

BRAK

SZACUNKU

Rozmowa
z Ireną Lipowicz,
Rzecznikiem
Praw Obywatelskich

Czy prawa pacjenta, obywatela w sektorze ochrony zdrowia są w Polsce przestrzegane?

Niestety, nie zawsze. Bardzo mnie to martwi, myślę o tym z wielką troską. Dotyczy to zresztą przestrzegania nie tylko praw pacjentów, lecz także praw lekarzy. W tym obszarze zmian wymaga zarówno prawo, jak i praktyka. Tymczasem współpraca mojego urzędu z organem koordynującym działanie całego systemu opieki zdrowotnej, czyli ministrem zdrowia, nie zawsze przebiega pomyślnie. Oczywiście problemy odnotowujemy także w kontaktach z innymi resortami, np. w obszarach pozostających w gestii ministrów sprawiedliwości, administracji czy spraw wewnętrznych, ale z ich strony widzimy większą chęć współpracy, dialogu. Z resortem zdrowia, mimo upływu czasu, zbyt często trudno jest nam znaleźć porozumienie i doczekać się właściwych reakcji, czyli takich, które znalazłyby odzwierciedlenie w praktyce i pomogły funkcjonować lekarzom i pacjentom.

Na czym to polega? To zła wola?

Nie zakładam złej woli. A na czym to polega? Chciałabym to objaśnić na przykładzie dyrektywy transgranicznej i przepisów dotyczących komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Jeśli chodzi o tę pierwszą sprawę, od października ubiegłego roku powinny obowiązywać przepisy implementujące dyrektywę w Polsce. Nasze biuro interweniowało w tej sprawie wielokrotnie. Przypominaliśmy, że przepisów nie ma, choć dawno powinny być. Argumentowaliśmy też, że w pracach nad nimi najpierw należy się koncentrować na ochronie praw pacjenta. I nic, cisza albo odpowiedzi niekonkretne, w stylu „podjęto prace legislacyjne”. Minęło dziewięć miesięcy, przepisów jak nie było, tak nie ma. Cierpią na tym pacjenci, którzy mają prawo do skorzystania z zapisów dyrektywy, a opieszałość ministerstwa im to utrudnia lub wręcz uniemożliwia, ale także polskie szpitale, które bez przepisów implementujących nie mają odpowiedniego instrumentarium do pozyskiwania i rozliczania pacjentów z zagranicy. Same straty, na dodatek spowodowane niewywiązywaniem się z obowiązków resortu oraz brakiem odpowiedniej troski o dobro obywatela i pacjenta.

A gdy chodzi o komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych?

Tu także gołym okiem widać, że przepisy wymagają zmian. Monitorujemy, zwracamy uwagę, jak trudno ludziom dochodzić swoich praw, a w odpowiedzi – podobnie jak w wypadku dyrektywy transgranicznej – albo cisza, albo odpowiedź ogólnikowa i wymijająca, co nie zawsze jest chyba zgodne z prawem. Przyglądamy się sprawie, analizujemy skargi.

Jak często interweniuje pani w sprawach dotyczących ochrony zdrowia?

Tylko w tym roku w sprawach związanych z tym obszarem skierowaliśmy 20 tzw. wniosków generalnych, czyli adresowanych do ministra zdrowia lub do prezesa NFZ. Lecz to jedynie wierzchołek góry lodowej. Mamy kilka, jeśli nie kilkanaście razy więcej wniosków dotyczących konkretnych szpitali, pacjentów, przychodni, oddziałów NFZ. W 2011 r. takich wystąpień odnotowaliśmy 740, w 2012 r. już 1011. To mnóstwo spraw, za którymi stoją często ludzkie tragedie. Człowiek, którego dotknęła choroba lub śmierć bliskiej osoby, staje często przed murem urzędniczej obojętności, arogancji lokalnej władzy czy bez troski podmiotu leczniczego.

**MONITUJEMY MINISTERSTWO ZDROWIA,
ZWRACAMY UWAGĘ, JAK TRUDNO LUDZIOM
DOCHODZIĆ SWOICH PRAW,
A W ODPOWIEDZI – ALBO CISZA,
ALBO ODPOWIEDŹ OGÓLNIKOWA I WYMIJAJĄCA**

Na przykład? Co pani najmocniej utkwiło w pamięci? Co uznaje pani za symptomatyczne?

Symptomatyczne? Dostęp do informacji medycznej. Opowiem na konkretnym przykładzie: pacjent w stanie zagrożenia życia trafił do jednego ze szpitali. Dopóki był świadomy, wyraził zgodę na przekazanie dokumentacji medycznej rodzinie. Szpital jednak zdecydował, że nie jest w stanie pomóc pacjentowi tak dobrze jak inny pobliski szpital, wyposażony w lepszy sprzęt, dysponujący bardziej wyspecjalizowaną kadrą. Pacjenta, już nieprzytomnego, przewieziono do tego drugiego szpitala, gdzie niestety zmarł. Rodzina zgłosiła się po dokumentację. I cóż się okazało? Szpital oświadczył, że nie będzie honorować oświadczenia złożonego w poprzedniej placówce, bo dla niego liczą się oświadczenia wydane wyłącznie we własnej jednostce. A jak pacjent mógł je złożyć, skoro trafił do nich nieprzytomny? Powinna obowiązywać zasada, że skoro pacjent raz dał zgodę rodzinie na wgląd do dokumentacji, obowiązuje ona we wszystkich jednostkach. Ostateczne przekonanie władz szpitala do tej oczywistej zasady zajęło nam sporo czasu.

Dostęp do informacji medycznej to duży problem?

Jeden z najpoważniejszych. Szpitale udostępniają dane bardzo niechętnie. Niedawno mieliśmy poważny pro-



fot. PAP/Grzegorz Jakubowski

W SPRAWACH OCHRONY ZDROWIA W 2011 R.

ODNOTOWALIŚMY 740 WŁASNYCH WYSTĄPIEŃ,

W 2012 R. BYŁO ICH JUŻ 1011

blem z interwencją dotyczącą tego, że ojcu odmówiono dostępu do dokumentacji syna, który zmarł w szpitalu na sepse. Znowu wymagało to od nas sporo pracy, by przekonać szpital, że nie ma racji. A ile podobnych spraw kończy się niepowodzeniem dlatego, że dotknięta tragedią rodzina nie ma już sił dochodzić swoich praw w sądzie, czy choćby prosić o pomoc innych instytucji?

Mówiliśmy dotychczas o Ministerstwie Zdrowia. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia wypada na jego tle lepiej?

Daleka jestem od podobnych ocen, nie chcę zresztą porównywać obu instytucji. Ale skoro pytają państwo o konkretne sprawy – mocno zapadła mi w pamięć kuriozalna sprawa Centrum Onkologii w Bydgoszczy, będącego w konflikcie z miejscowym oddziałem NFZ. Obie instytucje pozostawały przez długi czas w sporze. Szpital udzielał świadczeń ratujących życie – w onkologii to rzecz nietrudna do udowodnienia. Wystawiał więc NFZ rachunki za tzw. nadwykonania. Fundusz wzbraniał się przed płaceniem, toczyły się sprawy sądowe, batalie prawne. W którymś momencie NFZ wymyślił naszym zdaniem niegodny trik. W Centrum

Onkologii działa elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM). Fundusz zażądał, aby centrum wydrukowało jej wszystkie rekordy. Placówka obliczyła, że koszt takiej operacji wyniósłby około 1,5 mln zł. Horrendalnie duże pieniądze wydane niepotrzebnie, bo EDM stanowi wystarczająco mocny dowód sądowy, równoprawny z drukowanym dokumentem. Trzeba było interweniować. Naszym zdaniem, instytucja publiczna, a taką jest NFZ, nie powinna w sporach uciekać się do podobnych trików prawnych. Skończyło się na tym, że sąd zaproponował rozpatrywanie losowo wybranych dokumentów EDM. I w każdym wypadku potwierdził rację Centrum Onkologii.

Narodowy Fundusz Zdrowia stawia też coraz to nowe warunki zaostrzające reguły obowiązujące w ochronie zdrowia. Czy słusznie?

Nie mogę oceniać całej polityki NFZ, ale wiele tych warunków jest przynajmniej mocno wątpliwych. Ostatni przykład to premiowanie w opiece długoterminowej firm i instytucji posiadających certyfikat ISO. Nie do końca jesteśmy pewni, na ile ta norma jest przydatna w tego rodzaju działalności. Natomiast w takim wyraźnym preferowaniu firm i instytucji z ISO widzimy zagrożenie dla całego polskiego ruchu hospicyjnego. Ten ruch opiera się przecież nie tylko na pieniądzech płatnika, lecz także na działalności społecznej, charytatywnej. Nierzadko jest tak, że pielęgniarka domowa pojawia się w domu pacjenta nie

tylko po to, by „udzielić mu świadczenia” opłaconego przez NFZ, lecz także z pomocą materialną czy rzeczową wykraczającą poza granice kontraktu, a mieszczącą się w zakresie opieki hospicyjnej. Lwia część polskich firm i instytucji oferujących opiekę długoterminową nie ma ISO. Czy po to, by promować proponowane ostatnio przez NFZ rozwiązanie, warto ryzykować wyprawienie opieki długoterminowej poza ruch hospicyjny? Będziemy się tej sprawie przyglądać.

Na wstępie wspominała pani o tym, że prawa pacjentów są równie często łamane jak prawa lekarzy. Na czym polega łamanie praw lekarzy?

Ogólnie na tym, jak traktuje ich NFZ. Stworzono instytucję monopolistę, od której zdania zależy to, czy konkretny lekarz będzie miał kontrakt i w jakiej wysokości. Zasady podejmowania decyzji – mimo pewnych prób ich skodyfikowania – są bardzo nieprecyzyjne. Teoretyczne możliwości odwołania się od decyzji NFZ co prawda istnieją, ale w praktyce są one mocno ograniczone, procedury odwoławcze są zbyt czasochłonne. Można po wielu miesiącach wygrać postępowanie odwoławcze, lecz przez ten czas lekarz ponosi straty nie do powetowania. Istnieje poza tym mnóstwo szczegółowych decyzji, rozporządzeń, rozwiązań podważających prawa lekarzy.

Interweniowała pani w tych sprawach? Z czym zwracają się do pani lekarze?

Najczęstszym problemem jest tzw. arogancja władzy. Lekarze skarżą się m.in. na ustawianie ich niemal na końcu w tworzeniu i wycenie procedur medycznych. Problemy dotyczą także wielu utrudnień ze strony instytucji zawiadujących ochroną zdrowia. Z pozoru błahych, ale na tyle licznych, że w swojej masie trudnych do przewyciężenia. Dotyczy to np. ograniczenia dostępu do pytań testowych z egzaminów medycznych. Skarżył się na to także prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Owego zakazu nie da się uzasadnić na podstawie konstytucyjnego prawa do informacji o działalności organów władzy publicznej. Jeśli pytania są chronione przez prawa autorskie, to należy je wykupić i udostępnić środowisku. Dla porównania – Centralna Komisja Egzaminacyjna umożliwia dostęp do bazy pytań z wcześniejszych matur czy z egzaminu gimnazjalnego. Inny przykład to wystąpienie rzecznika – RPO-706281 – w związku z ustawą o wyrobach medycznych. Przepisy te są bardzo nieprecyzyjne m.in. w zakresie obowiązku zamieszczenia w zgłoszeniu krótkiego opisu w języku polskim i angielskim. Tymczasem przepisy unijne nie nakładają takiego obowiązku. Otrzymaliśmy w tej sprawie następującą odpowiedź resortu: „Podjęto proces legislacyjny w kierunku wprowadzenia niezbędnych i postulowanych zmian w ustawie o wyrobach medycznych, a także, aby dostosować jej przepisy do zmian przyjętych na płaszczyźnie europejskiej”. Kolejny przykład to wystąpienie w sprawie braku podstaw

prawnych do zobowiązania szpitala – wpisanego na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu – do zawarcia umowy z lekarzem skierowanym do odbycia takiego stażu. Szpital nie może samodzielnie dysponować przyznanymi miejscami stażowymi, co przynosi szkodę i kandydatom, i samemu szpitalowi.

Czy zajmie pani stanowisko w sprawie prof. Chazana?

Stanowisko będę mogła zająć, gdy zakończą się wszystkie procedury, działania i orzeczenia związane z tą sprawą, dogłębnie się z nimi zapoznam, przeanalizuję wszelkie możliwe materiały. Proszę dać mi czas.

Interweniowała pani jednak w sprawie konieczności zmiany zapisów klauzuli sumienia, a to ściśle wiąże się z tą sprawą. Zacytuje: „lekarz czyniący użytek ze swojego prawa skorzystania z klauzuli sumienia powinien móc uczynić to w sposób pełny, bez bezpośredniego przymuszania do wskazania innego lekarza ze względu na niebezpieczeństwo relatywizacji samej istoty korzystania z klauzuli sumienia – więc z odmowy określonego działania”.

Pozostanę przy tym stanowisku. Na razie jestem zmuszona pozostawić tę sprawę bez komentarza.

W POLSCE FUNKCJONUJE MNÓSTWO

SZCZEGÓŁOWYCH DECYZJI,

ROZPORZĄDZEŃ, ROZWIĄZAŃ

PODWAŻAJĄCYCH PRAWA LEKARZY

Pani poprzednik, Janusz Kochanowski, podjął trud współpracy z Ministerstwem Zdrowia, chciał wespół z nim sformułować kilkunastopunktowy plan zmian w polskiej ochronie zdrowia. Chciałaby pani kontynuować pracę nad tym przedsięwzięciem?

Wcześniej skarżyłam się na nieporozumienia i niedogodności we współpracy z ministrem zdrowia. W takiej sytuacji konstruowanie wspólnego planu byłoby chyba niemożliwe, choć nie wykluczam tego w przyszłości. Mamy tak wiele spostrzeżeń, informacji i sygnałów, że moglibyśmy pomóc ministrowi zdrowia w doskonaleniu systemu opieki zdrowotnej. Dotyczy to na przykład zwalczania chorób rzadkich czy opieki nad ludźmi w podeszłym wieku. Wysyłamy tego typu sygnały do Ministerstwa Zdrowia, staramy się organizować spotkania, rozmawiać. Wierzę, że prędzej czy później przyniesie to dobre efekty i że odczują to pacjenci i lekarze.

Rozmawiali Kamilla Gębska i Bartłomiej Leśniewski