców Konstytucji należałoby zaliczyć do szczególnej opieki zdrowotnej. Władze publiczne mają w tym zakresie daleko idącą swobodę.

Opieka okołoporodowa

Rzecznik, podobnie jak w latach ubiegłych, dużą uwagę poświęcał opiece zdrowotnej dla kobiet ciężarnych i rodzących.

W roku 2017 przedstawił⁶⁰ Ministrowi Zdrowia kompleksowe zestawienie uwag dotyczących realizacji obowiązujących wciąż standardów opieki okołoporodowej. Wnioski płynące z analiz Rzecznika nie są optymistyczne. Standardy opieki okołoporodowej są nie tylko nieprzestrzegane, ale i wiedza o ich istnieniu bywa znikoma zarówno wśród samych pacjentek, jak i personelu medycznego. Dodatkowo niepokój w 2017 r. budziły zapowiedzi zmian tych standardów – miały zostać zastąpione przez standardy „organizacyjne”⁶¹. Ta zmiana wzbudziła wątpliwości Rzecznika⁶², których nie rozwiewały zapewnienia Ministra Zdrowia⁶³, że ma ona jedynie charakter porządkujący.

⁶⁰ V.7010.112.2015, pismo z 11 kwietnia 2017 r.

⁶¹ Nowelizacja art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej

⁶² [V.7010.102.2016, wystąpienie do Ministra Zdrowia z 13 lutego 2017 r.](#)

⁶³ Pismo z 3 marca 2017 r.

Pobyty z dzieckiem w szpitalu

Brak standaryzacji w przedmiocie zakresu świadczeń składających się na prawo do pobytu rodzica (opiekuna) z dzieckiem w szpitalu oraz brak konkretnych przepisów regulujących powyższą materię powoduje, że sposób realizacji prawa pacjenta do opieki pielęgnacyjnej jest uzależniony nie tylko od warunków (głównie lokalowych i organizacyjnych) konkretnego szpitala, lecz również od dobrej woli władz szpitala.

Zwracając się⁶⁴ w tej sprawie do Ministra Zdrowia, Rzecznik przypomniał, że na mocy art. 68 ust. 3 Konstytucji, dzieciom przysługuje prawo do szczególnej opieki zdrowotnej. Co więcej, na konieczność hospitalizacji dzieci z możliwością zapewnienia im opieki rodzicielskiej wskazują wymogi współczesnej medycyny oraz nowoczesne standardy pielęgnacji. Minister stwierdził⁶⁵, że dostrzega wagę problemu, jednak dostosowanie placówek leczniczych do odpowiednich standardów wymaga nakładów finansowych i następuje stopniowo.

Opieka geriatryczna

Z uwagi na starzenie się polskiego społeczeństwa, państwo powinno przykładać coraz większą wagę do polepszenia opieki zdrowotnej dedykowanej seniorom.

Tymczasem nie wypracowaliśmy kompleksowego modelu całościowej i skoordynowanej opieki geriatrycznej. Do tego sytuacji nie poprawiło wdrożenie tzw. sieci szpitali. W ustawie o niej nie uwzględniono bowiem oddziałów geriatrycznych w specjalizacji szpitali. Ustawodawca założył, że świadczenia geriatryczne będą udzielane np. na oddziałach internistycznych, czy też poza szpitalem, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czy w poradniach przyszpitalnych, co rodzi poważne obawy z punktu widzenia dobra i bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych. Kontynuując działania dotyczące opieki zdrowotnej osób starszych z lat ubiegłych, Rzecznik przedstawił te wątpliwości Ministrowi Zdrowia⁶⁶.

⁶⁴ V.7010.87.2016, pisma z [10 stycznia 2017 r.](#) i z [17 marca 2017 r.](#)

⁶⁵ Pisma z 17 marca i z 5 kwietnia 2017 r.

⁶⁶ V.7012.1.2017, pismo z 7 lipca 2017 r.

Sprawy seniorów. Konferencja „Wsparcie osób żyjących z chorobą Alzheimera i ich rodzin – potrzeby i dobre praktyki”, 26 września 2017 r.

Gdyby taka konferencja odbywała się np. w Szkocji, to głos zabierałyby też osoby żyjące z chorobą Alzheimera. U nas nawet trudno to sobie wyobrazić. I od razu widać, ile jeszcze możemy w Polsce zrobić – mówili eksperci i praktycy w czasie konferencji organizowanej przez rzecznika praw obywatelskich Adama Bodnara w Warszawie.

Ludzie, których dotknął problem choroby Alzheimera w rodzinie, zastanawiają się, jak sobie z tym poradzić. Większość myśli, że jest z tym sama. Ale to nie prawda. Możemy liczyć na pomoc organizacji pozarządowych, specjalistów, którzy znają sposoby postępowania i radzenia sobie w tak trudnej sytuacji. Konferencję, w czasie której przedstawiono m.in. dobre praktyki w zakresie wsparcia osób chorych i ich rodzin, można było śledzić online. Wspólne transmisje zorganizowane zostały w kilku miastach.⁶⁷

Warto wiedzieć, że Komisja Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Senatu Rzeczypospolitej Polskiej na posiedzeniu w dniu 13 lutego 2018 r. przedstawiła stanowisko w sprawie stworzenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego w Polsce⁶⁸, co RPO przyjął z zadowoleniem.

⁶⁷ Relacja i zapis wideo: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/konferencja-Alzheimer>

⁶⁸ III.7064.45.2018

Art. 68 ust. 4 – Zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie degradacji środowiska

Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Ten przepis Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Komentatorzy podkreślają, że chodzi przede wszystkim o podejmowanie działań prewencyjnych, tj. profilaktycznych, edukacyjnych, dbałość o higienę, kontrolę zakażeń oraz leczenie chorób epidemicznych⁶⁹.

Ten obowiązek należy analizować łącznie z art. 74 Konstytucji, który zobowiązuje władze publiczne do prowadzenia polityki zapewniającej bezpieczeństwo ekologiczne współczesnemu i przyszłym pokoleniom, ochrony środowiska, wspierania działań obywateli na rzecz poprawy stanu środowiska oraz zapewnienia jednostkom prawa do informacji o stanie i ochronie środowiska, a także z art. 86, który nakłada na każdego obowiązek dbałości o stan środowiska oraz odpowiedzialność za jego pogorszenie, której zasady określa ustawa.

Szczepienia ochronne

Do Rzecznika trafiają liczne skargi rodziców dotyczące obowiązku szczepień ochronnych.

Problem szczepień jest niezwykle złożony i wymaga pogodzenia autonomii oraz interesów jednostki z wymogami zdrowia publicznego. Rzecznik, rozumiejąc obawy rodziców, stoi jednak na stanowisku, że realizacja programu szczepień ochronnych mieści się w zakresie konstytucyjnych obowiązków władz publicznych. Choć zgoda pacjenta na proponowane mu postępowanie medyczne jest powszechnie akceptowalnym standardem w medycynie, to w sytuacji, gdy określone osoby zagrażają szczególnie cennym dobrom – swojemu zdrowiu lub życiu albo życiu i zdrowiu innych osób, dopuszczalne jest ograniczenie ich praw i stosowanie obowiązku poddania się leczeniu. Taka sytuacja występuje w przypadku systemu szczepień ochronnych, który – co wynika choćby z kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę

⁶⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, pod red. L. Garlickiego, tom III – Warszawa 2003 r.

Kontroli⁷⁰ – przyczynił się do zmniejszenia zachorowalności na wiele chorób zakaźnych, z których część została całkowicie wyeliminowana.

Bezpieczeństwo zdrowotne osób narażonych na bezpośrednie ryzyko zarażenia się wirusem HIV⁷¹

Przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej w stosunku do osób bliskich pacjenta zarażonego HIV lub chorego na AIDS, który nie poinformował o niebezpieczeństwie zarażenia się, są nieprecyzyjne i niespójne.

Rzecznik ponownie zwrócił się⁷² w tej sprawie do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o przedstawienie stanowiska w kwestii obowiązków lekarzy dotyczących informowania osób bliskich pacjentowi o niebezpieczeństwie zarażenia się i zawiadomiania inspekcji sanitarnej o przypadkach chorób zakaźnych.

⁷⁰ Informacja NIK, nr ewidencyjny 209/2015/P15/080/LKR, luty 2016 r.

⁷¹ V.7013.16.2016

⁷² [V.7013.16.2016, pismo z 3 marca 2017 r.](#)

Art. 68 ust. 5 – Rozwój kultury fizycznej

Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

W art. 68 ust. 5 Konstytucji uregulowany został obowiązek nałożony na władze publiczne, by popierały kulturę fizyczną i jej rozwój, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Może to być realizowane poprzez budowę obiektów sportowych, ścieżek rowerowych, lodowisk, basenów, organizowanie konkursów dla dzieci i młodzieży, popieranie tego typu działań oraz prowadzenie kampanii nakłaniających do uprawiania sportu.

Niewystarczająca liczba ratowników wodnych na polskich kąpieliskach i basenach⁷³

Każdego roku w Polsce w sezonie letnim tonie wiele osób, tymczasem na kąpieliskach brakuje ratowników.

Problem zmniejszającej się liczby ratowników, zarówno na basenach, kąpieliskach śródlądowych, jak i tych nadmorskich, podnoszony jest od kilku lat, co może sugerować, że potrzebne są zmiany systemowe.

Brak ratowników może wynikać z niedofinansowania podmiotów uprawnionych do wykonywania ratownictwa wodnego, do których zalicza się przede wszystkim Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe. Powinno być ono – zgodnie z przepisami ustawy o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych – dofinansowane przez jednostki samorządu terytorialnego z dotacji celowych pochodzących z budżetu państwa. W praktyce jednak środki te często okazują się niewystarczające, co utrudnia działalność ratowniczą.

Zasadne byłoby zatem rozważenie zmian finansowania podmiotów zajmujących się ratownictwem wodnym. Rzecznik zwrócił się⁷⁴ do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o informację, jak poprawić stan bezpieczeństwa na polskich kąpieliskach i basenach. Minister wyjaśnił⁷⁵, że trwają w tej sprawie prace analityczne. Ponadto Minister skierował do podmiotów uprawnionych do wykonywania ratownictwa wodnego prośbę o zintensyfikowanie działań, a do Komendanta Głównego Policji wystąpił o objęcie szczególnym nadzorem miejsc niebezpiecznych, zwyczajowo wykorzystywanych do kąpieli. Wystąpił także o wzmocnienie współpracy jednostek Policji z podmiotami zajmującymi się ratownictwem wodnym.

⁷³ VII.7050.1.2016

⁷⁴ [VII.7050.1.2016 z 22 czerwca 2017 r.](#)

⁷⁵ Pismo z 19 lipca 2017 r.

Do Rzecznika wpłynęło polemiczne pismo Zarządu Głównego WOPR, w którym podniesiono⁷⁶ zarzut zlecenia podmiotom prywatnym zadania publicznego w postaci zapewnienia bezpieczeństwa nad wodą bez przekazania odpowiednich środków finansowych. Rzecznik analizuje konieczność podjęcia dalszych działań w tej sprawie.

⁷⁶ Pismo z 11 września 2017 r.

Art. 69 – Pomoc na rzecz osób z niepełnosprawnościami

Osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej.

Artykuł ten formułuje zasadę polityki państwa, nie przybiera zaś formy prawa podmiotowego. Przepis ten wyraźnie wskazuje na określone obowiązki, leżące po stronie władz publicznych. Nie można więc wyprowadzić z niego roszczeń dla jednostki.

Przepis ten ma ścisły związek z zasadą godności jednostki. Udzielenie pomocy osobom z niepełnosprawnościami, tak by mogły prowadzić życie w społeczeństwie, dotyczyć ma trzech dziedzin:

- *zabezpieczenia egzystencji (pokrywa się to częściowo z normą wynikającą z art. 67 ust. 1, odrębne uregulowanie sytuacji osób z niepełnosprawnościami sugeruje dopuszczalność przyznania im pewnych preferencji);*
- *przysposobienia do pracy (w tym tworzenie programów szkoleniowych i przygotowawczych, wprowadzanie zachęt i ułatwień);*
- *komunikacji społecznej (w tym tworzenie odpowiedniej infrastruktury).*

Sposób i zakres tej pomocy ma określać ustawa.

Deinstytucjonalizacja systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych – apel do Prezesa Rady Ministrów

Osoby z niepełnosprawnościami i starsze mają prawo, by pomoc i wsparcie otrzymywać w środowisku zamieszkania. Nie powinniśmy się godzić na to, by podstawową formą pomocy było kierowanie do domów pomocy społecznej i placówek leczniczych.

Rzecznik Praw Obywatelskich wraz z 54 organizacjami społecznymi skierował w listopadzie 2017 r. apel do Prezesa Rady Ministrów w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych⁷⁷.

Deinstytucjonalizacja oznacza proces przejścia od opieki instytucjonalnej do wsparcia na poziomie społeczności lokalnych, z poszanowaniem podmiotowości i przyrodzonej godności wszystkich osób, w tym prawa do decydowania o własnym życiu.

⁷⁷ [XI.503.4.2016](#)

Rzecznik dostrzega i docenia działania podejmowane w ramach programu „Za życiem”, mające na celu rozwój ośrodków wsparcia i mieszkań chronionych, a także inne formy wsparcia oferowane w ramach systemu pomocy społecznej. Wskazał jednak na potrzebę przyjęcia bardziej kompleksowych rozwiązań.

Takie działania podjęto w innych państwach europejskich. Przykład stanowi węgierska strategia deinstytucjonalizacji z 2011 r., która spowodowała, że w latach 2011-2015 z wykorzystaniem funduszy unijnych 660 osób przeszło z opieki instytucjonalnej do systemu wsparcia w społeczności lokalnej. W obecnej perspektywie unijnej (2014-2020) założono przejście kolejnych 10 000 osób.

W ocenie Rzecznika oraz organizacji społecznych niezbędne jest przyjęcie Narodowego Programu Deinstytucjonalizacji, który zawierałby cele, harmonogram oraz wskaźniki realizacji. Program powinien objąć osoby z niepełnosprawnościami, chorujące psychicznie, starsze oraz dzieci. Równocześnie w apelu zauważono potrzebę przyjęcia moratorium na tworzenie dużych instytucji (wzorem Słowacji, Węgier czy Danii) oraz częściowego moratorium na kierowanie do instytucji osób, które dopiero będą potrzebować całodobowego wsparcia.

Historia z Chełma – świetlica dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami

Problem braku pomocy dla rodzin opiekujących się dorosłymi osobami z niepełnosprawnościami został zgłoszony w czasie spotkania regionalnego RPO we wrześniu 2016 r. Ojciec dorosłej córki wymagającej dużego wsparcia opowiedział wtedy o dramatycznej sytuacji rodziny. Opiekę nad córką ten pan sprawuje wraz z żoną. Oboje czują już ciężar lat. I nie mają znikąd pomocy. Powiedział: – *Wszędzie mi dziecko odrzucili. Bo twierdzą, że z taką niepełnosprawnością się nie kwalifikuje. Córka siedzi w domu i płacze. A przecież wystarczyłaby świetlica na 3-4 godziny dziennie. Jeśli nam państwo nie pomoże, to jak damy sobie radę?*

W 2017 r. rodziny osób z niepełnosprawnościami wspólnie z władzami samorządowymi Chełma, z pomocą Kościoła i RPO, utworzyli świetlicę – miejsce opieki, w którym osoby z niepełnosprawnościami mogą spędzić 4 godziny, tak by rodziny znalazły wytchnienie i czas dla siebie, zostało otwarte w kwietniu 2018 r.

Sprawy osób z niepełnosprawnościami ludzie zgłaszają Rzecznikowi w całej Polsce. Państwo nie ma systemu pomocy osobom z niepełnosprawnością wymagającą intensywnego wsparcia. Dlatego sukces rodziców z Chełma jest wart uwagi i rozpowszechniania.

Prawa rodziców z niepełnosprawnościami do opieki nad swoimi dziećmi⁷⁸

Samotna matka ze znaczną niepełnosprawnością ruchową miała ogromne kłopoty w sprawowaniu opieki nad swoim kilkumiesięcznym dzieckiem. Badając tę sprawę indywidualną Rzecznik zwrócił uwagę na problem braku systemowych rozwiązań w sprawie zakresu oraz form wsparcia rodziców z niepełnosprawnością, którzy ze względu na specyfikę swej niepełnosprawności napotykają na poważne bariery w wykonywaniu funkcji rodzicielskich.

Konstytucja gwarantuje uwzględnienie dobra rodziny w polityce państwa, jak też szczególną pomoc rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej. Z Konstytucji wynika również obowiązek udzielenia szczególnej pomocy matce przed i po urodzeniu dziecka, jak również pomoc osobom niepełnosprawnym w zabezpieczeniu egzystencji i komunikacji społecznej. Osoby z niepełnosprawnościami mają prawo być rodzicami. Mają prawo opiekować się swoimi dziećmi, a ich dzieci mają prawo do przebywania w swojej biologicznej rodzinie. Poszanowanie praw rodziców z niepełnosprawnościami i ich dzieci wymaga zaś wypracowania spójnych systemowo i kompleksowych rozwiązań poprzez stworzenie wyspecjalizowanego systemu wsparcia w celu wyeliminowania barier w wykonywaniu przez rodziców funkcji rodzicielskich.

Rzecznik zwrócił się⁷⁹ do Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych z prośbą o rozważenie możliwości bezpośredniego spotkania i wspólnej dyskusji nad przedstawionymi problemami.

W odpowiedzi poinformowano⁸⁰ o podjętych w ciągu ostatnich dwóch lat, działaniach na rzecz osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin, w szczególności w ramach programu „Rodzina 500 plus” i programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”. Zwrócono szczególną uwagę na unormowania legislacyjne, które są korzystne dla dzieci oraz dorosłych osób z niepełnosprawnością. W ostatnim czasie podjęto działania, których celem jest dogłębne zbadanie problematyki niepełnosprawności w pieczy zastępczej i adopcji, określonych przepisami ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej⁸¹. Planuje się kolejne wystąpienie z uwagi na wymijający charakter odpowiedzi oraz potrzebę rozwiązania problemu.

⁷⁸ III.502.7.2017

⁷⁹ [III.502.7.2017 z 23 października 2017 r.](#)

⁸⁰ Pismo z 29 grudnia 2017 r.

⁸¹ Ustawa z 9 czerwca 2011 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 697 ze zm.)

☛ W październiku 2017 r. minęły trzy lata od wejścia w życie wyroku, w którym Trybunał Konstytucyjny uznał, że zróżnicowanie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego osób sprawujących pieczę nad osobą z niepełnosprawnością ze względu na moment powstania niepełnosprawności osoby podlegającej opiece jest niezgodne z ustawą zasadniczą. Pomimo zalecenia Trybunału, iż wykonanie wyroku wymaga podjęcia niezbędnych oraz niezwłocznych działań ustawodawczych, prace legislacyjne nie zostały sfinalizowane. Więcej o tym problemie – patrz art. 32 ust. 1 Konstytucji

Program „Mieszkanie Plus” i dostępność⁸²

Z doniesień medialnych wynikało, że bloki budowane w ramach programu rządowego Mieszkanie Plus miały powstać przy wykorzystaniu nowoczesnych, lecz tanich i szybkich, technologii.

Zrozumiała optymalizacja kosztów związanych z inwestycją, prawdopodobnie pociągnie jednak za sobą całkowitą rezygnację z takich rozwiązań, jak windy (w budynkach do trzech pięter). Rzecznik podkreślił, że przy szukaniu oszczędności należy mieć na względzie potrzeby mieszkaniowe osób o szczególnej sytuacji życiowej: rodzin z małymi dziećmi, osób z niepełnosprawnościami, czy w podeszłym wieku.

Rzecznik zwrócił uwagę na wynikającą z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych⁸³ zasadę uniwersalnego projektowania. Polska ratyfikując ten akt prawny zobowiązała się do projektowania produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania.

Rzecznik zwrócił się⁸⁴ do Ministra Infrastruktury i Budownictwa o wskazanie, czy w planach wdrożenia Narodowego Programu Mieszkaniowego uwzględniono szczególne potrzeby seniorów, osób z niepełnosprawnościami oraz rodzin z małymi dziećmi.

Minister wyjaśnił⁸⁵, że projekt ustawy zakłada podejmowanie działań wspierających inicjatywy zwiększające użyteczność budownictwa mieszkaniowego, m.in. uwzględniające w szerokim zakresie potrzebę dostępu mieszkańców do niezbędnych urządzeń infrastruktury społecznej. Fundusz będzie zatem promował rozwiązania umożliwiające kształtowanie otoczenia

⁸² XI.7215.1.2017

⁸³ Konwencja z 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169).

⁸⁴ [XI.7215.1.2017 z 13 marca 2017 r.](#)

⁸⁵ Pismo z 7 kwietnia 2017 r.

przyjaznego dla wszystkich użytkowników przestrzeni, w tym seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Mieszkania budowane w ramach programu Mieszkanie Plus będą spełniać wszystkie współczesne standardy urbanistyczne i architektoniczne, a także wypełniać wymagania wynikające z aktualnych przepisów prawa w zakresie budowy i dostępności dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Optymalizacja kosztów budowy nie wpłynie na funkcjonalność i jakość nowych mieszkań. Ponadto, obecnie realizowany jest program finansowego wsparcia tworzenia mieszkaniowego zasobu komunalnego, którego adresatami są także osoby z niepełnosprawnościami (w zakresie mieszkalnictwa chronionego).

Symbol niepełnosprawności na orzeczeniu⁸⁶

Dziś bardzo łatwo dowiedzieć się, jaka jest przyczyna czyjejś niepełnosprawności. Zdaniem RPO w sposób nieproporcjonalny narusza to prawo do prywatności.

Dlatego Rzecznik zgłosił⁸⁷ udział w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie dotyczącej umieszczania na orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności symbolu przyczyny niepełnosprawności.

Rzecznik argumentuje, że przepis rozporządzenia w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności⁸⁸ jest niezgodny z konstytucyjnym prawem do prywatności, ochrony danych osobowych i zasadą proporcjonalności w zakresie, w jakim przewiduje, że symbol przyczyny niepełnosprawności musi się znaleźć w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.

Pracodawca czerpie wiedzę o tym, czy pracownik może wykonywać pracę na powierzonym mu stanowisku, z zaświadczenia lekarskiego nie zaś z orzeczenia o niepełnosprawności. Dlatego celem ustawodawcy powinno być zabezpieczenie zarówno prawa osoby z niepełnosprawnością do prywatności, jak i słuszych interesów pracodawcy, polegających m.in. na możliwości ubiegania się o dofinansowanie do wynagrodzenia pracownika. W opinii Rzecznika, skoro ustawodawca zdecydował się na przyznanie pracodawcy określonych uprawnień w związku z zatrudnieniem pracownika z niepełnosprawnością, należy mu umożliwić ich realizację, z poszanowaniem prawa do prywatności osoby niepełnosprawnej.

⁸⁶ XI.501.8.2015

⁸⁷ [XI.501.8.2015 z 25 sierpnia 2017 r.](#), sygn. akt SK 19/17.

⁸⁸ Rozporządzenie z 15 lipca 2003 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 1110).

Prawa osób z niepełnosprawnościami a ustawa o równym traktowaniu⁸⁹

Osoby z niepełnosprawnościami są dyskryminowane w takich obszarach życia jak oświata i szkolnictwo wyższe, opieka zdrowotna, czy dostęp do dóbr i usług. W tym zakresie nie chroni ich jednak ustawa „o równym traktowaniu”⁹⁰.

Ustawa ta przyznaje bowiem szeroką ochronę osobom traktowanym nierówno ze względu na rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość. Najslabiej chroni zaś ofiary dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, a także religię, wyznanie, światopogląd, wiek i orientację seksualną.

W opinii Rzecznika system ochrony przed dyskryminacją w Polsce nie odpowiada standardom wyznaczonym przez ratyfikowaną przez Polskę Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych⁹¹. Problemy rodzi także praktyka stosowania ustawy „o równym traktowaniu”.

Po siedmiu latach od wejścia jej w życie zapadło jedynie kilka prawomocnych wyroków w sprawach o odszkodowania z powodu dyskryminacji, których podstawę stanowił przepis art. 13 ustawy. Postępowania te potwierdziły jednocześnie, że interpretacja zakresu stosowania ustawy o równym traktowaniu może budzić uzasadnione wątpliwości, zaś prawo ofiar dyskryminacji do dochodzenia rekompensaty za doznaną krzywdę na podstawie przepisów tejże ustawy bywa kwestionowane w polskich realiach sądowych. Regulacje prawne ukształtowane są zatem tak, że praktyczne zastosowanie przepisów ustawy o równym traktowaniu wobec osób z niepełnosprawnościami jest znikome.

W przekonaniu Rzecznika odszkodowanie, o którym mowa w art. 13 ust. 1 ustawy, należy rozumieć nie tylko jako środek ochrony prawnej, który ma prowadzić do naprawienia szkody majątkowej, ale także jako zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową. Zgodnie z Konwencją powinien on znaleźć zastosowanie bez wyjątku we wszystkich sferach aktywności politycznej, gospodarczej, społecznej, kulturalnej, obywatelskiej i jakiegokolwiek innej.

Rzecznik zwrócił się⁹² do Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych o rozważenie zmian prawnych. Pełnomocnik odpowiedział⁹³, że biorąc pod uwagę wnioski

⁸⁹ XI.816.8.2017

⁹⁰ Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania z 3 grudnia 2010 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1219).

⁹¹ Dz.U. z 2012 r. poz. 1169

⁹² [XI.816.8.2017 z 25 kwietnia 2017 r.](#)

⁹³ Pismo z 23 maja 2017 r.

płynące z posiedzenia Zespołu do spraw wykonywania postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, poprosił Pełnomocnika Rządu do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania o ustosunkowanie się do problemu, ale do końca 2017 r. nie dostał odpowiedzi.

Sprawa pani M. Uchylenie postanowienia Prokuratora o odmowie wszczęcia postępowania w sprawie czynu popełnionego na szkodę osoby z niepełnosprawnością intelektualną⁹⁴

Z wnioskiem do Rzecznika zwróciła się pani Z. M. Prokurator Rejonowy w S. odmówił bowiem wszczęcia dochodzenia w sprawie przywłaszczenia na jej szkodę 3500 zł (czyn z art. 284 §2 k.k) uznając, że brak jest dostatecznych danych uzasadniających podejrzenie popełnienia czynu.

Prokurator pominął w tej sprawie, że wnioskodawczyni jest osobą z niepełnosprawnością umysłową w stopniu lekkim, nieporadną i wymaga opieki osób trzecich. Ponieważ jest częściowo ubezwłasnowolniona, Sąd Rejonowy ustanowił dla niej kuratora. Wnioskodawczyni nie mogła więc samodzielnie i ze skutkiem procesowym podejmować czynności, w tym złożyć zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia dochodzenia, a tymczasem zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa dotyczyło działań osoby ustanowionej jej kuratorem.

Zdaniem Rzecznika zabezpieczenie interesów częściowo ubezwłasnowolnionej pokrzywdzonej nie było wystarczające, a problem nie zaistniałby, gdyby prokurator zwrócił się do sądu rodzinnego o wyznaczenie innego kuratora celem reprezentowania pokrzywdzonej w tym postępowaniu.

Prokurator Okręgowy podzielił stanowisko Rzecznika i polecił wszczęcie oraz prowadzenie postępowania przygotowawczego z zachowaniem pełnych gwarancji praw pokrzywdzonej, łącznie z ustanowieniem dla niej, w razie konieczności, odrębnego kuratora.

⁹⁴ VI.501.31.2015

Sprawa ubezwłasnowolnionej osoby. Postępowanie o uchylenie tego ubezwłasnowolnienia⁹⁵

Rzecznik przystąpił do postępowania o uchylenie ubezwłasnowolnienia przed Sądem Okręgowym w Z. Osoba, która została ubezwłasnowolniona wiele lat temu, a od tego czasu prowadziła aktywne życie zawodowe w Polsce i za granicą, stara się o uchylenie ubezwłasnowolnienia, którego przyczyny ustały. Utrzymywanie ubezwłasnowolnienia, zdaniem Rzecznika, nie służy interesom tej osoby, a to właśnie temu ma służyć instytucja ubezwłasnowolnienia. Rzecznik skierował także wniosek o dopuszczenie nowej opinii biegłych, skupiającej się właśnie na kwestii najlepszych interesów osoby obecnie ubezwłasnowolnionej oraz na jej faktycznym funkcjonowaniu w rodzinie i społeczeństwie. Ostatecznie sprawa zakończyła się uchyleniem ubezwłasnowolnienia.

Obowiązki nadawców telewizyjnych w zakresie zapewnienia dostępności programów dla osób z niepełnosprawnościami⁹⁶

Niezmiernie ważną kwestią pozostaje eliminowanie wykluczenia cyfrowego osób z niepełnosprawnościami.

Chodzi o sytuację, w których osoby te nie korzystają z technologii informacyjno-komunikacyjnych nie dlatego, że nie chcą, ale z powodu ograniczeń związanych z niepełnosprawnościami. Zdaniem Rzecznika niezbędne jest rozważenie nowelizacji ustawy o radiofonii i telewizji⁹⁷, tak aby precyzyjnie określić obowiązki nadawców telewizyjnych w zakresie zapewnienia dostępności programów dla osób z różnymi niepełnosprawnościami. Zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych Polska zobowiązała się do zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami realizacji ich praw.

Znowelizowana regulacja powinna uwzględniać odrębnie zarówno potrzeby osób z niepełnosprawnością wzroku, jak i z niepełnosprawnością słuchu. Dokładne określenie rodzajów i procentowego udziału poszczególnych typów dostosowań programów dla osób z niepełnosprawnościami w ogólnym czasie emisji, także powinno znaleźć się bezpośrednio w ustawie. Ponadto w opinii Rzecznika upoważnienie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji do obniżenia w drodze przepisów wykonawczych procentowego udziału w programie telewizyjnym audycji z udogodnieniami odbioru dla osób z niepełnosprawnościami budzi uzasadnione

⁹⁵ IV.7024.28.2016

⁹⁶ XI.815.5.2017

⁹⁷ Ustawa z 29 grudnia 1992 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 639 i 929).

wątpliwości. Przy okazji nowelizacji ustawy warto by również zadbać o takie ukształtowanie przepisów chroniących prawa autorskie, aby nie stanowiły one faktycznej przeszkody dostosowania utworu do potrzeb osób z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu. Powyższe uwagi Rzecznik przedstawił⁹⁸ Przewodniczącemu Komisji Ustawodawczej Senatu RP z nadzieją, że zostaną uwzględnione w pracach legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie ustawy o radiofonii i telewizji⁹⁹. Niestety, tak się nie stało.

Znaczenie koncepcji projektowania uniwersalnego. Nagroda RPO dla prof. Marka Wysockiego

W 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich uhonorował prof. **Marka Wysockiego Nagrodą RPO im. doktora Macieja Lisa**. Chce w ten sposób pokazać opinii publicznej, jak ważne są standardy jeśli chodzi o pomoc osobom z niepełnosprawnościami, które promuje Laureat.

Marek Wysocki jest naukowcem i społecznikiem działającym na rzecz środowiska osób z niepełnosprawnościami. Jest autorem ponad 70 publikacji dotyczących projektowania dla wszystkich i audytorem dostępności obiektów i przestrzeni publicznych. Opracował m.in. poradnik RPO „Przestrzeń publiczna przyjazna seniorom”¹⁰⁰.

Jako dydaktyk swoją wiedzę i doświadczenie przekazuje przyszłym architektom, angażując się w zaszczepianie w nich nie tylko wiedzy ale także prospołecznych postaw, zwiększając ich świadomość znaczenia projektowania uniwersalnego. Opracował Standardy Dostępności przestrzeni publicznych i konsekwentnie prowadzi działania na rzecz ich wdrożenia w samorządach lokalnych.

Nagroda im. doktora Macieja Lisa została ustanowiona z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich w celu uhonorowania pamięci Macieja Lisa – pełnomocnika terenowego RPO we Wrocławiu, który zmarł w kwietniu 2015 r. Jest przyznawana za szczególne osiągnięcia w dziedzinie obrony praw i interesów osób z niepełnosprawnościami.

⁹⁸ [XI.815.5.2017 z 2 marca 2017 r.](#)

⁹⁹ Druk senacki nr 366, druk sejmowy nr 1607.

¹⁰⁰ https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Poradnik_Przestrzen_publiczna_przyjazna_seniorom_2015.pdf

Sprawozdanie z prac Komisji Ekspertów ds. Zdrowia

Rok 2017 był rokiem znaczących zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce (wprowadzenie tzw. sieci szpitali), a także poważnych wstrząsów w jego funkcjonowaniu (protest lekarzy). Był również pierwszym, pełnym rokiem funkcjonowania powołanej w 2016 r.

¹⁰¹ Komisji Ekspertów ds. Zdrowia.

Skład Komisji Ekspertów ds. Zdrowia

- Marek Balicki
- Piotr Jarecki (od 3 października 2017 r.)
- Wiesław Wiktor Jędrzejczak
- Dorota Karkowska
- Katarzyna Łakoma – współprzewodnicząca (I połowa 2017 r.)
- Piotr Mierzejewski – współprzewodniczący (II połowa 2017 r.)
- Marcin Mikos
- O. Arkadiusz Nowak
- Ewa Osińska – sekretarz
- Rafał Staszewski
- Robert Tabaszewski
- Monika Urbaniak
- Edyta Widawska
- Tomasz Zalański – współprzewodniczący

Działania Komisji

Pierwsze z trzech odbytych w 2017 r. posiedzeń Komisji miało miejsce 12 stycznia 2017 r. Skupiało się ono na omówieniu zagadnień związanych z czasem pracy lekarzy, w tym wpływu przepracowania na bezpieczeństwo pacjenta i samego personelu medycznego¹⁰². Jednym z ustaleń podjętych na tym posiedzeniu była decyzja o poświęceniu kolejnego zebrania, zorganizowanego 12 kwietnia 2017 r., zdiagnozowaniu najważniejszych problemów środowiska pielęgniarek i położnych. W tym spotkaniu Komisji wzięli udział przedstawiciele Naczelnej

¹⁰¹ Zarządzenie RPO z 11 maja 2016 r., nr 22/2016 i Zarządzenie RPO z dnia 3 października 2017 r., nr 54/2017

¹⁰² Por. szerzej w: Informacja RPO za 2016 r., str. 521

Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa oraz przedstawiciele Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. W toku dyskusji, jako zasadnicze problemy wskazano:

- niewielki odsetek absolwentów wydziałów pielęgniarstwa, którzy podejmują pracę w zawodzie (wśród powodów zjawiska wymieniono: niskie płace, nadmiar obowiązków, brak przewidywalnej drogi zawodowej z możliwością awansu, obciążenie w pracy czynnościami niemedyicznymi);
- proces starzenia się środowiska pielęgniarek i położnych i brak następców gotowych podjąć pracę w tych zawodach;
- niedostateczną i systematycznie zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych;
- niedostosowanie prawnych minimalnych norm zatrudnienia do realiów wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Rzecznik podsumowując spotkanie zapowiedział podjęcie działań generalnych w ramach sygnalizowanych problemów. Wyraził nadzieję, że spotkanie jest początkiem współpracy RPO ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych.

Kolejne posiedzenie Komisji, które miało miejsce 3 października 2017 r., w pierwszej kolejności poświęcone było omówieniu wystąpień RPO i odpowiedzi organów: z zakresu praw pacjenta przysługujących kobietom ciężarnym i rodzącym, dostępu do rehabilitacji i leczenia sanatoryjnego, chorób rzadkich, dostępności do okulistycznych świadczeń zdrowotnych, wykonywania zawodów medycznych, w tym pielęgniarki i położnej, kar dyscyplinarnych w zawodzie lekarza, sieci szpitali oraz profilaktyki HIV/AIDS. Szczególnym przedmiotem dyskusji ekspertów Komisji były problemy związane z tworzoną siecią szpitali, profilaktyką HIV/AIDS, czasem pracy lekarzy, wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej, ratownika medycznego, opiekuna pacjenta, statusu geriatrici, medycyny pracy. Ekspertcy wskazali m.in., że sieć szpitali jest niespójna z opracowanymi mapami potrzeb zdrowotnych, zaś szpitale nie mają gwarancji uzyskania w kolejnych okresach działalności odpowiedniej do potrzeb kwoty ryczałtu. Praktycznym problemem może też być „przejmowanie” pacjentów oczekujących na świadczenia przez szpitale pozostające w sieci. Ekspertcy podnieśli też problemy związane z funkcjonowaniem zawodu ratownika medycznego, opiekuna pacjenta, dietetyka i kosmetologa. Zawód opiekuna pacjenta jest nieuregulowany pod kątem kompetencji i statusu prawnego. Postulowano zwiększenie liczby geriatrów przez przywrócenie tzw. „szybkiej ścieżki specjalizacji” np. dla lekarzy POZ.

Drugim z punktów posiedzenia z 3 października 2017 r. była dyskusja nad przygotowanym przez zewnętrznego eksperta dokumentem „Standard realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce – propozycja metodyki pomiaru”. Eksperci Komisji doszli do wniosku, że niezbędne jest skonfrontowanie ww. publikacji z wiedzą specjalistów z dziedziny ekonomii i analizy danych. Zwrócili uwagę, że w zależności od konkretnego obszaru ochrony zdrowia stosuje się różne mierniki i indeksy.

Efekty podjętych działań

1. Kolejne wystąpienia Rzecznika do Ministra Zdrowia: w sprawie niedoboru lekarzy i braku systemu zatrudniania lekarzy cudzoziemców oraz w sprawie przestrzegania norm czasu pracy lekarzy i dyżurów lekarskich.
2. Wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.
3. Wystąpienie do Ministra Zdrowia przedstawiające zebrane, najistotniejsze problemy służby zdrowia.

Co wymaga dalszej pracy

Przedmiotem uwagi ze strony Komisji powinny być w dalszym ciągu problemy związane z niedostateczną liczbą i czasem pracy personelu medycznego. Sygnalizowane przez Rzecznika, m.in. w efekcie prac Komisji, problemy uwidoczniły się z dużą mocą w związku z protestem lekarzy, jaki trwa od połowy 2017 r. Prace Komisji będą również dotyczyły metodyki pomiaru standardu realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce. Dynamika zmian w systemie ochrony zdrowia każe przypuszczać, że katalog planowanych przez Komisję działań może ulec rozszerzeniu.

