

Andrzej Radek

Problematyka ochrony zdrowia w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 1998-2001

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio K, Politologia 9, 145-162

2002

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

A N N A L E S
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. IX

SECTIO K

2002

Wydział Politologii UMCS

ANDRZEJ RADEK *

*Problematyka ochrony zdrowia w działalności
Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 1998–2001¹*

The problems of health care in the activities of the Commissioner for Citizen's Rights

I. Rzecznik Praw Obywatelskich wszczyna sprawy na podstawie wniosków, które w postaci listów, wizyt interesantów, rozmów telefonicznych otrzymuje od obywateli lub organizacji. Może również podjąć czynności na wniosek organów samorządów lub z własnej inicjatywy. Biorąc pod uwagę, iż Rzecznik z mocy przepisów prawa stoi na straży praw i wolności obywateli oraz bada przestrzeganie i realizację tych praw i wolności² – uznano, iż materiał, jakim dysponuje, uzupełnia wiedzę o systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Założono, iż analiza napływających do Rzecznika wniosków dotyczących systemu ochrony zdrowia nie tylko umożliwi określenie mapy najistotniejszych kwestii dotyczących tego systemu, ale także, poprzez rozpoznawanie problemów, eliminowanie występujących nieprawidłowości.³

Przedmiotem analiz spraw prowadzonych przez Rzecznika były miesięczne *Informacje o pracy RPO* (cytowane dalej jako RPO-INF) oraz *Informacje roczne*, jakie Rzecznik przedkłada Parlamentowi ze swej działalności (cytowane jako

* Autor jest socjologiem, do czerwca 2001 roku (do czasu likwidacji) był pracownikiem Biura Krajowego Związku Kas Chorych w Warszawie.

¹ Opracowanie powstało w ramach prac Zespołu przygotowującego temat: „Odbiór reformy ochrony zdrowia w ocenie społeczeństwa” pod kierunkiem dr Krystyny Czaplickiej-Trojanowskiej w Biurze Krajowego Związku Kas Chorych.

² Ustawa z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich wraz z późniejszymi zmianami.

³ Jest to postulat pod adresem decydentów zarządzających systemem ochrony zdrowia.

RPO-MAT). Dokonano analizy 38 informacji miesięcznych obejmujących lata 1998–2001 oraz rocznych za lata 1998 i 1999.⁴

Według informacji uzyskanych w biurze Rzecznika, informacje miesięczne opisują wszystkie podjęte przez Rzecznika sprawy. Informacje miesięczne nie obejmują wniosków, w kwestii których po zapoznaniu się Rzecznik nie podejmuje działań, zawiadamiając o tym wnioskodawcę.⁵

Należy dodać, iż badając sprawy, które zostały podjęte przez Rzecznika, świadomie zdecydowano się na wybór okresu lat 1998–2001, z uwagi na wprowadzoną w 1999 roku reformę ochrony zdrowia. Założono, iż w ten sposób uzyskamy nie tylko porównanie spraw, którymi zajmował się Rzecznik przed reformą i po jej wprowadzeniu, ale także prześledzimy tendencje dotyczące problemów związanych z systemem ochrony zdrowia.⁶

Zanim przystąpimy do opisu spraw, którymi zajmował się Rzecznik, musimy zaznaczyć, iż sprawami z zakresu ochrony zdrowia zajmuje się zespół merytoryczny, w którego kompetencjach są podstawowe prawa i wolności obywatelskie, służba zdrowia i prawa osób niepełnosprawnych. Wszystkie dane prezentowane w niniejszym opracowaniu, dotyczące liczby spraw z danego miesiąca odnoszą się więc do wszystkich tych wymienionych zagadnień. Niestety nie udało się wygenerować z nich liczby spraw dotyczących tylko ochrony zdrowia. Zestawienia porównawcze obejmują zatem dane odnośnie do liczby wszystkich spraw w tym zespole merytorycznym (w tym ochrony zdrowia) w stosunku do spraw prowadzonych przez pozostałe zespoły merytoryczne według ich właściwości.

II. W 1998 roku Rzecznik rozpatrzył 34 176 spraw, co dało średnio 2848 spraw w miesiącu. Do zespołu merytorycznego zajmującego się, między innymi, służbą zdrowia średnio w miesiącu trafiło 3,84% nowych spraw. Dla porównania możemy dodać, iż w tym roku najwięcej spraw trafiło do zespołu zajmującego się zabezpieczeniami społecznymi, przykładowo w styczniu do zespołu tego trafiło 19,9% wniosków, a w miesiącu grudniu 20,0%. Najmniej spraw trafiło do zespołów zajmujących się: prawami żołnierzy i funkcjonariuszy służb publicznych i prawem rodzinnym, średnio w miesiącu odpowiednio – 2,8% i 2,6%.

⁴ Dokonano analizy 12 informacji miesięcznych z 1998 r., 12 z 1999 r., 12 z 2000 r. oraz dwóch z lutego i marca 2001 r. Informacja z miesiąca stycznia była niedostępna w bibliotece Rzecznika w okresie dokonywania analiz, a informacja z miesiąca kwietnia nieopublikowana. Również informacja roczna dotycząca 2000 r. była, w momencie badania, w trakcie opracowywania. Badania przeprowadzono w miesiącach kwietniu i maju 2001 r.

⁵ Materiał opisany w informacjach podzielony jest na następujące części: wystąpienia o charakterze generalnym, kasacje do Sądu Najwyższego oraz skargi do Naczelnego Sądu Administracyjnego, wnioski do Trybunału Konstytucyjnego oraz postępowania w sprawach skarg konstytucyjnych, reakcje na wystąpienia Rzecznika i wybór spraw indywidualnych.

⁶ Należy nadmienić, iż nie było możliwości nawet wrywkowego badania wniosków, które docierają do Rzecznika z uwagi na cały szereg trudności, między innymi proceduralnych, od ochrony danych osobowych, po problemy związane z dostępem do zarchiwizowanych w biurze spraw.

Porównanie to ukazuje, iż sprawy ochrony zdrowia nie były dominujące wśród wniosków napływających do Rzecznika w analizowanym roku (również w pozostałych analizowanych latach).

W roku będącym przedmiotem badań Rzecznik przygotował 16 wystąpień generalnych w sprawach związanych z ochroną zdrowia⁷, odnotował 17 reakcji (odpowiedzi) na wcześniejsze wystąpienia oraz opisał trzy wybrane sprawy indywidualne.

Na 16 wystąpień generalnych, 14 adresowanych było do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS), jedno do Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej, jedno do Wojewody Warszawskiego oraz jedno do Ministra Pracy i Polityki Socjalnej (MPiPS), którego adresatem był również Minister Zdrowia.

Zagadnienia poruszane przez Rzecznika w wystąpieniach generalnych dotyczyły różnych spraw i problemów. Były to sprawy głównie o charakterze organizacyjnym i finansowym, które wiązały się z utrudnionym dostępem do świadczeń zdrowotnych czy ograniczaniem praw pacjentów. Przykładowo – pobierano opłaty za środki niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych od hospitalizowanych pacjentów⁸, wystawiano hospitalizowanym pacjentom recepty na leki do realizacji w aptekach otwartych⁹, ograniczano chorym na epilepsję możliwości korzystania ze świadczeń odpowiadających wiedzy medycznej w postaci nowoczesnych leków oraz możliwości korzystania z porad specjalistów (dotyczyło to pacjentów w małych miastach i na wsi)¹⁰ czy, bez zmiany stanu prawnego, pobierano od grupy osób uprzywilejowanych (inwalidów wojennych i wojskowych) opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym.¹¹ Innym przykładem, który wskazał Rzecznik, był zbyt niski poziom środków budżetowych przeznaczonych na szpitale psychiatryczne, czego konsekwencją były trudne warunki bytowe i ograniczenia w zakresie świadczeń zdrowotnych.¹²

W analizowanym okresie Rzecznik odnotował 17 reakcji na swoje wcześniejsze wystąpienia adresowane do różnych organów. Dodajmy, iż niektóre z nich dotyczą spraw, którymi Rzecznik zajął się przed 1998 rokiem. Mamy więc sytuację, że niektóre reakcje dotyczą wystąpień generalnych Rzecznika w danym roku, inne zaś wystąpień z lat poprzednich.

⁷ Musimy zaznaczyć, iż analiza konkretnych spraw (zarówno przed, jak i po wprowadzeniu reformy) dotyczy tylko tych spraw, które wprost nawiązywały do świadczonych przez system ochrony zdrowia szeroko pojętych usług medycznych bądź zdrowotnych. Pominęto sprawy związane z wykonywaniem zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej oraz sprawy płacowe w służbie zdrowia. Nie uwzględniono także spraw dotyczących ochrony zdrowia osób niepełnosprawnych, uznając iż należałoby poświęcić im odrębne opracowanie.

⁸ RPO-INF. 3/1998, s. 14.

⁹ *Ibid.*, s. 14.

¹⁰ RPO-INF. 10/1998, s. 10.

¹¹ RPO-INF. 11/1998, s. 12.

¹² RPO-INF. 2/1998, s. 21.

Ogólnie biorąc, w pięciu przypadkach adresat zapowiedział, że w wyniku wystąpienia Rzecznika nastąpi zmiana przepisów prawnych – obowiązujących bądź wprowadzone zostaną zmiany do przygotowywanych projektów. W czterech przypadkach sygnalizowane przez Rzecznika sprawy miały przyczynę finansową – brakowało w budżecie pieniędzy na realizację świadczeń. W pozostałych sprawach bądź to przekazano Rzecznikowi informacje na temat sprawy, bądź to podjęto kontrolę w celu zbadania i uzyskania wyjaśnień lub przekazano sprawę innemu organowi zgodnie z kompetencjami.

Opiszemy kilka przykładów spraw i czynności, jakie zostały podjęte po wystąpieniach Rzecznika.

Rzecznik zasignalizował sprawę wykorzystywania publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla celów prywatnej działalności medycznej. Minister Zdrowia odpisał, że przedmiotowa sprawa była treścią jego wielu wystąpień do kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ), które przyniosły ograniczone efekty. Minister uważa więc, że należy do przygotowywanej nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprowadzić przepisy regulujące zasady udzielania na terenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych przez inne podmioty oraz prowadzenia działalności gospodarczej.¹³

Inną sprawą, którą Rzecznik zainteresował Ministra Zdrowia, były rosnące ograniczenia (ze względów finansowych) w dostępie osób uprawnionych do leków, preparatów diagnostycznych, artykułów sanitarnych i sprzętu jednorazowego użytku. Minister Zdrowia odpowiedział, że rozumie sytuację ludzi o niskich dochodach, którzy nie są w stanie samodzielnie pokryć kosztów niezbędnych dla nich leków, ale obecnie nie jest możliwe zwiększenie nakładów na dofinansowanie leczenia kosztownymi preparatami, ze względu na ograniczone środki finansowe przyznane w budżecie państwa ministerstwu zdrowia. Środki te nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb ochrony zdrowia i mogą ulec zwiększeniu tylko w przypadku wzrostu dochodów państwa. Minister poinformował także Rzecznika, że przygotowywana jest nowelizacja rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 lutego 1997 roku w sprawie rządowego programu systemowej pomocy finansowej na zakup leków, środków antykoncepcyjnych i artykułów sanitarnych oraz szczegółowych zasad, warunków i trybu przyznawania tej pomocy. Zmiana ta będzie dotyczyła obniżenia progów przyznawania tej pomocy, co umożliwi skorzystanie z niej znacznie szerszej grupie społeczeństwa.¹⁴

Kolejną sprawą podjętą po interwencji Rzecznika było precyzyjne określenie zasad realizacji uprawnień mieszkańców domów pomocy społecznej do świadczeń zdrowotnych, leków i środków pomocniczych. Minister Zdrowia napisał, że

¹³ RPO-INF. 7/1998, s. 38.

¹⁴ *Ibid.*, s. 42 i 43.

większość sygnalizowanych przez Rzecznika nieporozumień została rozwiązana. W pozostałych sprawach związanych z opieką zdrowotną nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej, w warunkach funkcjonowania służby zdrowia po 1 stycznia 1999 roku, MZiOS jest w stałym kontakcie z Pełnomocnikiem Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, a w sprawach innych problemów mieszkańców domów pomocy społecznej w zakresie opieki zdrowotnej jest w kontakcie roboczym z MPiPS.¹⁵

Poniżej omówimy trzy przypadki spraw indywidualnych, których wybór, za 1998 rok, przedstawił Rzecznik.

Pierwsza sprawa dotyczyła zbadania, czy zakres danych ujawnianych w książeczkach usług medycznych nie jest nadmierny i nie prowadzi do naruszenia tajemnicy lekarskiej. Rzecznik uznał, że brak jest podstaw do podjęcia interwencji, ponieważ przepisy określają krąg osób uprawnionych do dostępu do danych medycznych pacjenta. Jedynym podmiotem spoza służby zdrowia jest wojewoda, ale przekazywanie tych informacji jest konieczne (określają to przepisy) w celu refundacji aptekom ceny leków dla pacjenta za środków budżetowych.¹⁶

W drugiej sprawie przedłożonej Rzecznikowi, chodziło o odmowę wykonania zabiegu rewaskularyzacji (wszczepienia stentu) bezpłatnie w ramach ubezpieczenia społecznego. Zaproponowano pacjentowi wykonanie tego zabiegu odpłatnie.

Rzecznik uznał, że zostały naruszone prawa pacjenta oraz prawa obywatelskie, gdyż Konstytucja RP zapewnia prawo obywateli do równego, niezależnie od ich sytuacji materialnej, dostępu do świadczeń medycznych ze środków publicznych. Została naruszona także, zdaniem Rzecznika, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej zapewniająca każdemu pacjentowi prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Sąd może przyznać poszkodowanemu zadośćuczynienie. Naruszono również Kodeks Etyki Lekarskiej. Rzecznik poinformował o tej sprawie Ministerstwo Zdrowia, które stwierdziło, że „trwają prace w resorcie zdrowia nad poprawą tej sytuacji” oraz, w kolejnej odpowiedzi, że „uznaje takie praktyki za wysoce nieetyczne i niewłaściwe”, a także, że wykonano zainteresowanemu pacjentowi zlecony zabieg na koszt budżetu wojewody. Rzecznik uznał taką odpowiedź za niewystarczającą, gdyż MZiOS pomija obowiązujące prawo, które winno być egzekwowane.¹⁷

Trzecia prezentowana przez Rzecznika sprawa dotyczyła braku w niektórych szpitalach preparatu immunoglobuliny anty-D, pozwalającego urodzić zdrowe dziecko w małżeństwach, w których występuje konflikt serologiczny. Rzecznik

¹⁵ RPO-INF. 7/1998, s. 38.

¹⁶ RPO-INF. 3/1998, s. 49 i 50.

¹⁷ RPO-INF. 5/1998, s. 47 i n.

zwrócił się o zbadanie sprawy do MZiOS. W odpowiedzi Ministerstwo poinformowało, że aktualny program profilaktyki ciąży dotyczy stosowania po porodzie preparatu Gamma anti-D wszystkim kobietom z Rh ujemnym, które urodziły Rh dodatnie dzieci. Program nie przewiduje stosowania preparatu podczas ciąży, gdyż nie przewiduje się wzrostu jego produkcji w najbliższych latach, a program takiej profilaktyki podczas ciąży nie został dotychczas wprowadzony w większości krajów europejskich. Na okres przejściowy zlecono, by preparat ten podawać podczas ciąży w myśl obowiązujących zasad. Rzecznik uznał wyjaśnienia za wystarczające.¹⁸

Rzecznik (bądź jego Zastępca oraz pracownicy biura) w ramach swych kompetencji przeprowadza wizytacje w różnych instytucjach. W 1998 roku nie odwiedził żadnej instytucji związanej z ochroną zdrowia.

W 1998 roku, przede wszystkim stan finansów publicznych, w tym służby zdrowia oraz wydłużająca się kolejka do świadczeń, przyczyniły się do działań nie zawsze zgodnych z prawem, takich jak na przykład pobieranie opłat od uprawnionych pacjentów czy wystawianie pacjentom hospitalizowanym recept na leki do realizacji w aptekach otwartych na koszt pacjenta. Dużym problemem były również ograniczenia, z powodów ekonomicznych, wielu obywateli w dostępie do leków, a w skrajnych przypadkach nawet zaprzestania stosowania ordynowanych przez lekarzy leków. Skargi dotyczące złej jakości implantów kręgosłupowych stosowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej i zastrzeżenia w tej sprawie zgłoszone przez Rzecznika potwierdziła kontrola NIK.

III. W 1999 roku Rzecznik rozpatrzył 37 467 spraw, co dało średnio 3122 sprawy w miesiącu. Zespół merytoryczny zajmujący się podstawowymi prawami i wolnościami obywatelskimi, służbą zdrowia i prawami osób niepełnosprawnych rozpatrywał średnio w miesiącu 187 spraw, co stanowiło 6,2% spraw rozpatrywanych przez wszystkie merytoryczne zespoły. Dla porównania w styczniu tego roku najwięcej spraw nowych trafiło do zespołu zajmującego się prawem gospodarczym, daninami publicznymi i ochroną praw konsumenta – 1039, tj. 34,1%. Najmniej spraw trafiło do zespołu, który zajmował się sprawami lokalnymi, samorządem terytorialnym i ochroną środowiska – 70, tj. 2,3%. W grudniu tego samego roku najwięcej spraw trafiło do zespołu zajmującego się zabezpieczeniem społecznym i pomocą społeczną – 505, tj. 25,7%, najmniej zaś do zespołu, który zajmował się prawem rodzinnym – 51, tj. 2,6%. Dodajmy także, że najwięcej spraw w ciągu tego roku trafiło do zespołu zajmującego się prawem gospodarczym, daninami publicznymi i ochroną praw konsumenta, do zespołu tego w miesiącu średnio trafiało 24,6% spraw, najmniej zaś do zespołu zajmującego się sprawami lokalnymi, samorządem terytorialnym i ochroną środowiska, średnio w miesiącu do zespołu tego trafiało 2,3% spraw. Warto dodać, iż w skali całego tego roku nie było drastycznych różnic w liczbie spraw,

¹⁸ RPO-INF. 12/1998, s. 47 i 48.

jakie trafiły do zespołu zajmującego się sprawami ochrony zdrowia – największa różnica wynosiła 4 punkty procentowe, najwięcej spraw do tego zespołu trafiło w lutym 1999 roku – 9,0%,¹⁹ najmniej zaś w kwietniu tego roku – 5,0%.²⁰ Dla porównania możemy podać, iż największa różnica w liczbie spraw wyniosła aż 43 punkty procentowe i dotyczyła zespołu zajmującego się prawami żołnierzy i funkcjonariuszy publicznych, do którego to zespołu w kwietniu analizowanego roku trafiło 46,9%²¹ nowych spraw, a grudniu tego roku tylko 3,5% spraw.²²

W analizowanym okresie Rzecznik przygotował 33 wystąpienia generalne w sprawach związanych z ochroną zdrowia, odnotował 22 reakcje różnych organów na swe wystąpienia i opisał 11 spraw indywidualnych.

W analizowanym okresie pojawiły się sprawy związane z wprowadzoną, w tym roku, reformą ochrony zdrowia. Poprzez wystąpienia, które wpłynęły do Rzecznika ujawniło się, jego zdaniem, niedostateczne przygotowanie organizatorów ochrony zdrowia. Nasiliły się sytuacje, w których zagrożone były podstawowe prawa pacjentów.²³ Protesty anestezjologów i pielęgniarek oraz położnych niezadowolonych z warunków pracy i płacy budziły niepokój społeczny w dziedzinie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Powszechny brak znajomości wprowadzonych reformą zdrowia nowych zasad prawnych i organizacyjnych, i to zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród pacjentów, spowodował dystans i brak akceptacji wprowadzonej reformy przez wszystkie zainteresowane strony, których dotyczyła ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (PUZ). Nowe sprawy wiązały się na przykład ze sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym czy decyzji kas chorych związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych. Innymi problemami, które się pojawiły były uregulowania co do korzystania ze świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego przez cudzoziemców czy zarzuty dotyczące zmuszania przez ustawodawcę do korzystania z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Na 33 wystąpienia generalne, 19 adresowanych było do Ministra Zdrowia (w tym również do Podsekretarza Stanu w tym Ministerstwie), 6 do nowego organu właściwego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego – Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, jedno do Ministra – Koordynatora Reform Społecznych, jedno do Marszałka Sejmu (adresatami tego wystąpienia byli również Marszałek Senatu, Prezydent RP i Prezes Rady Ministrów), jedno do Ministra Sprawiedliwości, jedno do Kierownika Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki, jedno do Przewodniczącego

¹⁹ RPO-INF. 2/1999, s. 8.

²⁰ RPO-INF. 4/1999, s. 8.

²¹ *Ibid.*, s. 8.

²² RPO-INF. 12/1999, s. 8.

²³ RPO-MAT. nr 39, s. 126.

Sejmowej Komisji Zdrowia i jedno do, również nowego organu. Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Sprawy poruszane przez Rzecznika w wystąpieniach generalnych w dużej mierze, jak już zaznaczyliśmy powyżej, dotyczyły problemów związanych z wprowadzoną reformą zdrowia. Na 33 wystąpienia, aż 23 związane były wprost z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym i dotyczyły problemów związanych z reformą zdrowia. Było to, między innymi, powodem wystąpienia w sprawie „obecnej sytuacji w służbie zdrowia” adresowanego do najwyższych organów w państwie. Przedmiotem wystąpienia były trudności związane z wprowadzeniem w życie nowych zasad korzystania przez pacjentów ze świadczeń zdrowotnych, leków i materiałów medycznych, a także równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, co jest konstytucyjnym obowiązkiem władz państwowych (art. 68 Konstytucji RP). Rzecznik stwierdził, że istnieje w tej sytuacji konieczność zespolenia sił wszystkich organów państwowych, aby zapewnić obywatelom pełne korzystanie z przysługującego im prawa do właściwej opieki medycznej.²⁴

Rzecznik sygnalizował w tym okresie, że z reformą ochrony zdrowia wiąże się zagrożenie w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi oraz, że niedostateczna jest opieka pielęgniarska nad uczniami.²⁵ Występują również braki w powszechnej wiedzy na temat zakresu bezpłatnych świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, brakuje standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, nadzoru nad kolejkami do świadczeń zdrowotnych oraz występuje różna interpretacja obowiązujących przepisów przez poszczególne kasy chorych i świadczeniodawców.²⁶

Inne, niektóre, sygnalizowane w tym okresie przez Rzecznika sprawy, to: istniejące w dalszym ciągu ograniczenia w dostępie ubezpieczonych do leków (część pacjentów zmuszona jest nawet do zaprzestania stosowania niektórych ordynowanych im leków), niejasne kryteria kwalifikowania pacjentów do leczenia i ograniczanie ustawowych praw ubezpieczonego do wyboru świadczeniodawcy przez poszczególne kasy chorych.²⁷

W analizowanym roku Rzecznik odnotował 22 reakcje na wcześniejsze wystąpienia kierowane do różnych organów.

Ogólnie biorąc, w siedmiu przypadkach adresat wyjaśnił Rzecznikowi w swej odpowiedzi sprawę. W sześciu przypadkach poinformował, że nastąpią zmiany prawne w obowiązujących przepisach bądź przygotowane zostaną projekty właściwych aktów prawnych. W czterech przypadkach podzielił pogląd na daną sprawę Rzecznika, a w trzech nie zgodził się z prezentowanym przez Rzecznika

²⁴ RPO-INF. 1/1999, s. 10; dodajmy, że na wystąpienie w tej sprawie Rzecznik nie otrzymał odpowiedzi od Premiera i Marszałka Senatu – patrz: RPO-MAT. nr 39, s. 126.

²⁵ RPO-MAT. n 39, s. 136.

²⁶ *Ibid.*, s. 136.

²⁷ *Ibid.*, s. 140 i n.

stanowiskiem. W pozostałych przypadkach adresaci poinformowali, że trwają prace i podjęte zostaną decyzje oraz zlecono przeprowadzenie kontroli, i podjęto stosowne kroki.

Poniżej omówimy kilka przykładów tych spraw i czynności podjętych przez adresatów wystąpień Rzecznika.

Rzecznik uznał konieczność podjęcia szybkich działań dla likwidacji sytuacji powodujących zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów w związku z wprowadzoną reformą zdrowia. Prezydent RP podpisał, że w związku z reformą ubezpieczeń zdrowotnych powołał Zespół Konsultantów. Opinie tego zespołu, między innymi, dotyczące systemu świadczeń zdrowotnych, warunków pracy i płacy pracowników służby zdrowia, przekazywane są Premierowi. Ponieważ Prezydent podziela niepokój Rzecznika, deklaruje że w przypadku pogłębiania się niekorzystnej sytuacji podejmie, przewidziane w Konstytucji, działania. W tej samej sprawie. Dyrektor Generalny Gabinetu Marszałka Sejmu, poinformował, że wystąpienie Rzecznika przekazał, zgodnie z życzeniem Marszałka Sejmu, Sejmowej Komisji Zdrowia.²⁸

W zasygnalizowanej przez Rzecznika sprawie stosowania niewłaściwych implantów kręgosłupowych. Minister Zdrowia przedstawił czynności, jakie zostały podjęte w tej sprawie, wyniki prac powołanej przez siebie komisji, która dokonała pełnej analizy wszczepionych implantów kręgosłupowych, wprowadzenia konieczności przeprowadzania okresowo badań wybranych implantów stosowanych najczęściej w Polsce przed ich wszczepieniem oraz stałego monitorowania przez kierowników klinik wykonanych lub aktualnie przeprowadzanych badań materiałowych implantów kręgosłupowych.²⁹

Rzecznik zasygnalizował także wątpliwość dotyczącą zasadności obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne przez osoby uzyskujące przychody z więcej niż jednego źródła. Minister – Koordynator Reform Społecznych przekazała stanowisko w tej sprawie Pełnomocnikowi Rządu ds. WPUZ. Pełnomocnik nie podzielił poglądów Rzecznika i stwierdził, że ustawa o PUZ „gwarantuje równy i sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych na tym samym poziomie, dla wszystkich świadczeniodawców, bez względu na wysokość (ilość) odprowadzanych składek. Uzależnienie rodzaju i ilości świadczeń od składek byłoby zaprzeczeniem powszechności dostępu do świadczeń, byłoby zaprzeczeniem idei sprawiedliwości społecznej”.³⁰

Ostatnia, z przykładowo prezentowanych spraw, dotyczyła odmawiania przez Śląską Regionalną Kasę Chorych zawierania kontraktów na świadczenia zdrowotne z pielęgniarkami i położnymi. Pełnomocnik Rządu do Spraw

²⁸ RPO-INF. 1/1999, s. 38 i 39.

²⁹ RPO-INF. 3/1999, s. 48.

³⁰ *Ibid.*, s. 62; w tej samej sprawie Minister Zdrowia również nie zgodził się z poglądem Rzecznika, iż zapisy ustawy o PUZ w części dotyczącej składki mogą naruszać art. 32 Konstytucji RP, patrz: RPO-INF. 10/1999, s. 38 i 39.

Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego poinformował Rzecznika, że sprawa ta była zbadana przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który polecił dokonanie analizy potrzeb w zakresie usług pielęgniarских i położniczych na terenie Kasy i uwzględnienie w konkursie ofert grupowych i indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych.³¹

Z 11 przypadków spraw indywidualnych, których wybór za 1999 rok zaprezentował Rzecznik, przedstawimy przykłady pięciu charakterystycznych dla okresu wprowadzania reformy zdrowia.

Jedną z nich dotyczyła odmowy objęcia opieką zdrowotną uczniów jednej ze szkół niepublicznych przez Dyrektora Publicznych ZOZ oraz Lekarza Wojewódzkiego. Rzecznik wyraził pogląd, że stosowne przepisy w tym zakresie nie ograniczają prawa uczniów do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych publicznych ZOZ zależnie od rodzaju szkoły. Minister Zdrowia podzielił ten pogląd i poprosił właściwego Wojewodę o podjęcie interwencji, gdyż Lekarz Wojewódzki podtrzymał swe stanowisko w tej sprawie, odmawiające objęcia uczniów opieką zdrowotną. W wyniku działań Wojewody uczniowie tej szkoły objęci zostali świadczeniami miejscowego ZOZ.³²

Kolejną sprawę wnieśli obywatele polscy zatrudnieni na terenie Polski, a stale zamieszkali w Republice Czeskiej oraz obywatele polscy zamieszkali w Polsce, ale pracujący na terenie Republiki Czeskiej. Podnieśli oni problem uprawnień oraz korzystania ze świadczeń zdrowotnych po wejściu w życie reformy zdrowia. Rzecznik poprosił o wyjaśnienia Ministerstwo Zdrowia, które poinformowało, iż w świetle umowy pomiędzy RP a Republiką Czeską o ubezpieczeniu społecznym, instytucja ubezpieczeniowa miejsca pobytu uprawnionego pracownika udziela mu świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa. Koszty świadczeń rozliczane są później pomiędzy tymi instytucjami na podstawie powyższej umowy. Ministerstwo zapowiedziało też nowelizację ustawy w przedmiotowym zakresie oraz przekazało informacje o powyższym, między innymi, kasom chorych.³³

Inna sprawa dotyczyła wątpliwości pacjentki związanych z wglądem do jej dokumentacji medycznej przez kontrolerów kasy chorych sprawdzających realizację świadczeń zdrowotnych. Zdaniem skarżącej, dokumentacja podlegająca kontroli winna być pozbawiona cech identyfikacji ubezpieczonego. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych, któremu Rzecznik przekazał sprawę, podzielił wątpliwości co do niewystarczającego zakresu ochrony danych uzyskanych podczas kontroli. Zdaniem Inspektora byłoby zasadnym wprowadzenie ustawowego obowiązku zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych przez osoby dokonujące kontroli dokumentacji lekar-

³¹ RPO-INF. 11/1999, s. 39.

³² RPO-INF. 1/1999, s. 42.

³³ RPO-INF. 5/1999, s. 40 i 41.

skiej, co przekazano Ministrowi Zdrowia. Rzecznik uznał sprawę za zamkniętą.³⁴

Inna sprawa przedstawiona przez Rzecznika dotyczyła problemu warunków ubezpieczenia zdrowotnego osób, których jedynym źródłem dochodu są alimenty. Zdaniem wnoszących sprawę, ustalenie wysokości składki na podstawie kwoty deklarowanego dochodu, nie niższego jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu, jest niesprawiedliwe i drastycznie pogarsza warunki utrzymania. Rzecznik potwierdził zastrzeżenia takiego rozwiązania z punktu widzenia równości obywateli wobec prawa. Ustawodawca nałożył bowiem na część obywateli obowiązek finansowy niewspółmierny do osiągniętych dochodów. Z odpowiedzi, jaką w tej sprawie Rzecznik otrzymał od Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, wynika, że przy nowelizacji ustawy o PUZ przewiduje się objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych.³⁵

Ostatnim przykładem, który chcemy przedstawić, jest sprawa skargi obywatela, iż Gminny Ośrodek Zdrowia odmówił mu zwrotu kosztów podróży do Poradni Hematologicznej oddalonej od miejsca zamieszkania skarżącego o 120 km. Zwrotu odmówiono, powołując się na ustawę o PUZ, iż w określonych sytuacjach przysługuje pacjentowi tylko transport sanitarny. Rzecznik uznał jednak, że w dalszym ciągu obowiązuje ustawa o ZOZ, stanowiąca podstawę zwrotu ubezpieczonemu kosztów przejazdu, jednocześnie Starosta wskazał, że „samorząd nie otrzymał żadnych środków na ochronę zdrowia”.³⁶

W 1999 roku, w III kwartale, Rzecznik odbył wizyty w dwóch szpitalach. W tymże roku, w odróżnieniu od roku poprzedniego, przede wszystkim wprowadzona reforma zdrowia zdominowała wystąpienia przedkładane Rzecznikowi.³⁷ Na 33 wystąpienia generalne – 18 wprost odnosiło się do spraw związanych bezpośrednio z reformą. Spośród 22 reakcji, jakie otrzymał Rzecznik, 11 dotyczyło reformy, na 11 spraw indywidualnych aż 9 to zagadnienia związane z reformą. W dalszej kolejności – stan finansów, tym razem głównie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, ale i finansów publicznych. W dalszym ciągu występowały także ograniczenia (natury ekonomicznej) wielu obywateli w dostępie głównie do leków. Inne sprawy to ograniczenia natury administracyjnej w dostępie do świadczeń zdrowotnych czy informacji medycznej.

³⁴ RPO-INF. 9/1999, s. 56 i 57.

³⁵ RPO-INF. 12/1999, s. 60 i 61.

³⁶ *Ibid.*, s. 61.

³⁷ Pisząc „reforma”, mamy na uwadze kwestie wynikające bądź to bezpośrednio z ustawy o PUZ (np. luki w prawie, problemy interpretacyjne), bądź związane z decyzjami kas chorych. Nie bez znaczenia w tym okresie, była również niezajomość ustawy i nowych rozwiązań organizacyjnych przez środowiska medyczne i pacjentów, która wywoływała niepokój i lęk związany z dostępem do świadczeń zdrowotnych.

Należy zauważyć wzrost liczby spraw (w tym związanych z ochroną zdrowia), które trafiły do Rzecznika i zostały przez niego podjęte. Dotyczy to liczby spraw ogółem rozpatrzonych przez Rzecznika w 1999 roku – nastąpił wzrost o 3291 spraw w stosunku do roku poprzedniego. Wzrost nastąpił także w średniej liczbie spraw rozpatrywanych w danym miesiącu – o 274. Wzrósł również średni odsetek spraw rozpatrywanych przez zespół, który zajmuje się ochroną zdrowia, o 2,2%. Wzrost ten niewątpliwie związany był z wprowadzoną w tym roku reformą zdrowia.

IV. Analizując sprawy dotyczące ochrony zdrowia, prowadzone przez Rzecznika w 2000 roku, nie tylko interesowaliśmy się rodzajem rozpatrywanych spraw ujawniających istotne problemy dotyczące systemu ochrony zdrowia, ale byliśmy ciekawi dynamiki wpływania wniosków, które trafiały do Rzecznika.

W 2000 roku Rzecznik rozpatrzył 34 003 sprawy, co dało 2833 sprawy w miesiącu. Zespół merytoryczny, który zajmował się między innymi ochroną zdrowia, rozpatrywał średnio w miesiącu 128,1 spraw, co stanowiło 4,9% spraw rozpatrywanych przez wszystkie zespoły. Dla porównania możemy dodać, że najwięcej spraw w analizowanym roku trafiło do zespołu zajmującego się zabezpieczeniem społecznym i pomocą społeczną. Na przykład w miesiącu marcu tego roku, kiedy do zespołu zajmującego się ochroną zdrowia trafiło najwięcej spraw – 181, tj. 6,0% (nowych spraw), do zespołu zajmującego się zabezpieczeniem społecznym i pomocą społeczną trafiło – 886 spraw, tj. 29,2%. Najmniej spraw w całym analizowanym roku trafiło do zespołu zajmującego się ochroną praw cudzoziemców – przykładowo w marcu, który porównywaliśmy powyżej, do zespołu tego trafiło 6 spraw, tj. 0,2%.

W analizowanym okresie Rzecznik przygotował 16 wystąpień o charakterze generalnym do różnych organów władzy państwowej oraz odnotował 20 reakcji na swe wystąpienia i opisał 6 spraw indywidualnych.

W 2000 roku Rzecznik przeprowadził wizytacje i odbył spotkania w szeregu instytucji związanych z ochroną zdrowia, w tym w siedmiu szpitalach, jednym zakładzie leczniczo-wychowawczym, w Instytucie Medycyny Wsi, spotkał się z przedstawicielami jednej z kas chorych oraz z władzami województwa podkarpackiego. Dotyczyły one następującej problematyki – przestrzegania praw dzieci (pacjentów), bezpieczeństwa pracy dzieci w gospodarstwach rolnych, zagadnień związanych z reformą zdrowia i służby zdrowia. Powyższe spotkania i wizytacje, było ich razem 11 w ciągu całego roku,³⁸ są nowym, pod względem liczby, działaniem Rzecznika, jeżeli chodzi o problematykę służby zdrowia i szerzej ochrony zdrowia. Dodajmy tylko, iż w poprzednich dwóch

³⁸ W całym analizowanym roku Rzecznik odbył 82 wizytacje i spotkania, w tym niektóre wielodniowe. W poprzednich latach aktywność Rzecznika na tym polu przedstawiała się następująco: w 1998 roku – 43 wizytacje i spotkania, zaś w 1999 roku – 79. Poza tym Rzecznik bierze udział w licznych seminariach, sympozjach i konferencjach, które wyszczególniane są w sprawozdaniach odrębnie.

latach Rzecznik odbył wizytacje tylko w dwóch szpitalach. Liczba wizytacji w 2000 roku, biorąc pod uwagę ich tematy, niewątpliwie związana była z realizowaną reformą zdrowia.

Ogólnie sprawy wnoszone do Rzecznika w tym okresie można podzielić na sprawy związane z realizowaną reformą zdrowia,³⁹ wszelkimi utrudnieniami bądź nieprawidłowościami istniejącymi w systemie ochrony zdrowia, które naruszały prawa pacjentów.

Na 16 wystąpień generalnych 9 adresowanych było do Ministra Zdrowia (bądź Sekretarza lub Posekretarza Stanu w tym Ministerstwie), w tym jedno jednocześnie do wiadomości Prezesa UNUZ, 5 do Prezesa lub Wiceprezesa UNUZ, 2 – do Ministra Pracy i Polityki Społecznej i jedno do Naczelnego Lekarza ZUS. Należy zauważyć wzrost liczby spraw adresowanych do Prezesa UNUZ (w roku poprzednim tylko jedno wystąpienie) i pominięcie wśród adresatów Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Poniżej podamy niektóre przykłady spraw, których dotyczyły wystąpienia Rzecznika. I tak Rzecznik poruszył:

- * sprawę bezprawnej praktyki szpitali położniczych pobierania opłat za usługi ponadstandardowe,

- * sprawę finansowania terapii, które nie zostały zaliczone do rutynowych metod leczenia i zróżnicowanego postępowania kas chorych w tym zakresie,

- * zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń, niezależnie od sytuacji materialnej ubezpieczonego i przynależności do kasy chorych oraz stworzenia mechanizmów prawnych i organizacyjnych ustalających opartą na kryteriach medycznych kolejność dostępu do świadczeń,

- * potrzeby zdefiniowania w ustawie o PUZ pojęć „przedmioty ortopedyczne”, „środki ortopedyczne” i „lecnicze środki techniczne”,

- * ograniczania ustawowych praw ubezpieczonych w zakresie dostępu do leków przez wydanie przez niektóre kasy chorych tzw. receptariuszy,

- * zwrotu kosztów przejazdu do ZOZ lub lekarza.

W analizowanym okresie Rzecznik odnotował 18 reakcji na swoje wcześniejsze wystąpienia. Podamy przykłady kilku z nich wraz z opisem czynności podjętych przez adresatów.

W zasygnalizowanej przez Rzecznika sprawie obciążania przez niektóre szpitale rodziców hospitalizowanego noworodka lub niemowlaka kosztami pobytu w szpitalu matki, Pełnomocnik Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego napisała, że z analizy przepisów prawnych niewątpliwie wynika prawo pacjenta do dodatkowej opieki zdro-

³⁹ W odniesieniu do pierwszego roku funkcjonowania reformy zdrowia podjęte przez Rzecznika sprawy w większej mierze odnosiły się do przestrzegania lub interpretacji ustawy o PUZ i decyzji kas chorych niż do „ogólnego odbioru” reformy, patrz; przypis 37, s. 12.

wotnej sprawowanej przez osobę bliską (art. 19 ust. 3 pkt I ustawy o ZOZ), ale koszty takiego uprawnienia nie mogą obciążać ZOZ (art. 19 ust. 4 ustawy o ZOZ). Dodała także, iż kasy chorych nie mają podstaw prawnych do pokrywania tego rodzaju kosztów, dodatkowo sytuacja finansowa kas nie pozwala na pokrywanie innych kosztów niż świadczenia zdrowotne. Pełnomocnik liczy, iż w przyszłości sytuacja poprawi się i podjęte zostaną kroki w celu zmiany sytuacji kobiety opiekującej się dzieckiem.⁴⁰

Kolejna sprawa dotyczyła finansowania nierutynowych metod leczenia. Ministerstwo Zdrowia przekazało Rzecznikowi pismo Krajowego Specjalisty w Dziedzinie Okulistyki oraz Sekretarza Stanu w MZiOS i Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego skierowane do kas chorych, zgodnie z którymi leczenie wad wzroku metodą chirurgii refrakcyjnej, ozonem, laserową stymulacją płamki żółtej i alloplastyką tętnic nie powinny być refundowane ze środków podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.⁴¹

Rzecznik zasygnalizował też sprawę zwrotu kosztów przejazdu pacjenta do ZOZ lub lekarza. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że ustawa o PUZ nie przewiduje finansowania przejazdu ubezpieczonego do miejsca udzielania świadczeń i z powrotem środkami komunikacji publicznej i należy przyjąć, że w takich przypadkach koszty przejazdu ponosi sam pacjent, ewentualnie koszt przejazdu winien stanowić część kosztów świadczenia zdrowotnego.⁴²

W sprawie wydania przez niektóre kasy chorych tzw. receptariuszy. Prezes UNUZ poinformował, że zgadza się, iż brak jest podstaw prawnych do ich wprowadzenia. Nie oznacza to jednak, że Urząd podważa wszystkie przesłanki ich wprowadzenia. Pozbawienie funkcjonujących receptariuszy takich cech jak: obligatoryjność ich stosowania, nieuprawnione motywowanie finansowe lub sankcje ekonomiczne i ewentualne kary dla lekarzy, może prowadzić do uznania ich za dopuszczane w zakresie zgodności z przepisami prawa.⁴³

Opiszemy dwa przykłady spraw indywidualnych z sześciu przedstawionych przez Rzecznika.

W jednej z nich chodziło o pobranie opłaty za wezwanie karetki pogotowia, pomimo istnienia przesłanek do umieszczenia pacjentki w szpitalu. Rzecznik wystąpił do Starosty, który po zbadaniu sprawy zwrócił pobraną kwotę, uznając że lekarz pogotowia popełnił błąd. Lekarz został pouczony i upomniany.⁴⁴

Inna sprawa dotyczyła pobrania przez publiczny ZOZ opłaty za wykonanie zabiegu na zlecenie lekarza powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

⁴⁰ RPO-INF. 1/2000, s. 11.

⁴¹ RPO-INF. 4/2000, s. 41.

⁴² RPO-INF. 11/2000, s. 31.

⁴³ *Ibid.*, s. 43 i 44.

⁴⁴ RPO-INF. 5/2000, s. 43.

Z otrzymanych przez Rzecznika wyjaśnień wynikało, że pobierano opłaty, ponieważ ZOZ nie miał jeszcze podpisanej z kasą chorych umowy o świadczenia zdrowotne i kasa nie refundowała kosztów świadczenia.⁴⁵

W 2000 roku sprawy związane z realizacją ustawy o PUZ zdominowały przede wszystkim tematykę pism wnoszonych do Rzecznika. Były to sprawy dotyczące równości dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz, podobnie jak w roku poprzednim, interpretacji przepisów prawa, zwłaszcza ustawy o PUZ.

V. Dokonamy także analizy dwóch informacji miesięcznych z 2001 roku celem orientacji w tematyce spraw, które trafiły do Rzecznika na początku trzeciego roku realizacji reformy ochrony zdrowia.

W miesiącu lutym 2001 roku do Biura Rzecznika wpłynęło 4213 spraw, w tym do zespołu merytorycznego zajmującego się ochroną zdrowia 137 spraw, co stanowiło 3,2% wszystkich spraw rozpatrywanych przez wszystkie zespoły. Dla porównania możemy podać, że najwięcej spraw w tym miesiącu trafiło do zespołu zajmującego się prawem administracyjnym i sprawami mieszkaniowymi – 1434, tj. 33,1%, a najmniej spraw trafiło do zespołu, który zajmował się ochroną praw cudzoziemców i mniejszościami narodowymi – 10, tj. 0,2%.

W analizowanym miesiącu Rzecznik przygotował trzy wystąpienia generalne. Dotyczyły one następujących spraw:

- * konieczności podjęcia działań legislacyjnych w kierunku wprowadzenia alternatywnych do postępowania sądowego mechanizmów wynagradzania szkód na zdrowiu powstałych w wyniku działań lub zaniedbań pracowników medycznych oraz ZOZ,

- * nierówności w dostępie byłych pracowników zakładów, które zaprzestały produkcji wyrobów zawierających azbest do świadczeń odszkodowawczych,

- * zagrożenia dalszego funkcjonowania oddziałów preadopcyjnych.

Powyższe wystąpienia skierowane były kolejno do Ministra Zdrowia, Ministra Pracy oraz Prezesa UNUZ.

W tym okresie Rzecznik otrzymał również trzy reakcje na swe wcześniejsze wystąpienia. Dotyczyły one następujących spraw (przedstawimy także czynności, jakie podjęli adresaci wystąpień Rzecznika):

- * zwrotu kosztów przejazdu do ZOZ lub lekarza;

Minister Zdrowia zgodził się z uwagami Rzecznika. Poinformował, że Rada Ministrów w projekcie zmian ustawy o PUZ oraz o zmianie niektórych ustaw, zawarła stosowną propozycję korekty przepisów w tej materii.⁴⁶

- * wprowadzenia alternatywnych do postępowania sądowego mechanizmów wynagradzania szkód na zdrowiu powstałych w wyniku działań pracowników medycznych i ZOZ;

⁴⁵ RPO-INF. 7/2000, s. 54.

⁴⁶ RPO-INF. 2/2001, s. 40.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że opracowany został wstępny projekt nowych przepisów w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Dotyczy to zwłaszcza formy i zakresu zabezpieczenia prawnego pacjenta.⁴⁷

* przestrzegania praw dzieci-pacjentów do właściwej opieki medycznej i rehabilitacji oraz zabezpieczenia odpowiedniego standardu pobytu w szpitalach;

Minister zdrowia odpowiedział, że problemy przedłożone przez Rzecznika zostały przeanalizowane, a ich rozwiązanie zależy od UNUZ oraz wymaga zmiany ustawy o PUZ.⁴⁸

W marcu 2001 roku do Rzecznika wpłynęły 4333 sprawy. Zespół zajmujący się ochroną zdrowia rozpatrzył 148 spraw, tj. 3,6%. Przykładowo, w tym miesiącu zespół zajmujący się zabezpieczeniem społecznym i pomocą społeczną rozpatrzył najwięcej spraw – 1269, tj. 31,1%, a zespół do spraw ochrony praw cudzoziemców i mniejszości narodowych – 18, tj. 0,4%.

Rzecznik przygotował w tym miesiącu 6 wystąpień generalnych. Dotyczyły one następujących spraw:

* jakości i dostępności opieki medycznej dla dzieci,

* trudności związanych z udokumentowaniem uprawnień do świadczeń PUZ,

* ograniczeń w dostępie do leczenia onkologicznego członków Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych,

* utrudnionego dostępu do skutecznego leczenia z powodu niejednorodnych zasad refundacji leków,

* udziału Warmińsko-Mazurskiej RKCh w kosztach zakupu implantów przez pacjentów,

* zróżnicowanego postępowania kas chorych w zakresie korzystania przez ubezpieczonych z implantów.⁴⁹

W tym miesiącu Rzecznik nie odnotował żadnych reakcji na swoje wystąpienia.

VI. Próbując dokonać podsumowania działalności Rzecznika Praw Obywatelskich z zakresu ochrony zdrowia należy zauważyć pewien wzrost liczbowy spraw w pierwszym roku wprowadzenia reformy zdrowia. Musimy przy tym zaznaczyć, iż nastąpił ogólny wzrost liczby spraw wniesionych do tego organu. Prawdopodobnie było to związane z wprowadzonymi w 1999 roku czterema dużymi reformami systemowymi, co spowodowało zaniepokojenie społeczeństwa i pewnego rodzaju dezorientację (np. w zakresie dostępu do świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego).

⁴⁷ *Ibid.*, s. 41.

⁴⁸ *Ibid.*, s. 41.

⁴⁹ Wszystkie wystąpienia patrz: RPO-INF. 3/2001, kolejno ss. 18, 19, 20, 22, 24 i 25.

Przypomnijmy, że w 1998 roku do Rzecznika trafiło ogółem 34 176 spraw, w 1999 roku 37 467 spraw, a w 2000 roku 34 003 sprawy. Można by więc postawić hipotezę, że wzrost ten był spowodowany wspomnianymi reformami. Oczywiście, by hipoteza ta była potwierdzona, należałoby analizą objąć dłuższy okres czasu.

Dla uwydatnienia tej tendencji podamy jeszcze przykład średniej liczby spraw realizowanych przez zespół merytoryczny zajmujący się sprawami ochrony zdrowia. W 1998 roku przeciętnie do tego zespołu trafiało 3,84% spraw realizowanych przez wszystkie zespoły w Biurze Rzecznika, w 1999 roku nastąpił wzrost i do zespołu tego trafiło średnio w miesiącu 6,2% spraw, w 2000 roku nastąpił spadek i zespół ten rozpatrzył 4,9% spraw.

Można przyjąć, że po „kryzysie”, jaki nastąpił w 1999 roku, trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych (ogólnie ubezpieczenia zdrowotnego) wróciły do pewnej „normy”. Trzeba jednak powiedzieć, że nie należy tego rozumieć jako jednoznacznej poprawy w zapewnieniu ubezpieczonemu dostępu do tych świadczeń. Prawdopodobnym jest, że realizowaniu świadczeń przez tak duży system prawno-organizacyjno-finansowy, jakim jest system ochrony zdrowia, zawsze towarzyszyć będą nieprawidłowości, trudności i problemy, zwłaszcza z punktu widzenia pacjentów (prawa do ochrony zdrowia). Potwierdza tę prawidłowość tematyka spraw, które w postaci wniosków trafiały do Rzecznika przed i po wprowadzeniu reformy w ochronie zdrowia.

Analizując sprawy, które trafiły do Rzecznika w lutym i marcu 2001 roku, należy zauważyć prawdopodobny wzrost liczby spraw – przypomnijmy, kolejno w tych miesiącach wpłynęło 4213 spraw i 4333 sprawy. Przy czym należy dodać, że liczba spraw związanych z ochroną zdrowia wydaje się utrzymywać na podobnym poziomie w stosunku do 1998 roku i 2000 roku poziomie – kolejno 3,2% i 3,6% wszystkich spraw.

Kolejnym przykładem ukazującym tendencje w zakresie spraw związanych z ochroną zdrowia są liczby wystąpień generalnych przygotowanych przez Rzecznika. W 1998 roku było ich 16, w 1999 roku – 33 a w 2000 roku – 16. Najwięcej było adresowanych do Ministra Zdrowia – 42 wystąpienia, następnie do Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – 6, do Prezesa UNUZ również 6, do Ministra Pracy – 4, pozostałe do innych organów. Z przedstawionych danych wynika, że Minister Zdrowia uznawany był najczęściej jako najbardziej właściwy w sprawach dotyczących tej problematyki.

Powyzsza działalność Rzecznika sugeruje konieczność przyjęcia pewnego rodzaju rozwiązań organizacyjnych, monitorujących problemy związane z dostępem i jakością usług w ochronie zdrowia (bez uszczuplania kompetencji Rzecznika w tej materii). Rozwiązanie takie umożliwia po pierwsze szybkie reagowanie na „słabe” miejsca w systemie, a po drugie ich niezwłoczną poprawę.

SUMMARY

The study presents the issues handled by the Commissioner for Citizens' Rights concerning health care in 1998-2001. In view of the health care reform introduced in 2001, there was an opportunity to compare the issues that the Commissioner handled before the reform and after its introduction. Investigations covered 38 monthly information reports on the work of the Commissioner, covering the years in question and the annual reports for 1998 and 1999.

The problems related to health care, which the Commissioner dealt with, included primarily the insufficient level of funding health care, long waiting lists to obtain health care services, levying unlawful charges for these services, unequal availability of health care services and economic restrictions on the patients' access to medications.

In 1999 the matters relating to the health care reforms additionally appeared: limitation of the right to health insurance and to use health care services, threats to health care covering children and pupils in schools, unclear criteria for classifying patients in respect of treatment, and restricting statutory rights of those insured to choose service providers.

In the same year an increase was observed in the number of cases that were lodged with the Commissioner (the number of all cases that reached the commissioner in 1999 increased by almost 10 percent as compared with the previous year, the number of cases relating to health protection having risen by 63 percent). In 2000 the number of cases went back to the pre-reform level (there was a drop in the overall number of cases also by about 10 percent as compared with the previous year, a decrease in the cases concerning health care being 21 percent). Undoubtedly, an increase in the number of cases in the year in which the reform was introduced was due to the public concern and certain confusion relating to the new legal regulations.