



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4521.11.2025

Druk nr 1733
Warszawa, 16 września 2025 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

**- Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta
z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024.**

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Prezesa Rady Ministrów do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z poważaniem

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024

Warszawa 2025 r.

Spis treści

1. Wykaz skrótów.....	4
2. Słowo wstępne.....	5
3. Wprowadzenie.....	7
3.1. Prawa pacjenta	7
3.2. Ogólne informacje o działalności Rzecznika Praw Pacjenta	9
3.3. Ocena realizacji praw pacjenta w 2024 r. i wyzwania	11
4. Działalność Rzecznika w 2024 r.	16
4.1. Telefoniczna Informacja Pacjenta	19
4.2. Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych.....	23
4.3. Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów	24
4.4. Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych.....	27
4.5. Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych	29
4.6. Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych	29
4.7. Udział Rzecznika w postępowaniach sądowych na prawach przysługujących prokuratorowi	31
4.8. Komisje wojewódzkie	32
4.9. Ochrona praw pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.....	34
4.10. Sprawy systemowe	37
4.11. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi	37
<i>Rada Organizacji Pacjentów.....</i>	<i>37</i>

<i>Pełnomocnicy ds. praw pacjenta.....</i>	<i>38</i>
5. Realizacja praw pacjenta w 2024 r. – zestawienie i analiza.....	39
5.1. Prawo do świadczeń zdrowotnych.....	42
5.2. Inne prawa pacjenta	65
6. Działania systemowe w 2024 r.....	79
7. Ocena realizacji praw pacjenta w 2024 r. i wyzwania na przyszłość.....	108
7.3. Wyzwania.....	116
Załączniki:	119

1. Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie
RPP, Rzecznik	Rzecznik Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 41 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581)
BRPP, Biuro	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
MZ	Minister Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
TIP	Telefoniczna Informacja Pacjenta
UPP, Ustawa	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
RPPSP, rzecznicy	Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego powołani na podst. art. 10b ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta
URPL	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

2. Słowo wstępne

Szanowni Państwo,

z ogromną satysfakcją oddaję w Państwa ręce Sprawozdanie z działalności Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2024.

Rok ten przyniósł wiele wyzwań, ale również istotnych osiągnięć w zakresie ochrony praw pacjenta. Nasze działania – zarówno interwencyjne, edukacyjne, jak i systemowe – podejmowaliśmy z pełnym zaangażowaniem, odpowiadając na potrzeby obywateli i zmieniające się realia funkcjonowania ochrony zdrowia. Każda sprawa kierowana do Biura Rzecznika Praw Pacjenta to osobna historia – czasem trudna, czasem pełna nadziei – ale zawsze zasługująca na uwagę, analizę i wsparcie.

W mijającym roku kontynuowaliśmy przyjmowanie zgłoszeń i skarg od pacjentów, podejmowaliśmy interwencje, wypłacaliśmy świadczenia z Funduszy Kompensacyjnych, prowadziliśmy działania edukacyjne i informacyjne. Wspieraliśmy pacjentów w ich kontaktach z systemem opieki zdrowotnej, pomagaliśmy zrozumieć przepisy i procedury, a także aktywnie występowaliśmy w obronie ich praw. Rozwijaliśmy także współpracę z organizacjami pacjentów, personelem medycznym i podmiotami leczniczymi, by wspólnie wzmacniać standardy opieki.

Jednym z kluczowych wyzwań, z jakimi przychodzi nam się mierzyć, jest dynamiczny rozwój technologii, a w szczególności sztucznej inteligencji. Jej obecność w systemie ochrony zdrowia staje się coraz bardziej widoczna i ten trend będzie jeszcze wzrastał. Z jednej strony to ogromna szansa na poprawę jakości świadczeń i odciążenie personelu medycznego, z drugiej – nowe ryzyka dla prywatności, transparentności decyzji medycznych czy dostępności usług dla osób mniej biegłych technologicznie.

Moim zadaniem jako Rzecznika Praw Pacjenta jest uważne przyglądanie się tym procesom i w razie potrzeby podejmowanie działań chroniących prawa osób korzystających z systemu ochrony zdrowia. Równolegle chcemy wspierać takie rozwiązania, które rzeczywiście poprawiają jakość opieki, nie pozbawiając jej ludzkiego wymiaru.

Rzeczywistość, w której funkcjonujemy, zmienia się szybko – zarówno pod względem technologicznym, społecznym, jak i geopolitycznym. W takich warunkach potrzeba obecności instytucji niezależnej, reagującej, wspierającej i budującej zaufanie jest szczególnie istotna.

W sprawozdaniu, które oddajemy w Państwa ręce, znajdują się dane, analizy, opisy działań i projektów realizowanych w 2024 roku na rzecz pacjentów. To rezultat pracy całego zespołu Biura, ale również efekt współpracy z licznymi partnerami: Ministrem Zdrowia, Narodowym

Funduszem Zdrowia, podmiotami leczniczymi, personelem medycznym, pełnomocnikami ds. praw pacjenta, przedstawicielami organizacji pozarządowych, ekspertami.

Mam nadzieję, że dokument ten będzie nie tylko źródłem wiedzy o stanie przestrzegania praw pacjenta, ale również impulsem do dalszej, wspólnej pracy nad ich umacnianiem. Naszym celem pozostaje niezmiennie poprawa sytuacji pacjentów w Polsce – poprzez skuteczne działania, odpowiedzialną komunikację i budowanie systemu ochrony zdrowia zorientowanego na pacjenta.

Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta

3. Wprowadzenie

Poniżej przedstawiamy podsumowanie najważniejszych informacji na temat przestrzegania praw pacjenta, dane na temat działalności Rzecznika w roku 2024 oraz ocenę realizacji poszczególnych praw, wraz z omówieniem najważniejszych wyzwań, na podstawie posiadanych danych oraz informacji od innych interesariuszy w systemie ochrony zdrowia, a także zewnętrznych analiz. Następny rozdział poświęcony jest podjętym działaniom systemowym przez Rzecznika oraz Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Na końcu przedstawiona została ocena przestrzegania poszczególnych praw pacjenta wraz z uzasadnieniem, a także wyzwania na przyszłość.

3.1. Prawa pacjenta

Prawa pacjenta pełnią w systemie ochrony zdrowia niezwykle istotną rolę. Chronią osobę, która zwraca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego lub której są udzielane świadczenia zdrowotne – zarówno prywatnie, jak i w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Dbają szczególnie o jej podstawowe dobra osobiste – życia, zdrowia i wolności czy godności. Wzmacniają pozycję pacjenta w relacji z podmiotami udzielającymi świadczeń i personelem medycznym – prawom pacjenta odpowiadają liczne obowiązki po stronie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem powszechnym. Dotyczy organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, NFZ, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz wszystkich osób biorących udział w udzielaniu świadczeń.

Pacjentom przysługują:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji o stanie zdrowia;
- prawo do dokumentacji medycznej;
- prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych;
- prawo do tajemnicy informacji;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Niektóre prawa pacjenta są ze sobą ściśle powiązane. Oznacza to, że w przypadku naruszenia jednego prawa, często dochodzi do naruszeń innych praw. Przykładowo, naruszenie prawa do

świadczeń zdrowotnych często wynika z naruszenia prawa do informacji. Gdy pacjentowi nie są przekazywane pełne informacje dotyczące dostępnych alternatywnych metod efektywnego leczenia, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, pacjent nie jest w stanie skorzystać ze swojego prawa – dostęp do świadczeń zostaje ograniczony. Co więcej, naruszenie prawa do informacji często jest połączone z naruszeniem prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pacjent nie może świadomie wyrazić zgody na leczenie czy diagnostykę bez uzyskania odpowiednich, konkretnych informacji. Świadomość pacjentów dotycząca ich praw stale wzrasta. Wiąże się również z rosnącymi oczekiwaniami, zwłaszcza wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz osób pracujących w zawodach medycznych.

Tabela I: Zgłoszenia, sygnały i wnioski dotyczące praw pacjenta, które trafiły do Rzecznika w 2024 r.

Sygnały i zgłoszenia w podziale na prawa pacjenta	Liczba
Prawo do świadczeń zdrowotnych	45 144
Prawo do informacji	10 415
Prawo do dokumentacji medycznej	5 488
Prawo do ochrony zdrowia psychicznego ¹⁾	5 794
Prawo do poszanowania intymności i godności	1 933
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	746
Prawo do wyrażenia zgody	603
Prawo do wyrażenia sprzeciwu	178
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	64
Prawo do tajemnicy informacji	247
Prawo do przechowywania rzeczy w depozycie	163
Prawo do opieki duszpasterskiej	45
SUMA	70 820
Sygnały i wnioski wpływające do Funduszy Kompensacyjnych	1791
Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych	1574
Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych	2
Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych	215
SUMA	72611

¹⁾ Zgłoszenia dotyczące ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

3.2. Ogólne informacje o działalności Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej, właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Aktem prawnym regulującym katalog praw pacjenta i kompetencje Rzecznika jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nadzór nad działalnością Rzecznika sprawuje Prezes Rady Ministrów.

Do kompetencji Rzecznika należy m.in.:

- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- prowadzenie postępowań wyjaśniających w trybie art. 50–53 UPP;
- w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55 UPP;
- ochrona praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
- opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- współpraca w zakresie przestrzegania praw pacjenta z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
- analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- zbieranie informacji o zdarzeniach niepożądanych oraz opracowywanie na ich;
- podstawie rekomendacji, analiz i raportów w zakresie bezpieczeństwa pacjenta;
- przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych oraz Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych.

Misją Rzecznika jest podejmowanie skutecznych działań na rzecz ochrony praw pacjentów, które zapewnią trwały wzrost stopnia przestrzegania praw pacjentów w Rzeczypospolitej

Polskiej. To także podnoszenie poziomu wiedzy o prawach pacjenta wśród obywateli oraz stały rozwój świadczonych usług zapewniający osiągnięcie satysfakcji pacjenta, który umożliwia ciągłe doskonalenie i korzystanie z potencjału pracowników Biura. Co roku Rzecznik przedstawia roczne sprawozdanie z przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej²⁾.

Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Organizację Biura i jego szczegółowy sposób działania określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez Prezesa Rady Ministrów³⁾.

Budżet

W 2024 r. budżet Biura wyniósł 26 699 000,00 zł.

Zatrudnienie

W 2024 r., tak jak i w latach ubiegłych, Rzecznik wskazuje na poważne trudności w pozyskaniu oraz zatrzymaniu pracowników. Wg danych ze sprawozdania Rb-70 przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełnozatrudnionych na dzień 31.12.2024 r. wyniosło 116 etatów. W porównaniu do analogicznego okresu roku 2023 zatrudnienie na koniec okresu sprawozdawczego wzrosło o 9 etatów. Bardzo duży wpływ na tę sytuację mają czynniki zewnętrzne, w tym sytuacja na rynku pracy i znacznie korzystniejsze warunki zatrudnienia poza sektorem publicznym.

Fluktuacja pracowników w Biurze znacznie przekracza średnią dla korpusu służby cywilnej, co stanowi realne zagrożenie dla realizacji zadań. W 2022 r. wynosiła ona 36,2% w 2023 r. wskaźnik ten sięgnął 25%, zaś w roku 2024 r. fluktuacja spadła do 20%. Mimo cały czas wysokiego procentu fluktuacji, należy zauważyć i podkreślić tendencję spadkową w tym obszarze.

Tabela II: Zatrudnienie w Biurze Rzecznika w 2024 r.

1)	przeciętne zatrudnienie: 116 etatów, w tym 100 w korpusie służby cywilnej;
2)	wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnością: 6,79%
3)	wskaźnik rotacji zatrudnienia (rezygnacji z pracy): 19,58%

W roku 2024 Biuro opublikowało 76 naborów (wraz z powtórzeniami), z tego 44 nabory zakończyły się obsadzeniem stanowiska, a pozostałe 32 zakończone zostały nieobsadzeniem stanowiska.

²⁾ Art. 58 UPP.

³⁾ Zarządzenie nr 3 Prezesa Rady Ministrów z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie nadania statutu Biura Rzecznika Praw Pacjenta M.P. z 2018 r. poz. 53, z 2022 r. poz. 1046 oraz z 2023 r. poz. 961).

Przeciętne wynagrodzenie zasadnicze w grupie członków korpusu służby cywilnej w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta wynosiło 8 236 złotych brutto, natomiast przeciętne miesięczne wynagrodzenie całkowite – 11 396 złotych brutto. Tym samym Biuro zajmuje 21 miejsce w zestawieniu przeciętnych wynagrodzeń w urzędach centralnych, co stanowi wzrost o 4 miejsca w stosunku do roku poprzedniego⁴⁾.

Jak można skontaktować się z Rzecznikiem?

Do Rzecznika sprawę może zgłosić każdy, wykorzystując następujące ścieżki kontaktu:

- za pośrednictwem TIP działającej całodobowo pod numerem: 800 190 590;
- pisemnie, pocztą tradycyjną, za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie internetowej Biura;
- za pośrednictwem czatu, który jest umieszczony na stronie internetowej Biura;
- podczas osobistej wizyty w siedzibie Biura;
- kontaktując się z RPPSP, którzy wykonują swoje zadania na terenie podmiotów leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień;
- kontakt dla osób głuchych i głuchoniemych jest możliwy za pośrednictwem strony internetowej Rzecznika, na której znajduje się zakładka „Kontakt dla osób z trudnościami w komunikowaniu się”. Zakładka umożliwia połączenie się z tłumaczem języka migowego on-line⁵⁾.

Sprawozdanie z przestrzegania praw pacjenta

Co roku Rzecznik przedstawia Radzie Ministrów roczne sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w poprzednim roku.

Sprawozdanie koncentruje się na przedstawieniu i ocenie realizacji praw pacjenta z różnych perspektyw. Obejmuje zarówno zgłoszenia pacjentów, dane administracyjne zgromadzone w systemie ochrony zdrowia przez różne instytucje (np. dane o czasie oczekiwania na świadczenia), a także inne dostępne źródła informacji (np. badania opinii publicznej). Dla pełnego przedstawienia sytuacji, sprawozdanie uwzględnia również sygnały zgłaszane przez pacjentów zarówno do Ministra Zdrowia, jak i do Prezesa NFZ.

⁴⁾ Sprawozdanie Szefa Służby Cywilnej o stanie służby cywilnej i o realizacji zadań tej służby w 2024 r., Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, 2024, s. 95, <https://www.gov.pl/web/sluzbacywilna/szefowa-sluzby-cywilnej-zlozyla-sprawozdanie-za-2024-rok>

⁵⁾ Informacje są dostępne pod: <https://www.gov.pl/web/rpp/kontakt-dla-osob-z-trudnosciami-w-komunikowaniu-sie> (dostęp na dzień: 22.04.2024 r.).

3.3. Ocena realizacji praw pacjenta w 2024 r. i wyzwania

Ocena realizacji praw pacjenta w 2024 r.

Wszelchstronna ocena realizacji praw pacjenta jest utrudniona z uwagi na fakt, że pacjenci nie zgłaszają wszystkich występujących naruszeń. Przyczynia się do tego niska waga niektórych naruszeń w porównaniu do udzielanych świadczeń, potrzeba zachowania pozytywnych relacji z personelem podmiotu wykonującego działalność leczniczą czy powody osobiste, jak poczucie wstydu. Pacjenci często nie są świadomi swoich praw. W wielu przypadkach nie zgłaszają naruszeń, ponieważ nie zdają sobie sprawy, że takie miały miejsce lub nie są świadomi możliwości ich zgłoszenia. Uniemożliwia to stworzenie kompletnego obrazu przestrzegania praw pacjenta w Polsce wyłącznie w oparciu o zgłoszenia pacjentów.

Czasami naruszenia praw pacjenta są ujawniane lub zgłaszane dopiero wtedy, gdy pacjent ponosi ich poważne konsekwencje, np. przy wystąpieniu błędu medycznego. Niektóre naruszenia mogą być ujawnione w trakcie dochodzenia innych naruszeń lub w związku z występowaniem określonych sytuacji. Przykładowo, w przypadku dokumentacji medycznej naruszenia ujawniają się dopiero wtedy, gdy pacjent potrzebuje jej udostępnienia lub nawet jeszcze później, gdy doszło do popełnienia błędu medycznego.

Poniżej przedstawiono w tabeli ocenę przestrzegania poszczególnych praw pacjenta w 2024 r. według przyjętej skali. Prawo do świadczeń zostało rozpatrzone w dwóch aspektach w zakresie dostępności oraz jakości i bezpieczeństwa, a następnie oceniono pozostałe prawa pacjentów.

Skala ocen była siedmiostopniowa.

1. Zawsze naruszane
2. Bardzo często naruszane
3. Często naruszane
4. Czasami naruszane
5. Rzadko naruszane
6. Bardzo rzadko naruszane
7. Nienaruszane

Lp.	Prawo pacjenta	Ocena
1.	Prawo do świadczeń zdrowotnych a. Dostępność	a. Bardzo często naruszane

	b. Jakość i bezpieczeństwo	b. Często naruszane
2.	Prawo do informacji	Często naruszane
3.	Prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	Często naruszane
4.	Prawo do dokumentacji medycznej	Często naruszane
5.	Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta	Czasami naruszane
6.	Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	Czasami naruszane
7.	Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	Nienaruszane
8.	Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych	Bardzo rzadko naruszane
9.	Prawo do tajemnicy informacji	Rzadko naruszane
10.	Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	Bardzo rzadko naruszane
11.	Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	Bardzo rzadko naruszane

Wyzwania

Kluczowym wyzwaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce pozostaje zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym utrzymaniu stabilności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. W praktyce dostęp do świadczeń zdrowotnych jest silnie zróżnicowany i często zależy od miejsca zamieszkania pacjenta – tzw. „kod pocztowy” ma realny wpływ na szanse uzyskania odpowiednich świadczeń zdrowotnych – w krótkim terminie, bezpiecznych i o odpowiedniej jakości. Ochrona zdrowia w Polsce charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem zagęszczenia zarówno podmiotów leczniczych, jak i personelu medycznego. Jednocześnie postępują dwa przeciwstawne trendy – próby centralizacji świadczeń zabiegowych (które wymagają doświadczonego zespołu dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta) oraz rozwój mniejszych ośrodków związany z dostępnością kadr, infrastruktury i możliwości nabywania nowoczesnego sprzętu medycznego.

- Kluczowym czynnikiem wpływającym na sytuację finansową płatnika publicznego jest coroczny wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, a także ograniczenie roli narzędzi służących do tej pory optymalizacji dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej – kontraktowania świadczeń w oparciu o konkursy, a także taryfikacji świadczeń.

- Podmioty lecznicze starają się otwierać oddziały, na których możliwe jest udzielanie świadczeń, które są najbardziej opłacalne, tym samym pokrywając straty generowane na oddziałach, gdzie np. świadczenia są nieadekwatnie wycenione lub udzielane jest zbyt mało świadczeń. W tym celu proponują bardzo wysokie wynagrodzenia specjalistom w opłacalnych dziedzinach, pogłębiając konkurencję pomiędzy podmiotami i powodując ich odpływ z większych ośrodków.
- Podobna optymalizacja obserwowana jest również w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie pacjenci pierwszorazowi czekają w kolejce, a pacjenci, którzy mogliby dalej pozostawać pod opiekę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przychodzą na kolejne wizyty kontrolne. Konieczne jest obserwowanie czy podjęte w tym obszarze przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia działania przyniosą oczekiwany skutek.

Bezpieczeństwo pacjenta

Priorytetem dla Rzecznika jest bezpieczeństwo pacjentów.

- Kluczowe jest ograniczenie zdarzeń niepożądanych i dalszy rozwój systemu informowania o tych zdarzeniach występujących w systemie ochrony zdrowia. Występowanie zdarzeń niepożądanych jest ściśle związane z bezpieczeństwem pacjenta. Zebrane dane pozwolą na analizę i weryfikację zgłoszeń, a w odpowiednich przypadkach – podjęcie właściwych działań w sprawie pacjenta lub działań o charakterze systemowym. Działanie kompleksowego systemu rejestrowania i ewaluacji zdarzeń niepożądanych jest niezwykle istotne dla poprawy standardów w zakresie bezpieczeństwa.
- Dla jeszcze skuteczniejszego działania na rzecz ochrony praw pacjenta niezbędne jest poszerzenie zadań i kompetencji Rzecznika i dokonanie zmian w ustawie w celu walki z „szarlatanerią”. Konieczne jest kontynuowanie działań związanych z identyfikacją zagrożeń wynikających z korzystania z usług osób nieposiadających kwalifikacji medycznych oraz podmiotów nienależących do systemu opieki zdrowotnej, które oferują metody niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Powinno się zadbać o rozwiązania, które wprowadziłyby do ustawy definicję praktyk pseudomedycznych. Obejmowałyby one świadczenie usług zdrowotnych przez osoby niemające uprawnień medycznych oraz promowanie lub stosowanie metod, którym przypisuje się działanie prozdrowotne, a które mogą prowadzić do jego pogorszenia lub rezygnacji z terapii opartej na dowodach naukowych. Rzecznik Praw Pacjenta powinien otrzymać kompetencje w zakresie przeciwdziałania praktykom dezinformacji i pseudomedycznym.

- Koniecznym jest zapewnienie przestrzegania praw kobiet ciężarnych oraz opublikowanie i wdrożenie nowego standardu opieki okołoporodowej.
- Niezbędne jest stworzenie strategii bezpieczeństwa pacjenta, która pozwoliłaby stworzyć system zabezpieczający pacjentów przed m.in. błędami medycznymi, nieprawidłowymi warunkami leczenia, zdarzeniami niepożądanymi. Strategia mogłaby stać się narzędziem systemowej zmiany, która chroniłaby pacjentów, wspierała personel medyczny, poprawiała jakość usług i zwiększyła efektywność całego systemu opieki zdrowotnej.
- Wyzwaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa lekowego Polakom, na co zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich. MZ podzieliło wątpliwości RPO w zakresie konieczności wzmocnienia produkcji leków na terenie kraju i opublikowało pierwszą w Polsce Krajową Listę Leków Krytycznych¹. Koniecznym jest podjęcie dalszych działań w tym zakresie.

Rzecznik Praw Pacjenta co roku podkreśla, że poprawa jakości komunikacji między pacjentami a przedstawicielami zawodów medycznych jest niezbędna nie tylko dla lepszej realizacji praw pacjenta, ale także dla zapewnienia im bezpieczeństwa oraz podniesienia skuteczności udzielanych świadczeń zdrowotnych.

- Dobrze prowadzona komunikacja umożliwia pacjentowi aktywny udział w procesie leczenia, zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu terapeutycznego oraz wspiera poczucie autonomii i poszanowania godności. Rozwijanie umiejętności interpersonalnych wśród pracowników ochrony zdrowia ma istotne znaczenie nie tylko dla relacji z pacjentem, ale również dla budowania pozytywnego wizerunku personelu i całego systemu opieki zdrowotnej.

W ostatnich latach system ochrony zdrowia uległ znaczącym zmianom za sprawą intensywnego wdrażania nowoczesnych technologii. Jednym z kluczowych wyzwań, zarówno na najbliższą, jak i dalszą przyszłość, jest skuteczna implementacja oraz rozwój rozwiązań takich jak telemedycyna, sztuczna inteligencja, analiza danych medycznych i systemy zarządzania informacjami zdrowotnymi. Technologie te dają szansę na szerszy dostęp do opieki zdrowotnej, usprawnienie diagnostyki i terapii oraz lepsze zarządzanie dokumentacją medyczną.

- Wykorzystanie sztucznej inteligencji w procesie leczenia to istotny krok naprzód, oferujący nowe możliwości wsparcia dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Choć AI może znacznie wspomagać personel medyczny, odpowiedzialność za bezpieczeństwo leczenia nadal spoczywa na podmiocie realizującym świadczenia,

natomiast za diagnozę, prowadzenie terapii i nadzór nad jej przebiegiem – odpowiada lekarz udzielający świadczenia.

Nieustającym i kluczowym wyzwaniem pozostaje wzmacnianie wiedzy i świadomości dotyczącej praw pacjenta – zarówno wśród samych pacjentów, jak i w gronie personelu medycznego oraz kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia.

- Wnioski z monitorowania przestrzegania praw pacjenta w ostatnich latach pokazują, że wiele naruszeń nie jest zgłaszanych ani rejestrowanych, a zaangażowane osoby często nie zdają sobie sprawy z wystąpienia naruszenia. Dlatego tak istotne jest podnoszenie poziomu wiedzy na temat praw pacjenta we wszystkich grupach uczestniczących w systemie opieki zdrowotnej. Tylko wtedy możliwe będzie stworzenie środowiska, w którym pacjent czuje się bezpieczny, szanowany i traktowany jako pełnoprawny uczestnik procesu leczenia. Niezbędne jest także ciągłe edukowanie pacjentów w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz sposobów egzekwowania i ochrony swoich praw.

Ochrona praw pacjenta w szpitalu psychiatrycznym

Kluczowe jest zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży – tak, aby wsparcie to było jak najbliżej miejsca zamieszkania. Wyzwaniem jest zorganizowanie profesjonalnej, dostępnej opieki na różnych poziomach referencyjności, w szczególności dziennej i ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży. Hospitalizacja w oddziale zamkniętym psychiatrycznym ma mieć miejsce wyłącznie wtedy, kiedy stan zdrowia bezwzględnie tego wymaga. Działania w ramach wdrażania reformy opieki psychiatrycznej mają charakter interdyscyplinarny.

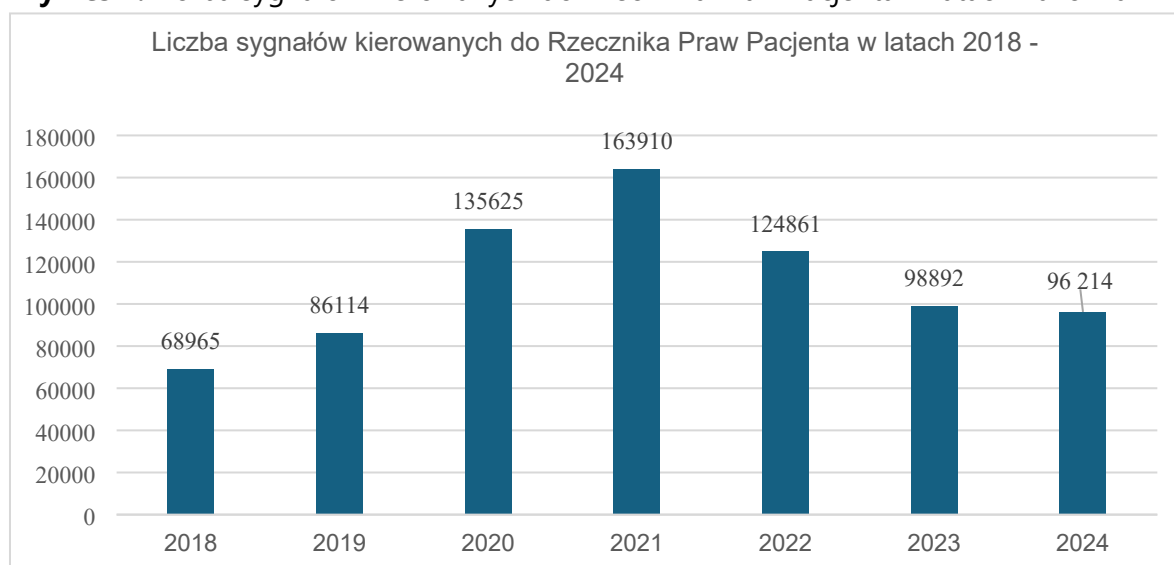
- Należy podjąć działania zmierzające do obligatoryjnego wdrożenia Standardów opieki psychiatrycznej – przestrzegania praw pacjenta, a co za tym idzie wzmocnienia bezpieczeństwa pacjenta w podmiotach oraz podniesienia jakości opieki psychiatrycznej w Polsce. Dokument ten zawiera zestaw opracowanych standardów odnoszących się do wszystkich praw pacjenta, wraz z opisem niezbędnych procedur, których wdrożenie i stosowanie ma na celu zapewnienie poszanowania praw pacjenta oraz uczynienie ich integralną częścią kultury organizacyjnej szpitali świadczących opiekę psychiatryczną. Dodatkowo przedstawiono w nim przykłady „dobrych praktyk” – rozwiązań, które są już stosowane w wielu placówkach medycznych i mogą być bezpośrednio wdrożone w codziennym funkcjonowaniu innych podmiotów leczniczych. Standardy przestrzegania praw pacjenta w psychiatrycznej opiece zdrowotnej – wskazują one, jak realizować świadczenia, na różnych poziomach referencyjnych, z poszanowaniem wszystkich praw pacjenta.

- Wyzwaniem jest też wypracowanie i aktualizacja regulacji prawnych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych i w oddziałach innych, niż psychiatryczne. Jest to konieczne, aby zapewnić pacjentom bezpieczeństwo i poszanowanie godności, na co zwraca uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich².

4. Działalność Rzecznika w 2024 r.

W 2024 r. do Rzecznika skierowano ponad 96 000 zgłoszeń. Obejmowały one różnorodne pojedyncze zapytania i skargi, najczęściej zgłaszane do Rzecznika za pośrednictwem TIP, ale także inne zgłoszenia, napływające drogą pisemną, jak i elektroniczną. Rzecznik podejmuje sprawy indywidualnych pacjentów na ich wniosek lub z własnej inicjatywy.

Wykres 1: Liczba sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2018–2024



Postępowania wyjaśniające są wszczynane na podstawie informacji, które co najmniej uprawdopodobniają naruszenie praw pacjenta. Rzecznik przeprowadził 2408 postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych. Wszczętych zostało w sumie 1511 nowych postępowań. W przypadku ponad 66% z 1586 zakończonych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych stwierdzono naruszenia praw pacjenta. W większości tych przypadków Rzecznik wydał zalecenia w zakresie realizacji praw pacjenta podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Ponad połowa wydanych zaleceń została zrealizowana.

W 2024 r. Rzecznik wszczął 417 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (o 98 postępowań więcej niż w 2023 r.). Wydał jednocześnie 364 decyzje merytoryczne. W 170 przypadkach Rzecznik uznał praktyki stosowane przez podmiot za naruszające zbiorowe prawa pacjentów. Obserwowany jest coroczny wzrost liczby prowadzonych postępowań w tych sprawach. Oznacza to wzrost liczby wszczętych postępowań o 30% i ponad 20% przyrost wydanych decyzji w porównaniu do 2023 r.

W 2024 r. toczyło się 99 postępowań cywilnych z udziałem Rzecznika, w tym 15 nowo podjętych. Ponadto 12 spraw prowadzonych z art. 55 ustawy zostało prawomocnie zakończonych w 2024 r. Rzecznik Praw Pacjenta podjął 15 nowych spraw w roku 2023 oraz 21 w roku 2022. Dla porównania w 2023 r. toczyły się 93 postępowania.

Infolinia odgrywa kluczową rolę jako istotne źródło aktualnej wiedzy Rzecznika. Analiza zgłoszeń pacjentów pozwala na identyfikację bieżących problemów, umożliwiając skuteczne podejmowanie działań zarówno na rzecz poszczególnych pacjentów, jak i wprowadzanie odpowiednich rozwiązań systemowych oraz działań informacyjno-edukacyjnych.

Możliwość kontaktu z Rzecznikiem za pośrednictwem TIP cieszy się z roku na rok rosnącym zainteresowaniem. W 2024 r. na infolinii Rzecznika przeprowadzono łącznie 83796 rozmów. W 2024 roku odnotowano wzrost połączeń odebranych o 8409 więcej w porównaniu do 2023 roku. Rok 2021 był rekordowy pod względem liczby sygnałów i zgłoszeń napływających do Rzecznika ze względu na epidemię COVID-19.

W sytuacjach wyjątkowych, wymagających szybkiego działania, zwłaszcza zagrażających życiu i zdrowiu, konsultanci TIP prowadzą bezpośrednie interwencje wyjaśniające. Szybkie i skuteczne podjęcie sprawy ma na celu zapobiegnięcie naruszenia praw pacjenta oraz ewentualnym jego skutkom. Interwencje pracowników Biura są podejmowane zarówno w formie pisemnej, jak i telefonicznej. W 2024 r. na podstawie zgłoszeń podjęto 2 322 interwencji wyjaśniających: 1350 interwencji pisemnych i 972 interwencji telefonicznych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych.

W działaniach Rzecznika wspierających pacjentów systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień szczególną rolę pełnią Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy dbają o ochronę praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Rozpatrują sprawy zgłoszone przez pacjentów, a także ich przedstawicieli ustawowych, opiekunów prawnych oraz faktycznych. Udzielają pomocy w dochodzeniu praw osób z zaburzeniami psychicznymi w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Wyjaśniają oraz udzielają pomocy w wyjaśnieniu ustnych i pisemnych skarg tych osób. Inicjują i prowadzą działalność edukacyjną w zakresie praw pacjentów szpitali psychiatrycznych. W 2024 r. 24 osoby⁶⁾ pełniły funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego łącznie w 316 podmiotach leczniczych. Wsparciem Rzeczników objęci są pacjenci wszystkich szpitali psychiatrycznych w Polsce.

Tabela III: Zestawienie najważniejszych danych z działalności Rzecznika w 2024 r.

⁶⁾ Uwzględniono fluktuację zatrudnienia na stanowiskach Rzeczników w okresie sprawozdawczym.

Dane z działalności Rzecznika	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Liczba sygnałów kierowanych do Rzecznika	86 114	135 625	163 910	124 861	98 892	96 214
Liczba odebranych połączeń w Telefonicznej Informacji Pacjenta	66 650	110 025	133 212	98 910	75 387	83 796
Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych	1 683	1 861	2 705	2 870	3 794	2 408
Liczba zakończonych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych	979	1 345	1 512	1 332	2 061	1 586
Liczba wszczętych postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów	78	138	181	279	319	417
Liczba wydanych decyzji w postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów ⁷⁾	48	136	191	281	301	364
Liczba toczących się postępowań cywilnych z udziałem Rzecznika	48	74	93	99	93	99
Liczba wniosków, które wpłynęły o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronny	-	-	-	1 428	222	210
Liczba rozpatrzonych spraw dotyczących przyznania świadczenia kompensacyjnego z	-	-	-	1 246	155	189

⁷⁾ Liczba wydanych decyzji nie obejmuje odmów wszczęcia postępowania i kar.

Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronny						
Liczba wniosków, które wpłynęły o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych	-	-	-	-	3	2
Liczba rozpatrzonych spraw dotyczących przyznania świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych	-	-	-	-	3	2
Liczba wniosków, które wpłynęły o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych	-	-	-	-	111	1574
Liczba rozpatrzonych spraw dotyczących przyznania świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych	-	-	-	-	53	521
Liczba spraw rozpatrzonych przez Departament ds. Zdrowia Psychicznego	12 123	10 188	9 610	7 276	7 473	7681
Liczba podjętych działań o charakterze systemowym	162	191	148	110	177	290

4.1. Telefoniczna Informacja Pacjenta

Podstawowe informacje

TIP to ogólnopolska bezpłatna infolinia, którą Rzecznik dzieli z NFZ, w oparciu o zawarte porozumienie. Pacjenci korzystając z jednego numeru telefonu – **800 190 590** – mają możliwość rozmowy zarówno z konsultantami Rzecznika, jak i NFZ, poprzez wybranie odpowiedniego prefiksu.

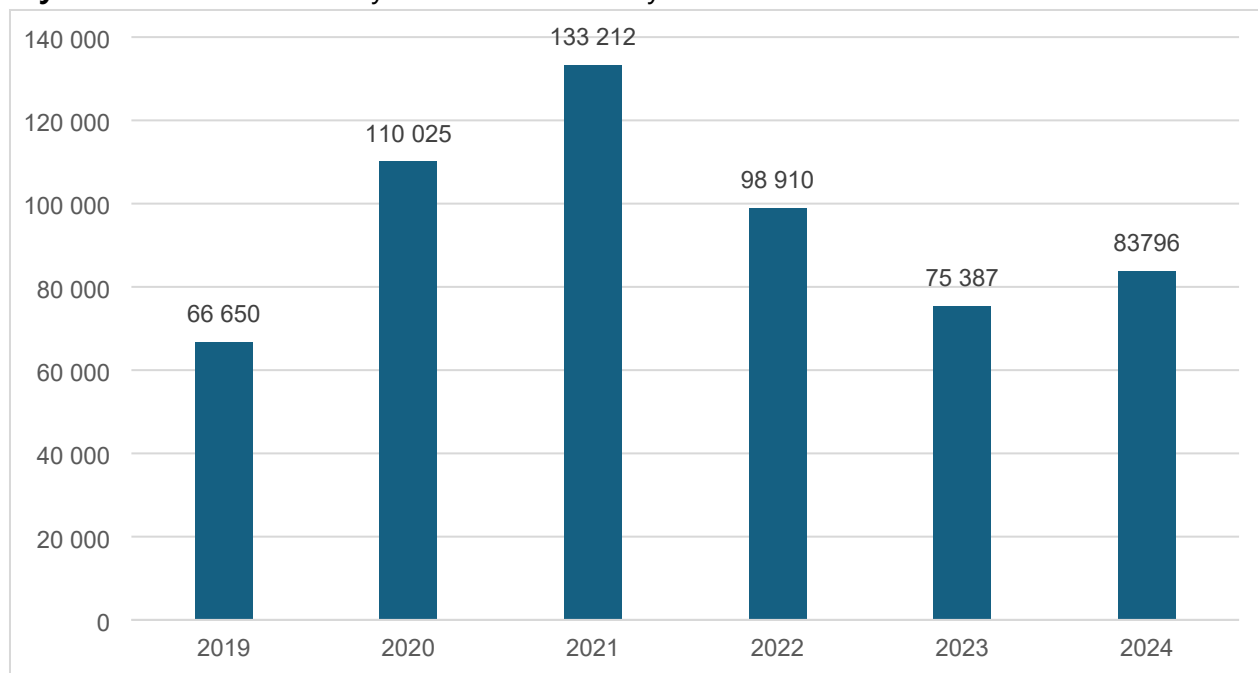
Od 1 marca 2024 roku infolinia działa przez całą dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku, w tym święta oraz dni wolne ustawowo od pracy. Rzecznik Praw Pacjenta wydłużył godziny funkcjonowania infolinii dla pacjentów, aby jeszcze skuteczniej wspierać pacjentów w dostępie do informacji, rozwiązywaniu problemów związanych z opieką zdrowotną oraz w edukowaniu ich nt. przysługujących im praw. Całodobowa infolinia zapewnia natychmiastowe wsparcie w sytuacjach krytycznych.

W ramach infolinii Rzecznika pacjenci mogą uzyskać m.in. informacje o prawach, jakie przysługują pacjentom, w tym przysługujących w konkretnej opisanej przez pacjenta sprawie, sposobach rozwiązania zgłaszanego problemu, instytucjach lub urzędach, do których można zgłosić skargę lub które, w ramach swoich kompetencji, mogą rozwiązać problem, szczególnych uprawnieniach do świadczeń opieki zdrowotnej, drogach dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia, o tym jak złożyć sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, funkcjonowaniu wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, możliwościach zgłaszania działań niepożądanych leków.

Infolinia Rzecznika to niezwykle cenne narzędzie bieżącej komunikacji z Rzecznikiem, a także źródło informacji o problemach, z jakimi borykają się pacjenci. Pacjenci często korzystają z tej formy kontaktu, co sprawia, że mamy przeświadczenie o tym, że to rozwiązanie jest niezwykle ważne dla pacjentów. W efekcie prowadzimy ustawiczne działania mające na celu rozwijanie TIP, a nasze prace przekładają się na zwiększenie dostępności tego kanału kontaktu. Konsultanci infolinii udzielają praktycznych wskazówek celem rozwiązania zgłaszanego przez pacjenta problemu czy rozwiania jego wątpliwości dotyczących praw pacjenta i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Infolinia jest również ważnym źródłem bieżącej wiedzy dla Rzecznika. Analiza zgłoszeń pacjentów wpływających za pomocą infolinii pozwala na definiowanie aktualnych problemów pacjentów, a następnie podejmowanie skutecznych działań na rzecz pacjenta oraz odpowiednich działań systemowych czy informacyjno-edukacyjnych.

W 2024 r. na infolinii Rzecznika przeprowadzono łącznie 83796 rozmów. Wskazuje to na trwałe zainteresowanie społeczeństwa korzystaniem z porad i wsparcia oferowanego przez infolinię Rzecznika Praw Pacjenta oraz na rosnącą świadomość na temat praw pacjenta i instytucji Rzecznika. Spośród zgłoszeń, około 18% dotyczyło napotykanymi trudnościami w trakcie leczenia szpitalnego, 17% świadczeń realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a 16% trudności w korzystaniu z podstawowej opieki zdrowotnej.

Wykres 2: Zestawienie liczby rozmów telefonicznych w latach 2019–2024



Dla porównania w 2024 r. TIP NFZ odnotowała 1 433 053 co stanowi wzrost o prawie 12% w stosunku do roku poprzedniego. Podobnie u Rzecznika Praw Pacjenta nastąpił wzrost liczby połączeń w stosunku do 2023 r o 11%.

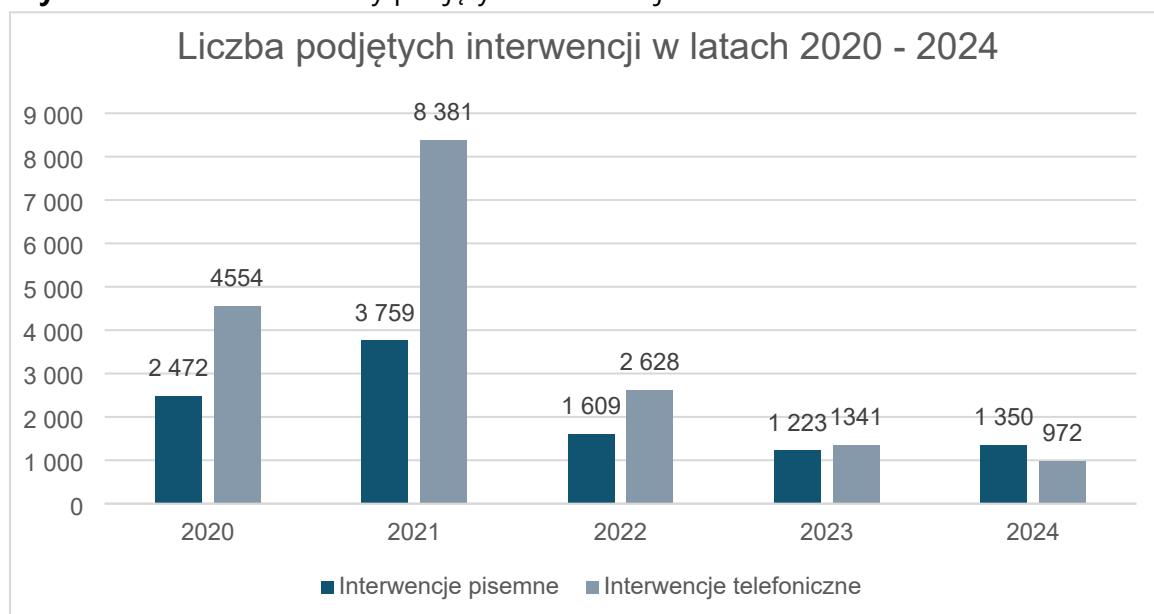
Interwencje

Infolinia pełni szereg funkcji: informacyjną, doradczą, edukacyjną, badawczą, wskazującą, analityczną, wizerunkową. W sytuacjach wyjątkowych podejmowane są również w sprawach indywidulanych pacjentów interwencje w podmiotach leczniczych na podstawie zgłoszeń telefonicznych, poprzez aplikację czat lub zgłoszeń przekazanych w korespondencji elektronicznej poprzez formularz kontaktowy lub e-mailowo.

Interwencje podejmowane są w sprawach wymagających niezwłocznego działania, zwłaszcza zagrażających życiu i zdrowiu (wsparcie osób starszych, niepełnosprawnych, dzieci, kobiet w ciąży lub osób niezdolnych do samodzielnego wykorzystania informacji i wskazówek urzędu).

Szybkie i skuteczne podjęcie sprawy ma na celu zapobiegnięcie naruszeniu praw pacjenta czy też ewentualnym jego skutkom, a w szczególności sytuacji zagrażającej zdrowiu i życiu pacjenta. Interwencje pracowników Biura są podejmowane zarówno w formie pisemnej, jak i telefonicznej.

Wykres 3: Zestawienie liczby podjętych interwencji w latach 2020–2024



W 2024 r. na podstawie zgłoszeń podjęto 2 322 interwencji wyjaśniających: 1350 interwencji pisemnych i 972 interwencji telefonicznych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, w indywidualnych sprawach pacjentów i w sytuacjach szczególnych.

53% interwencji telefonicznych dotyczyło świadczeń realizowanych w ramach leczenia szpitalnego, głównie w ramach SOR; 19% świadczeń realizowanych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i 13% z zakresu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Ponad 41% interwencji pisemnych dotyczyło trudności związanych z leczeniem szpitalnym, 27% interwencji podjętych zostało w podmiotach wykonujących świadczenia Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. 19% interwencji pisemnych wiązało się ze zgłaszanymi przez pacjentów trudnościami z uzyskaniem świadczeń w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Interwencje podejmowane w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia leczenia szpitalnego dotyczyły m.in.: zastrzeżeń do jakości leczenia i opieki pielęgnacyjnej, niezapewnienia ciągłości leczenia i długiego czasu oczekiwania na świadczenie.

Wizyty osobiste w Biurze Rzecznika

Podczas wizyty osobistej pacjent może przedstawić swój problem i zasięgnąć porady lub informacji o prawach pacjenta. Z tej formy kontaktu z Rzecznikiem skorzystało 515 osób (o 28% więcej w porównaniu do roku 2023).

Kontakt za pośrednictwem czatu

Pacjenci mogą uzyskać poradę czy odpowiedź na swoje pytania również w formie elektronicznej poprzez aplikację czat, który zamieszczony jest na stronie internetowej Rzecznika. W 2024 r. z rozmowy na kanale czat skorzystało 95 osób. W trakcie rozmów najczęściej poruszana była tematyka pytań z zakresu praw pacjenta w Ambulatoryjnej Opiece Zdrowotnej czy związana z korzystaniem ze świadczeń w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

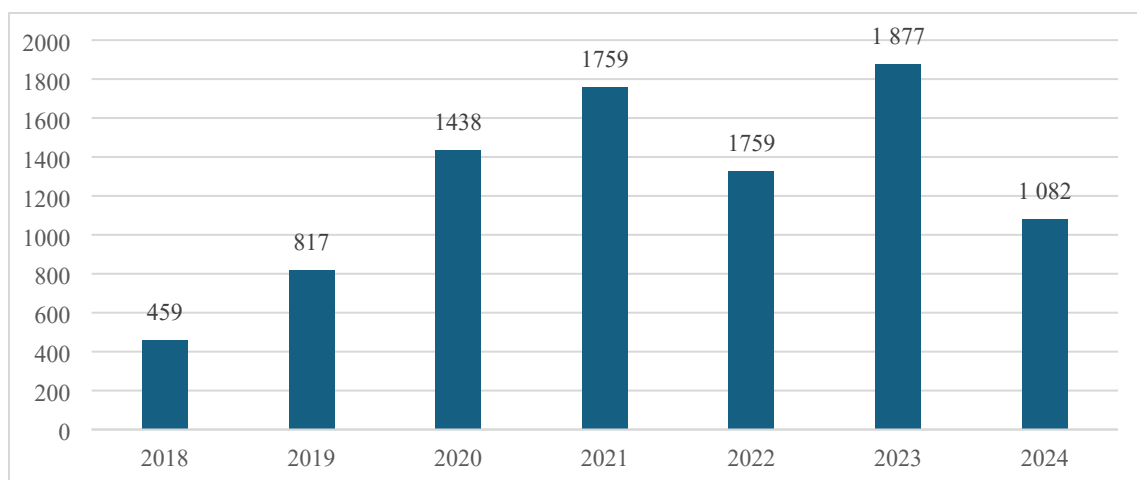
4.2. Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych

Informacje ogólne

Rzecznik podejmuje indywidualną sprawę pacjenta na jego wniosek lub z własnej inicjatywy. Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych są wszczynane na podstawie informacji co najmniej uprawdopodobniających naruszenie praw pacjenta. Rzecznik po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem może: podjąć sprawę, przestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych, przekazać sprawę według właściwości albo nie podjąć sprawy. Rzecznik zawiadamia o tym wnioskodawcę i pacjenta, którego dotyczy sprawa.

Rzecznik prowadził 2408 postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych. Wszczętych zostało w sumie 1472 nowych postępowań. Zakończono 1586 postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych, z czego w 1046 stwierdzono naruszenia praw pacjenta. W 2024 r. rozpatrzono ponownie 145 spraw z czego w 103 postępowaniach utrzymano rozstrzygnięcie w mocy, a w 22 przypadkach uchylono rozstrzygnięcie. Każde postępowanie może zakończyć się stwierdzeniem naruszenia więcej niż jednego prawa pacjenta. Rzecznik stwierdził 1082 naruszenia praw pacjenta i w 921 postępowaniach wydał zalecenia podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Wykonanych zostało 488 zaleceń. Warto jednak zaznaczyć, że w części spraw, z końcem 2024 r. podmioty wciąż miały czas na ich realizację.

Wykres 4: Zestawienie liczby stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w postępowaniach wyjaśniających w sprawach indywidualnych w latach 2018–2024



Wykres 5: Stwierdzenia naruszeń praw pacjenta w postępowaniach wyjaśniających w sprawach indywidualnych, z podziałem na prawa pacjenta



Analiza postępowań wyjaśniających pod kątem naruszeń konkretnych praw pacjenta i tematyki stwierdzonych naruszeń zostanie rozwinięta w dalszej części sprawozdania dotyczącej przestrzegania poszczególnych praw pacjentów.

Zbadanie sprawy na miejscu

W ramach prowadzonego postępowania wyjaśniającego Rzecznik może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu. Rzecznik skorzystał z tego uprawnienia w 20 przypadkach. W związku z ustabilizowaniem się sytuacji epidemicznej, zmniejszyła się liczba spraw zbadanych na miejscu w stosunku do roku ubiegłego.

Pozostałe sprawy

W pozostałych sytuacjach, w szczególności, kiedy sprawa pozostawała poza kompetencjami Rzecznika, także gdy nie doszło do uprawdopodobnienia naruszenia praw pacjenta, Rzecznik wskazuje przysługujące środki prawne lub podejmuje sprawę w ramach współpracy. Dzięki takiej formie załatwienia wniosku, pacjent otrzymuje przystępne i praktyczne wskazówki dotyczące sposobu rozwiązania zgłoszonego problemu. Rzecznik po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem może także przekazać sprawę według właściwości lub nie podjąć sprawy. Rzecznik w 2024 r. nie podjął 265 spraw.

4.3. Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów

Zgodnie z UPP przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej, jak również stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku. Jak wskazuje ustawa, suma praw indywidualnych nie jest zbiorowym prawem pacjentów.

Istotą praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów jest to, że nie jest ona skierowana do konkretnego pacjenta, a zagrożony naruszeniem jego praw jest każdy – nawet potencjalny – pacjent (określona grupa pacjentów) danego podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne. Dla uznania stosowania ww. praktyki nie jest wymagane faktyczne naruszenie praw pacjentów, a wyłącznie już potencjalna możliwość takiego naruszenia. Dzięki temu Rzecznik może skutecznie reagować już w momencie, kiedy poweźmie informację o wdrożeniu przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych procedur niezgodnych z przepisami prawa. Prowadzone postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów stanowią niezwykle istotną część działalności Rzecznika. Bowiem skutki działań Rzecznika w tej przestrzeni mają globalny efekt dla pacjentów.

Jako przykłady stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w 2024 r. podać należy:

- Funkcjonowanie, tzw. receptomatów, tj. podmiotów leczniczych oferujących konsultacje lekarskie, w tym możliwość szybkiego uzyskania e-recepty za pośrednictwem serwisu internetowego i wypełnianej przez pacjenta ankiety on-line, w tym na preparaty objęte załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. z 2024 r. poz. 373, z późn. zm.) (np. medyczna marihuana), bez osobistego zbadania pacjenta przez osobę

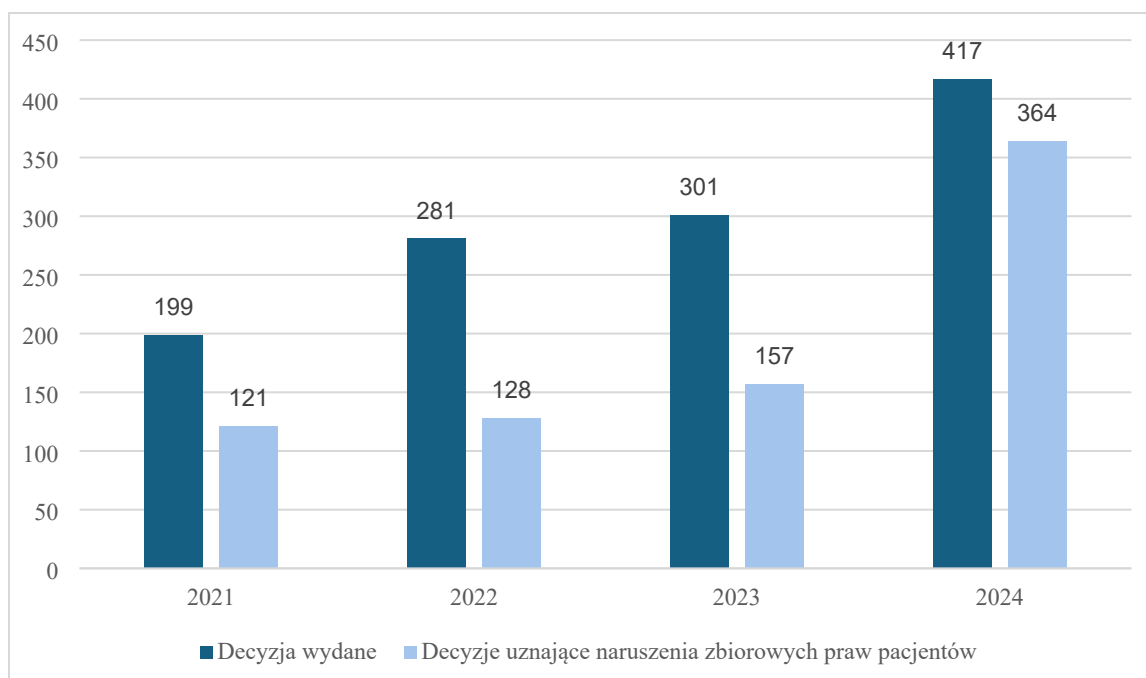
wystawiającą receptę, a osobiste zbadanie pacjenta jest obligatoryjne od 7 listopada 2024 r. i Rzecznik Praw Pacjenta stwierdzał niedostosowanie się przez podmiot leczniczy do tego wymogu określonego w przepisach prawa.

- Nieuprawnione przechowywanie kart uodpornienia przez podmiot leczniczy, który nie realizuje szczepień obowiązkowych, ale który został wskazany przez rodziców jako właściwy do opieki nad dzieckiem w zakresie POZ, prawdopodobnie w celu uniknięcia przez rodziców obowiązku szczepień.
- Obligatoryjne pobieranie od dzieci w szpitalu psychiatrycznym określonej części ich kieszonkowego od rodziców na określone przez szpital cele wspólne.
- Sprawy związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej pacjentom przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (brak udostępniania dokumentacji medycznej, nieprawidłowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej – czas realizacji wniosku, tylko niektóre formy udostępniania dokumentacji medycznej, opłaty za udostępnienie dokumentacji przekraczające maksymalne stawki ustawowe);
- Stosowanie u pacjentów w ramach programu lekowego produktów leczniczych po upływie terminu ważności leku
- Nieuzasadnione, nadmierne ograniczenia odwiedzin pacjentów w szpitalu
- Stosowanie u pacjentów długotrwałej antybiotykoterapii w związku z boreliozą, kiedy zgodnie z rekomendacjami leczenie boreliozy powinno się odbywać jednym antybiotykiem i trwać do 30 dni. W ramach działań niepożądanych, które przy intensywnej, długotrwałej antybiotykoterapii mogą mieć miejsce, eksperci wymieniają między innymi: trwałe uszkodzenie wątroby, trzustki, jelit, nerek, ośrodkowego układu nerwowego, zapalenia ścięgien, predyspozycje do zakażeń *Clostridium difficile*.
- Stosowanie u pacjentów szpitala psychiatrycznego urządzenia niespełniającego wymogów wyrobu medycznego
- Zamontowanie w szpitalu (w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych) monitoringu wizyjnego z jednoczesnym zapisem dźwięku, kiedy rejestrowania dźwięku w monitoringu medycznym nie przewidują przepisy prawa.
- Brak możliwości nawiązania kontaktu telefonicznego z rejestracją podmiotu leczniczego realizującego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ (wiele spraw prowadzonych w tym zakresie, orzeczenia przytoczono wcześniej), co w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta świadczy o naruszeniu zbiorowych praw pacjenta, tak w czasie stanu epidemii oraz stanie zagrożenia epidemicznego, jak i po ustaniu tych stanów;
- Stosowanie metod niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, tj.:
 - a) koenzymu Q10 u pacjentów z chorobami układu krążenia – miażdżycą, chorobą niedokrwienych serca, nadciśnieniem, niewydolnością serca;
 - b) ornityny u pacjentów, których parametry wątrobowe wskazują na stłuszczenie wątroby lub pogorszenie jej stanu i funkcji bez potwierdzonych badań w tym zakresie;

- c) ozonoterapii u pacjentów z chorobami zaburzenia krążenia, cukrzycy oraz grzybicy, w leczeniu trudno gojących się ran i tzw. stopy cukrzycowej, jak również w leczeniu innych schorzeń dermatologicznych
- Pobieranie zawyżonych opłat za pobyt i wyżywienie od pacjentów Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych
- Kontynuowanie przez podmiot leczniczy eksperymentu medycznego pt. „Przeprowadzenie prac badawczo-rozwojowych (B+R) nad nową metodą terapeutyczną oraz walidacja wraz z wdrożeniem operacji robotycznej TMMR w leczeniu raka szyjki macicy i PMMR w leczeniu raka trzonu macicy”, pomimo pozyskania informacji o wystąpieniu możliwego zagrożenia zdrowia lub życia jego uczestników w czasie jego trwania (brak wstrzymania eksperymentu do czasu wyjaśnienia okoliczności sprawy), za naruszające zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, o którym mowa w art. 8 ustawy. Jednocześnie Rzecznik stwierdził zaniechanie stosowania ww. praktyk. W toku postępowania Rzecznik ustalił, że szpital prowadził eksperyment medyczny, w trakcie, którego miało miejsce zdarzenie polegające na wystąpieniu ciężkiego powikłania operacyjnego u chorej z rakiem szyjki macicy operowanej metodą robotową (z użyciem robota Da Vinci) i później zgonu pacjentki. Jednak mimo powzięcia informacji o poważnym zdarzeniu niepożądanym – podmiot nie przerwał eksperymentu do czasu wyjaśnienia okoliczności zdarzenia, co w ocenie Rzecznika było niewłaściwe.

W 2024 r. Rzecznik wszczął 417 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (to o 98 więcej niż w 2023 r.). Wydał jednocześnie 364 decyzji (czyli o 61 więcej niż w roku poprzednim). Oznacza to wzrost liczby wszczętych postępowań o ~25% i o ~17% wydanych decyzji w porównaniu do 2023 r. W 170 przypadkach Rzecznik uznał praktyki stosowane przez podmiot za naruszające zbiorowe prawa pacjentów.

Wykres 6: Decyzje wydane przez Rzecznika w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz decyzje wydane przez Rzecznika i uznające naruszenie zbiorowych praw pacjentów (za lata 2021–2024)



W 2024 r. najwięcej spraw dotyczących praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta było prowadzonych w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych. Pozostałe postępowania dotyczyły również praw pacjenta do: dokumentacji medycznej oraz kontaktu osobistego z innymi osobami (odwiedzin pacjentów w szpitalach)

Niewielka część decyzji Rzecznika jest zaskarżana do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie (WSA). Ze wszystkich decyzji dotyczących praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów wydanych w 2024 r. tylko 17 z nich zostało zaskarżonych. Jedna z tych decyzji została uchylona przez organ w trybie samokontroli. Z tych skarg 14 nie zostało do końca roku 2024 r. rozpoznanych przez WSA. Na marginesie należy wskazać, że od początku funkcjonowania Biura jedynie 8 decyzji Rzecznika rozstrzygających o stosowaniu przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów zostało prawomocnie uchylonych przez sądy administracyjne, w tym 1 jedynie częściowo.

4.4. Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych

Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych to państwowy fundusz celowy, który został utworzony 27 stycznia 2022 r. Jego dysponentem jest Rzecznik Praw Pacjenta. Ze środków Funduszu wypłacane są świadczenia kompensacyjne przyznawane przez Rzecznika na rzecz osób, które w wyniku szczepienia ochronnego doznały poważnych działań niepożądanych. Rok 2023 był drugim rokiem funkcjonowania tego funduszu.

Świadczenie kompensacyjne ze środków Funduszu przysługuje, gdy w wyniku szczepienia ochronnego u osoby, u której zostało przeprowadzone to szczepienie, wystąpiły działania

niepożądane wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego, w wyniku których osoba ta wymagała hospitalizacji przez okres nie krótszy niż 14 dni albo wystąpił u niej wstrząs anafilaktyczny powodujący konieczność obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć albo hospitalizacji. Wysokość świadczenia jest uzależniona przede wszystkim od długości pobytu w szpitalu – z tego tytułu przysługuje kwota od 3 000 zł do 100 000 zł. Świadczenie podwyższają wskazane w ustawie okoliczności: zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym (15 000 zł), inny zabieg albo metoda leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku (5 000 zł), pobyt na oddziale intensywnej terapii medycznej trwający co najmniej 7 dni (10 000 zł) lub co najmniej 30 dni (20 000 zł), a także zwrot kosztów dalszego leczenia lub rehabilitacji po hospitalizacji (do 10 000 zł). Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć 100 000 zł. Wnioski o przyznanie świadczenia kompensacyjnego można składać od 12 lutego 2022 r. W pierwszym roku działalności Funduszu możliwość otrzymania świadczenia obejmowała wszystkie szczepienia przeciwko COVID-19 przeprowadzone od początku akcji szczepień, czyli od 27 grudnia 2020 r. Od 1 stycznia 2023 r. Fundusz, oprócz szczepień przeciwko COVID-19, obejmuje również obowiązkowe szczepienia ochronne, a także pozostałe szczepienia ustanowione jako metoda zapobiegania zakażeniu lub chorobie zakaźnej.

W 2024 r. Rzecznik rozpatrzył 249 spraw. W okresie tym były również rozpatrywane sprawy dotyczące wniosków wniesionych w 2023 r.

W 53 sprawach wydana została odmowa wszczęcia postępowania na podstawie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Z kolei 30 wniosków zostało pozostawionych bez rozpatrzenia.

W omawianym okresie Rzecznik wydał decyzje administracyjne w odniesieniu do 166 spraw, z tego w 33 przypadkach były to decyzje o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego, a w 133 przypadkach o odmowie przyznania świadczenia. W ramach wszystkich postępowań wydanie decyzji zostało poprzedzone sporządzeniem opinii, na podstawie zgromadzonej dokumentacji, przez Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, działający przy Rzeczniku i składający się z lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny.

Przyznane na rzecz wnioskodawców kwoty odpowiadały wysokości świadczeń kompensacyjnych przewidzianych w ustawie, czyli co do zasady od 3 000 zł do 100 000 zł. Łączna kwota świadczeń przyznanych w 2024 r. wyniosła 792 839,03 zł. Średnia kwota świadczenia przyznana w 2024 r. wyniosła 24 025 zł.

Od początku działania Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych (czyli począwszy od 27 stycznia 2022 r., przy czym wnioski można było składać od 12 lutego 2022 r.) do 31 grudnia 2024 r. zarejestrowanych zostało łącznie 1859 wniosków o przyznanie świadczenia, z czego 1638 dotyczyło szczepień przeciwko COVID-19.

Od początku działalności Funduszu Kompensacyjnego Rzecznik przyznał świadczenia w łącznej wysokości 5 645 421,19 zł.

4.5. Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych

Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych zapewnia wsparcie finansowe dla uczestników badań klinicznych, którzy doznali szkody w wyniku udziału w badaniu, a także dla członków ich rodzin. Wnioski do Rzecznika Praw Pacjenta o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych można składać od 14 kwietnia 2023 r. Fundusz obejmuje szkody, do których doszło w wyniku udziału w badaniach klinicznych rozpoczętych począwszy od tego właśnie dnia.

Podstawowym warunkiem otrzymania świadczenia jest doznanie przez uczestnika badania klinicznego rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała w wyniku udziału w tym badaniu. Maksymalna kwota świadczenia wynosi 200 000 zł. W przypadku śmierci uczestnika badania klinicznego w wyniku udziału w badaniu, świadczenie wynosi do 100 000 zł. Z wnioskiem o przyznanie świadczenia mogą w takim przypadku wystąpić małżonek niepozostający w separacji, rodzice, dzieci, partner (konkubent) oraz przysposabiający lub przysposobiony. Wysokość świadczenia jest wyliczana w oparciu o szczegółowe wytyczne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Wniosek o przyznanie świadczenia można złożyć w ciągu roku od uzyskania informacji o uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci uczestnika badania klinicznego (jednak nie później niż w ciągu 3 lat od dnia, w którym nastąpiło to zdarzenie).

W 2024 r. złożone zostały 2 wnioski o przyznanie świadczenia kompensacyjnego ze środków Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych. W sprawach tych konieczna była odmowa wszczęcia postępowania, ze względu na fakt, że dotyczyły one szkód powstałych w związku z udziałem w badaniach klinicznych rozpoczętych jeszcze przed utworzeniem Funduszu. Zgodnie zaś z obowiązującą regulacją Rzecznik Praw Pacjenta wypłaca świadczenia kompensacyjne wynikające ze szkód powstałych w związku z udziałem w badaniach rozpoczętych po dniu wejścia w życie ustawy⁸⁾. Tym samym w 2024 r. nie doszło do przyznania świadczeń w tym zakresie.

⁸⁾ Art. 89 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 605 oraz z 2025 r. poz. 779).

4.6. Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych

Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych zapewnia szybką, pozasądową drogę do uzyskania rekompensat dla osób, które podczas pobytu w szpitalu doznały uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo uległy zakażeniu szpitalnemu. W przypadku śmierci pacjenta, świadczenie przysługuje również jego bliskim.

Uzyskanie świadczenia nie wymaga udowodnienia winy podmiotu leczniczego. Podstawowym warunkiem przyznania świadczenia jest stwierdzenie, że doszło do zdarzenia medycznego, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć, gdyby świadczenie zdrowotne zostało pacjentowi udzielone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo gdyby zastosowano inną dostępną metodę diagnostyczną lub leczniczą.

Wniosek o przyznanie świadczenia można złożyć w ciągu roku od uzyskania informacji o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta (jednak nie później niż w ciągu 3 lat od samego zdarzenia). Fundusz obejmuje zdarzenia medyczne, które miały miejsce począwszy do dnia wejścia w życie ustawy go powołującej, tj. 6 września 2023 r. Wniosek może być także złożony, jeśli zdarzenie miało wprawdzie miejsce wcześniej, ale wnioskodawca dowiedział się o nim już po wejściu ustawy⁹⁾ w życie.

W 2024 r. do Funduszu wpłynęło 1574 wniosków. Dominowały sprawy dotyczące uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia (53%), dużo spraw było związanych ze śmiercią pacjenta (35%).

W tym okresie Rzecznik rozpatrzył 521 spraw, z czego część dotyczących wniosków wniesionych w 2023 r.

W 232 sprawach została wydana odmowa wszczęcia postępowania bowiem wnioski dotyczyły spraw nie objętych ochroną Funduszu (tj. zdarzeń mających miejsce przed 6 września 2023 r. czyli przed wejściem w życie ustawy powołującej Fundusz, wniesionych po upływie rocznego terminu dowiedzenia się o uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia czy śmierci pacjenta, nie dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu czy nie realizowanych ze środków publicznych). Z kolei 33 wnioski zostały pozostawionych bez rozpatrzenia.

W omawianym okresie Rzecznik wydał decyzje administracyjne w odniesieniu do 255 spraw, z tego w 158 przypadkach były to decyzje o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego, a w 93 przypadkach o odmowie przyznania świadczenia. W ramach wszystkich postępowań wydanie decyzji zostało poprzedzone sporządzeniem opinii, na podstawie zgromadzonej dokumentacji, przez Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, działający przy Rzeczniku i składający się z lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny.

⁹⁾ Art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1675).

Należy podkreślić Rzecznik wydał pierwsze decyzje w zakresie przyznania lub odmowy przyznania świadczenia dopiero 18 czerwca 2024 r. bowiem tego dnia weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta¹⁰⁾ zawierające wytyczne dotyczące ustalania wysokości świadczenia.

Maksymalna kwota świadczenia dla pacjenta wynosi 200 000 złotych. W przypadku śmierci pacjenta, świadczenie wynosi do 100 000 zł dla każdej z uprawnionych osób. Z wnioskiem o przyznanie świadczenia mogą w takim przypadku wystąpić dzieci pacjenta, jego rodzice oraz małżonek (niepozostający w separacji) lub partner (konkubent). Przy czym wysokość świadczenia kompensacyjnego podlega co roku waloryzacji w stopniu odpowiadającym wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres poprzedniego roku obliczonemu na podstawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego¹¹⁾. Od 6 września 2024 r. Rzecznik wypłaca więc świadczenia w wysokości od 2 228 zł do 222 800 zł. dla pacjenta, czy od 22 280 zł do 111 400 zł. dla osoby bliskiej w przypadku śmierci pacjenta.

W 2024 r. wypłacono świadczenia w średniej wysokości: 58 143, 71 zł. Łączna kwota wyniosła: 9 186 706,40 zł. Dla pacjentów przyznano świadczenia w kwocie od 5 000 zł (najniższa możliwa kwota świadczenia przed waloryzacją) do 200 000 zł (najwyższa możliwa kwota świadczenia przed waloryzacją). Natomiast w przypadku wnioskodawców będących osobami bliskimi pacjentów świadczenie wynosiły: od 50 000 zł do 111 400 zł.

Przy Rzeczniku funkcjonuje Komisja Odwoławcza do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Jest to niezależny organ rozpatrujący odwołania od decyzji Rzecznika Praw Pacjenta dotyczących świadczenia kompensacyjnego. W jej skład wchodzi osoby z wykształceniem prawniczym lub medycznym, zgłoszone przez organizacje pacjentów, samorządy zawodowe lekarzy i pielęgniarek oraz instytucje państwowe. Członków Komisji powołuje Minister Zdrowia na 3-letnią kadencję. Obsługę administracyjną Komisji Odwoławczej zapewnia Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Osoba niezadowolona z decyzji Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie świadczenia kompensacyjnego ma prawo wnieść odwołanie. Odwołanie wnosi się do Komisji Odwoławczej za pośrednictwem Biura Rzecznika Praw Pacjenta w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

W 2024 r. wpłynęło 17 odwołań, z czego 10 zostało przez Rzecznika uwzględnionych w trybie autokontroli. Pozostałe 7 przekazano do Komisji Odwoławczej. Komisji Odwoławcza

¹⁰⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2024 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta (Dz. U. 2024 r. poz. 883)

¹¹⁾ Art. 67s ust. 2 u.p.p.

rozpatrzyła 4 sprawy: 3 decyzje Rzecznika zostały uchylone i przekazano sprawę do ponownego rozpatrzenia, w jednym przypadku Komisja utrzymała w mocy decyzję Rzecznika.

4.7. Udział Rzecznika w postępowaniach sądowych na prawach przysługujących prokuratorowi

Zgodnie z UPP, Rzecznik może żądać wszczęcia lub wziąć udział w toczącym się postępowaniu cywilnym dotyczącym naruszenia praw pacjenta, na prawach przysługujących prokuratorowi.

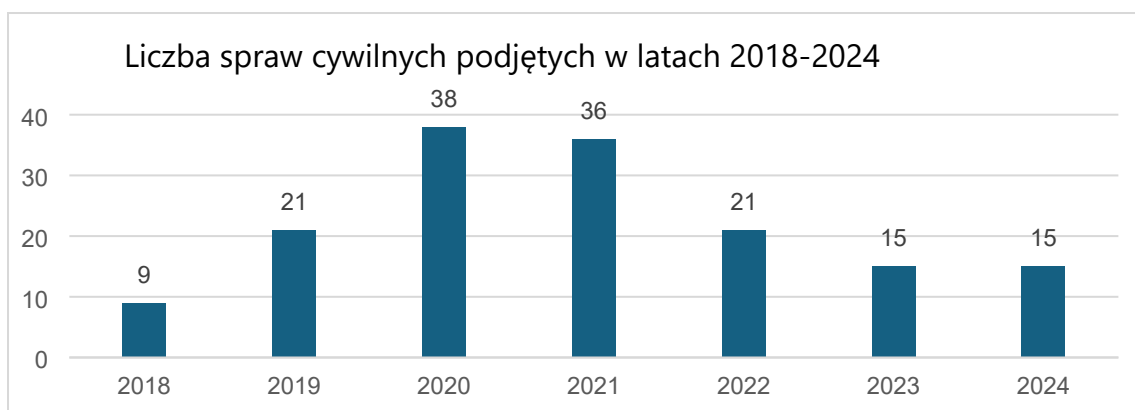
W ciągu 2024 r. toczyło się 99 spraw z udziałem Rzecznika Praw Pacjenta, w tym 15 nowo podjętych. Ponadto 12 spraw prowadzonych z art. 55 ustawy zostało prawomocnie zakończonych w 2024 r.

Tabela nr 5. Zestawienie postępowań cywilnych zakończonych w 2024 r., w których Rzecznik brał udział na prawach przysługujących prokuratorowi

Postępowania cywilne zakończone w 2024 r., w których Rzecznik brał udział na prawach przysługujących prokuratorowi				
Lp.	Czynność podjęta przez Rzecznika	Dziedzina medycyny/przedmiot sprawy	Sąd	Rozstrzygnięcie
1	Wezwanie do zapłaty	Ginekologia i położnictwo	Nd.	ugoda przedsądowa
2	pozew	Ginekologia i położnictwo	SO	Zasądzenie zadośćuczynienia
3	pozew	Choroby zakaźne	SR	oddalony
4	pozew	Choroby zakaźne	SR	oddalony
5	wstąpienie	Okulistyka	SR	Ugoda sądowa
6	wstąpienie	Położnictwo i ginekologia	SA	zasądzenie
7	pozew	Audiologia	SR	zasądzenie
8	wstąpienie	Chirurgia ogólna	SA	zasądzenie
9	wstąpienie	Ratownictwo medyczne	SO	zasądzenie
10	pozew	Chirurgia dziecięca	SR	Zasądzenie
11	pozew	Ginekologia i położnictwo	SR	zasądzenie
12	wstąpienie	Otolaryngologia	SN	oddalone

W całym okresie działalności Rzecznika zakończone zostały 93 sprawy sądowe. Przyniosły one pacjentom, na mocy wydanych orzeczeń i zawartych ugód, łącznie prawie 13 mln zł zadośćuczynień i odszkodowań.

Wykres nr 5. Zestawienie liczby spraw cywilnych podjętych w latach 2018–2024



4.8. Komisje wojewódzkie

Od 2012 roku osoby, które chciały dochodzić roszczeń finansowych w trybie pozasądowym w związku z uszkodzeniami ciała, rozstrojem zdrowia lub śmiercią pacjenta, będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu, miały możliwość złożenia wniosku do wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej jako „komisje”). W każdej komisji jednym z 16 członków był przedstawiciel Rzecznika (pozostałych powoływał właściwy wojewoda oraz jednego – Minister Zdrowia).

Celem postępowania przed komisją było ustalenie czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Zdarzeniem medycznym było zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, a dotyczyć mogło:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego;
- zastosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego lub systemu i zestawu zabiegowego.

W ocenie Rzecznika działalność komisji należy ocenić krytycznie – cały okres funkcjonowania komisji dobitnie pokazał, że nie spełniły one założeń, które legły u podstaw ich utworzenia. W szczególności komisje nie stały się skuteczną alternatywą dla sądownictwa powszechnego dla pacjentów zainteresowanych dochodzeniem roszczeń z tytułu doznanej szkody na zdrowia w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych. Wręcz przeciwnie – profesjonalni pełnomocnicy wykorzystywali komisji do sprawdzenia potencjału danej sprawy i szans na wygraną w procesie cywilnym.

W związku z powyższym Rzecznik w 2022 r. i 2023 r. intensywnie uczestniczył w pracach legislacyjnych nad zmianami w zakresie pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń przez

pacjentów. Zaproponowane przez Rzecznika zmiany dotyczyły między innymi likwidacji komisji i przypisanie orzekania w sprawie wystąpienia zdarzeń medycznych Rzecznikowi. Jednocześnie propozycje Rzecznika co do nowego modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów uwzględniały usunięcie najpoważniejszych mankamentów w funkcjonowaniu komisji – przede wszystkim komisje orzekały wyłącznie o wystąpieniu zdarzenia medycznego, natomiast nie orzekały o przyznaniu zadośćuczynienia lub odszkodowania i jego wysokości; to zaś stanowiło przedmiot dalszych uzgodnień pomiędzy pacjentem a szpitalem, w których komisje nie uczestniczyły; rzadko zawierano ugody i sprawy finalnie swój finał i tak miały w sądzie. W myśl propozycji Rzecznika to Rzecznik – jako organ prowadzący postępowanie – przyznaje świadczenie kompensacyjne ze środków Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych i to Rzecznik określa jego wysokość.

Należy wskazać, że reforma pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń przez pacjentów zakończyła się sukcesem i ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1675) wprowadzono zmiany w tym zakresie do porządku prawnego. Nowy model uwzględnia wszystkie ww. założenia, a właściwym do prowadzenia postępowań w sprawach przyznania świadczenia kompensacyjnego jest Rzecznik Praw Pacjenta. Wnioski o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych można składać od 6 września 2023 r. Zgodnie z przepisami przejściowymi zawartymi w ww. ustawie wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zostały zlikwidowane z dniem 1 lipca 2024 r. Do tego czasu w myśl ww. przepisów zakończą prowadzone sprawy, a w razie, gdy tego nie zrobią – sprawy przejmie do dalszego prowadzenia Rzecznik Praw Pacjenta.

Należy wskazać, że mimo zapewnienia w ww. ustawie odpowiednich narzędzi, czasu i uregulowania obowiązku zakończenia spraw w określonym terminie, komisje nie zakończyły wszystkich swoich spraw, a do Rzecznika już po ich likwidacji z urzędów wojewódzkich wpłynęło 370 do dalszego prowadzenia.

4.9. Ochrona praw pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W działaniach Rzecznika wspierających pacjentów systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień szczególną rolę pełnią Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Dbają oni o ochronę praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Rozpatrują sprawy zgłoszone przez pacjentów, a także ich przedstawicieli ustawowych, opiekunów prawnych oraz faktycznych. Udzielają pomocy w dochodzeniu praw osób z zaburzeniami psychicznymi w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Wyjaśniają oraz udzielają pomocy w wyjaśnieniu ustnych i pisemnych skarg tych osób. Inicjują i prowadzą działalność edukacyjną w zakresie praw pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Ponadto, rzecznicy podejmują działania z własnej inicjatywy w szczególności wobec pacjentów:

- przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody;
- wobec których zastosowano przymus bezpośredni;
- niezdolnych do wyrażenia zgody w kwestii przyjęcia albo leczenia;
- przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

W 2024 r. 27 osoby¹²⁾ pełniły funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego łącznie w 324 podmiotach leczniczych. Wsparciem Rzeczników objęci są pacjenci wszystkich szpitali psychiatrycznych w Polsce. Każdy szpital psychiatryczny przypisany jest terytorialnie obszarowi działania jednego z Rzeczników. Rzecznicy czasowo pełnili swoją funkcję również w innych podmiotach leczniczych niż przypisane im terytorialnie placówki, w ramach zastępstw za osoby nieobecne i wakaty.

Łącznie w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej objętych stałą działalnością Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego było ponad 31 tysięcy łóżek, a leczyło się w nich ponad 234 tys. osób¹³⁾.

Tabela V: Zakres świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w podmiotach leczniczych, w których w 2024 r. pełnili obowiązki Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Lp.	Rodzaje świadczeń	% łóżek w stosunku do liczby łóżek ogółem
1	Psychiatria ogólna dla dorosłych	37%
2	Leczenie uzależnień (leczenie zespołów abstynencyjnych i terapia uzależnień, podwójna diagnoza)	25%
3	Psychiatria terapeutyczno-opiekuńcza (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne, hostele)	19%
4	Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego nadzoru	7%

12) Uwzględniono fluktuację zatrudnienia na stanowiskach Rzeczników w okresie sprawozdawczym.

13) Dane uśrednione z podmiotów wzmocnionego nadzoru i funkcjonalnego nadzoru, wszystkie szpitale udzieliły informacji).

	zabezpieczenia (w tym areszt)	
5	Psychogeriatra, psychosomatyka, rehabilitacja psychiatryczna, zaburzenia nerwicowe	6%
6	Psychiatria dzieci i młodzieży (w tym psychiatria sądowa dzieci i młodzieży)	6%
	Ogółem	100,0%

Obecność rzeczników w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie całego kraju pozwala na skuteczniejsze monitorowanie przestrzegania praw pacjenta, szybkie reagowanie w przypadku stwierdzanych naruszeń przepisów prawa oraz weryfikowanie wdrażania postulowanych w wystąpieniach do kierownictwa placówek rozwiązań. Przyczynia się również do stałego podnoszenia jakości świadczonych usług przez te podmioty lecznicze i realizacji świadczeń zgodnie z prawami pacjenta.

Rzecznikom przysługują uprawnienia, mające zagwarantować skuteczną ochronę praw osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Mają oni prawo:

- wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego oraz do podmiotu, który utworzył ten podmiot, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń;
- dostępu do dokumentacji medycznej, osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny;
- porozumiewania się z osobą korzystającą ze świadczeń zdrowotnych, jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym bez udziału innych osób;
- przetwarzania danych utrwalonych za pomocą monitoringu zlokalizowanego w pomieszczeniach, w których wykonywany jest przymus bezpośredni w postaci izolacji.

Rzecznik podejmuje też działania na rzecz pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanej w formie opieki dziennej, ambulatoryjnej, m.in. prowadząc postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych dotyczących realizacji praw pacjenta osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W 2024 r. Rzecznik oraz rzecznicy łącznie prowadzili¹⁴⁾ 8 117 spraw, w tym rozpatrzono 7 681 spraw dotyczących ochrony praw pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprawy rozpatrzone to wszystkie sprawy zakończone w 2024 r. Pozostałe sprawy na zakończenie okresu sprawozdawczego były w toku.

Tabela VI: Liczba i rodzaj spraw dotyczących ochrony praw pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej wszczętych w 2024 r.

Rodzaj spraw	Liczba spraw
Zgłoszenia	4 910
Inicjatywy własne	2 325
Skargi	404
Łącznie	7 639

Działania rzeczników kierowane są do pacjentów:

- wobec których zastosowano przymus bezpośredni (217 działań),
- przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody (52 działania),
- przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego (44 działania),
- niezdolnych do wyrażania zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia (16 działań),
- ogółu pacjentów hospitalizowanych w danym oddziale/szpitalu – działania skierowane do większej liczby pacjentów (314 działań).

4.10. Sprawy systemowe

Jednym z istotnych działań Rzecznika jest inicjowanie działań o charakterze systemowym. W 2024 r. Rzecznik Praw Pacjenta podjął 290 spraw o charakterze systemowym i zwrócił się do właściwych organów i instytucji, zmierzając do poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w Polsce. Tak znaczny wzrost spowodowany jest przez petycje w sprawie leku na achondroplazję, których to wniosków wpłynęło do Rzecznika ponad 100.

¹⁴⁾ Sprawy prowadzone to wszystkie sprawy, tj. skargi, wnioski, własne inicjatywy zakończone i w trakcie realizacji, również te rozpoczęte w latach poprzednich

W 2024 r. było podejmowanych wiele inicjatyw systemowych, część skupiała się na tematyce ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych – m.in. refundacji produktów leczniczych, rehabilitacji leczniczej, opieki okołoporodowej.

Wybrane kluczowe wystąpienia i działania systemowe zostaną omówione w dalszej części opracowania.

4.11. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi

Rada Organizacji Pacjentów

Rada została powołana przy Rzeczniku Praw Pacjenta w 2020 roku. Obecnie zrzeszonych jest 143 organizacje działające na rzecz pacjentów. W 2024 roku Rada aktywnie współpracowała z Rzecznikiem w podejmowaniu wielu ważnych dla pacjentów tematów, które wynikały z pojawiających się nowych wyzwań w ochronie zdrowia, potrzeby zmian dotyczących refundowanych świadczeń zdrowotnych oraz zmieniającego się prawa.

W 2024 roku odbyło się kilka spotkań i szkoleń Rady Organizacji Pacjentów.

- Omówiono tematy zgłoszone przez organizacje do podjęcia przez Rzecznika Praw Pacjenta w 2024 roku. Dotyczyły one wielu dziedzin, w tym onkologii, reumatologii, gastroenterologii oraz chorób rzadkich. Wnioski organizacji dotyczyły koordynowanej opieki nad pacjentami z różnymi schorzeniami, dostęp do nowoczesnego leczenia oraz przypadkach braku dostępu pacjentów do kompleksowego leczenia w tym dostępu do rehabilitacji, szybkiej diagnostyki. Podczas tego spotkania Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali przedstawiła wyniki raportu „Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent”.
- Rzecznik Praw Pacjenta wskazał na potrzeby zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Omówiono proponowane zmiany w funkcjonowaniu ROP-u w tym utworzenie Prezydium Rady oraz jego zadania oraz sposób wyłonienia członków jego członków w ramach tajnego głosowania.
- Przedstawienie wyników Raportu przygotowanego przez Instytut Finansów Publicznych oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH – dotyczącego sytuacji finansowej płatnika publicznego oraz perspektyw jego funkcjonowania w nadchodzących latach. Koalicja Na Pomoc Niezależnym omówiła projekt Kodeksu Telemedycznego.
- Krajowa Sieć Onkologiczna i finansowanie świadczeń oraz realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej w latach 2020–2023 okiem organizacji pacjentów. Temat poddano szerokiej dyskusji.
- Dwa spotkania z organizacjami biorącymi udział w projekcie „Łączy nas pacjent” jest to projekt Rzecznika Praw Pacjenta oraz przedstawicieli organizacji pacjentów. W ramach

projektu, podczas dyżurów pełnionych pod bezpłatnym numerem 800-190-590, specjaliści z poszczególnych organizacji udzielają telefonicznych porad, informacji oraz wsparcia dotyczącego określonych chorób. Dyżury odbywają się cyklicznie. Podczas tych spotkań omawialiśmy zasady współpracy oraz zastanawialiśmy się wspólnie w jaki sposób reklamować projekt, by jak najwięcej pacjentów i ich bliskich skorzystało w wiedzy.

Pełnomocnicy ds. praw pacjenta

Na mocy ustawy zmieniającej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z września 2023 r. Rzecznik współpracuje z pełnomocnikami ds. praw pacjenta, w szczególności w zakresie poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w podmiotach leczniczych. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta reguluje ten aspekt w art. 40a ust. 6 „Rzecznik Praw Pacjenta współpracuje z pełnomocnikami do spraw praw pacjenta, w szczególności udziela im wyjaśnień dotyczących realizacji praw pacjenta oraz prowadzi dla nich szkolenia w tym zakresie” oraz art. 47 ust. 1 pkt 9b regulują zadanie Rzecznika „współpraca z pełnomocnikami do spraw praw pacjenta w zakresie poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta” i art. 47 ust. 1 pkt 9c „prowadzenie szkoleń dla pełnomocników do spraw praw pacjenta”.

Celem współpracy Rzecznika z pełnomocnikami ds. praw pacjenta jest przede wszystkim wzrost bezpieczeństwa pacjenta i przestrzegania praw pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych na terenie całego kraju, jak również wypracowanie procesów współpracy przy wyjaśnianiu zagadnień dotyczących praw pacjenta.

W 2024 r. realizowano cykliczne szkolenia i warsztaty dla pełnomocników ds. praw pacjenta w podmiotach leczniczych.

Zorganizowano 8 spotkań dedykowanych dla pełnomocników ds. praw pacjenta oraz pozostałego personelu medycznego zainteresowanego tematyką przestrzegania praw pacjenta. Spotkania odbywały się w formie online i miały charakter warsztatowy, uczestnicy warsztatów mieli możliwość zadawania pytań i uzyskania na nie odpowiedzi w trakcie trwania warsztatów lub po ich zakończeniu w formie pisemnej.

Na spotkaniach i warsztatach poruszono m.in. zagadnienia z tematyki:

- dokumentacji medycznej,
- Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych,
- stosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego,
- wewnętrznego systemu jakości i standardów akredytacyjnych dla szpitali,
- dobrych praktyk rozpatrywania skarg

- dostępności świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- pacjenta małoletniego w opiece psychiatrycznej,
- standardów ochrony małoletnich w podmiocie leczniczym.

5. Realizacja praw pacjenta w 2024 r. – zestawienie i analiza

Do podstawowych praw pacjenta, które zostaną omówione w dalszej części sprawozdania, należą następujące prawa:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji o stanie zdrowia;
- prawo do dokumentacji medycznej;
- prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych;
- prawo do tajemnicy informacji;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Warto zauważyć, że niektóre prawa pacjenta są ze sobą ściśle powiązane, tzn. w przypadku naruszenia jednego prawa, często dochodzi również do naruszenia innego prawa lub praw. Przykładowo naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych występuje często wskutek naruszenia prawa do informacji, kiedy np. pacjentowi przekazywane są niepełne informacje o dostępnych alternatywnych sposobach efektywnego leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przez co pacjent nie może skorzystać ze swojego prawa – dostęp do świadczeń zostaje ograniczony. Ponadto, naruszenie prawa do informacji występuje bardzo często łącznie z naruszeniem prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych ze względu na fakt, iż świadoma zgoda na leczenie czy diagnostykę nie może zostać udzielona przez pacjenta bez uzyskania właściwych, konkretnych informacji. W dniu 5 maja 2023 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła koniec pandemii COVID-19. Wraz z odwołaniem stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce nastąpił w 2023 r. spadek liczby sygnałów kierowanych do Rzecznika w odniesieniu do lat 2020–2021. W porównaniu do wcześniejszego okresu (do 2019 r.) utrzymuje się wzrost liczby spraw prowadzonych przez Rzecznika. Coraz większa liczba zgłoszeń i wniosków od pacjentów dotyczących realizacji praw pacjenta pozwala na coraz lepsze rozeznanie problemów pacjentów poruszających się po systemie ochrony zdrowia. Część z nich staje się podstawą do podejmowania różnych działań, m.in. wszczynania postępowań wyjaśniających. Informacje te pomagają stworzyć obraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z perspektywy pacjentów.

Tabela VII: Sygnały, wnioski i zgłoszenia dotyczące praw pacjenta, które trafiły do Rzecznika w 2024 r.

Lp.	Prawo pacjenta	Liczba zgłoszeń i sygnałów
1.	Prawo do świadczeń zdrowotnych	45144
2.	Prawo do informacji	10415
3.	Prawo do dokumentacji medycznej	5488
4.	Prawo do ochrony zdrowia psychicznego ¹⁵⁾	5794
6.	Prawo do poszanowania intymności i godności	1933
7.	Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	746
8.	Prawo do wyrażenie zgody	603
9.	Prawo do wyrażenia sprzeciwu	178
10.	Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	64
11.	Prawo do tajemnicy informacji	247
12.	Prawo do przechowywania rzeczy w depozycie	163
13.	Prawo do opieki duszpasterskiej	45
14.	Fundusze Kompensacyjne	1791
SUMA		72 611 ¹⁶⁾

Pomimo wciąż podejmowanych działań mających na celu podnoszenie świadomości zarówno pacjentów, jak i wszystkich zaangażowanych w proces leczenia, obszar ten nadal wymaga zaangażowania i stanowi jedno z kluczowych wyzwań dla Rzecznika.

Napływające do Rzecznika sygnały od pacjentów, ich bliskich, ale również osób wykonujących zawody medyczne stanowią zaledwie wycinek obrazu związanego z przestrzeganiem praw pacjenta w Polsce. Biorąc pod uwagę roczną liczbę udzielanych w Polsce świadczeń zdrowotnych, badania opinii publicznej, dane organizacji zrzeszających pacjentów czy inne

¹⁵⁾ Zgłoszenia dotyczące ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

¹⁶⁾ Suma sygnałów dotyczących praw pacjenta. Pozostałe zgłoszenia nie zostały uwzględnione w tabeli, ponieważ nie były związane z prawami pacjenta.

dostępne źródła, można stwierdzić, że wiele informacji o możliwych naruszeniach praw pacjenta nie trafia do Rzecznika. Może wynikać to z faktu braku wiedzy czy świadomości o prawach pacjenta, ale także braku rozwiniętej kultury zgłaszania wątpliwości, zastrzeżeń czy błędów. Zgłaszanie nieprawidłowości nie ma na celu jedynie wyciągnięcia negatywnych konsekwencji, ale również wyciągnięcie wniosków i wprowadzenie odpowiednich zmian mających na celu uniknięcie w przyszłości podobnych sytuacji. Dane, w których posiadaniu jest Rzecznik a także inne podmioty (m.in. NFZ oraz Minister Zdrowia), pozwalają na zobrazowanie pewnych tendencji, które zachodzą w ochronie zdrowia oraz świadczą o występowaniu konkretnych problemów. Nie zawsze pozwalają one jednak na ocenę ich skali czy konsekwencji, jakie ponosi pacjent.

Zdarza się, że naruszenia praw pacjenta ujawniają się lub są zgłaszane, dopiero gdy pacjent ponosi ich poważne konsekwencje, jak ma to miejsce na przykład przy wystąpieniu błędu medycznego. Przykładem są naruszenia prawa do dokumentacji medycznej, które najczęściej ujawniają się, dopiero gdy pacjent potrzebuje jej udostępnienia lub kiedy doszło do błędu medycznego. Nie oznacza to jednak, że naruszenia tego prawa nie występują także w innych sytuacjach. Skutkuje to tym, że zarówno Rzecznik, jak i inne podmioty w systemie ochrony zdrowia, dysponują jedynie częścią danych dotyczących przestrzegania praw pacjenta. W uzupełnianiu tej luki informacyjnej niezmiernie ważną rolę pełnią organizacje pacjentów, których celem, między innymi, jest zbieranie i propagowanie informacji o perspektywie i problemach pacjentów, prowadzenie dialogu w sprawach systemowych w ochronie zdrowia i wymiana poglądów w kwestiach najistotniejszych z punktu widzenia pacjenta.

Biorąc powyższe pod uwagę należy zauważyć, jak kluczową rolę odgrywa edukacja pacjentów i innych podmiotów zaangażowanych w ochronę zdrowia dotycząca praw pacjenta. Lepsza znajomość praw, u wszystkich zaangażowanych stron, może skutkować nie tylko ich lepszym przestrzeganiem, ale także większą zgłaszalnością problemów, dzięki której lepiej można byłoby identyfikować największe wyzwania i proponować potrzebne rozwiązania.

Każdy sygnał napływający do Biura stanowi informację o sytuacji pacjentów w systemie opieki zdrowotnej. Pacjenci zgłaszają się do Biura często w momentach ważnych dla ich życia i zdrowia, w sprawach, które dotyczą podstawowych potrzeb i wartości – godności, poczucia bezpieczeństwa, jakości życia. Dlatego całościowo informacje, którymi dysponuje Rzecznik mają ogromną wagę. Jednak w związku z faktem, że osoby, które decydują się zgłosić sprawę do Rzecznika, stanowią jedynie wycinek z grupy wszystkich pacjentów, analiza skupi się na przedstawieniu informacji dotyczących przestrzegania praw pacjenta z wielu źródeł m.in. wynikających z oficjalnych raportów, ale również danych Rzecznika oraz NFZ czy Ministra Zdrowia.

W niniejszym sprawozdaniu przedstawiono dane własne Rzecznika Praw Pacjenta, a także informacje otrzymane od Ministra Zdrowia oraz NFZ, dotyczące skarg i wniosków, które wpłynęły do tych instytucji, a także działań podjętych w 2024 r. Niektóre dane nie dotyczyły bezpośrednio praw pacjenta, dlatego nie zostały uwzględnione w niniejszym sprawozdaniu.

W pierwszej kolejności zostanie przedstawiona analiza przestrzegania prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Opracowanie na początku skupi się na omówieniu ogólnych informacji dotyczących wskazanego prawa, a także informacji, które zostały przekazane przez pacjentów do Rzecznika. Dalej zostaną omówione kwestie związane z dostępnością, jakością i bezpieczeństwem świadczeń zdrowotnych i problemów dotyczących tych zagadnień występujących w ochronie zdrowia. Analiza będzie zawierała informacje wynikające z różnych raportów i opracowań, a także omówienie zgłoszeń oraz prowadzonych postępowań przez Rzecznika. Ponadto, zostaną również przedstawione informacje NFZ oraz Ministra Zdrowia. Ostatnia część rozdziału będzie skupiać się na pozostałych prawach pacjenta¹⁷⁾. Analizie zostaną poddane w większości przypadków dane Rzecznika dotyczące wskazanych praw – kierowane zgłoszenia, postępowania wyjaśniające i postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

5.1. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych. Istotą każdej ingerencji medycznej jest podejmowanie działań mających na celu poprawę, ratowanie oraz przywracanie stanu zdrowia pacjentów, a więc właśnie udzielanie świadczeń zdrowotnych. Prawo to jest konkretyzacją konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia poprzez zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest to podstawowe prawo przysługujące pacjentowi.

Prawo do świadczeń ma wieloaspektowy charakter. Składa się na nie m. in. **prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej**¹⁸⁾. Prawo to stanowi, że pacjent w leczeniu, diagnostyce oraz profilaktyce ma mieć dostęp do świadczeń zdrowotnych, które są nieprzestarzałe i zgodne ze współczesną wiedzą medyczną. Co istotne, że wskazanego przepisu nie wynika wprost uprawnienie do uzyskania konkretnego świadczenia zdrowotnego finansowanego lub współfinansowanego ze środków publicznych. Podstawa do uzyskania przez pacjenta świadczenia gwarantowanego, finansowanego ze środków

¹⁷⁾ Kolejno: prawie do informacji o stanie zdrowia, prawie do dokumentacji medycznej, prawie do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, prawie do poszanowania intymności i godności pacjenta, prawie do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawie do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawie do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych, prawie do tajemnicy informacji, prawie pacjenta do opieki duszpasterskiej, prawie do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

¹⁸⁾ Art. 6 ust. 1 UPP.

publicznych znajduje się w przepisach ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych¹⁹⁾ oraz w przepisach wykonawczych do tej ustawy.

Na prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych składa się również **zapewnienie przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych²⁰⁾**. Przepis ten wskazuje, że nie każde świadczenie zdrowotne musi zostać udzielone pacjentowi na jego żądanie i natychmiast. W sytuacji ograniczonych zasobów finansowych czy kadrowych, pacjent ma prawo jedynie do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Istotny jest fakt, że decyzja o tym, iż stan pacjenta kwalifikuje go do uzyskania świadczenia poza kolejnością, nie zależy od subiektywnych odczuć pacjenta, ale od obiektywnych, medycznych przesłanek.

Prawo do świadczeń zdrowotnych przewiduje również, że pacjent ma **prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka lub położna zasięgnęła opinii innej pielęgniarki lub położnej²¹⁾**. W takim przypadku żądanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna je za bezzasadne. Ma on wówczas obowiązek odnotować sytuację w dokumentacji medycznej pacjenta. Takie same zasady stosuje się także do pielęgniarki czy położnej w sytuacji zasięgania opinii innej pielęgniarki czy położnej.

W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia, pacjent ma również **prawo do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej²²⁾**. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do natychmiastowego uzyskania świadczeń zdrowotnych z nim związanych.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych wskazuje również, że osoby wykonujące zawód medyczny (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny etc.) **mają obowiązek udzielać pacjentowi świadczeń zdrowotnych z należytą starannością oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej²³⁾**. Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w sposób i przy użyciu sprzętu, który spełnia odpowiednie warunki techniczne i sanitarne. Istotne jest również to, aby świadczenia udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne były zgodnie z zasadami etyki zawodowej, ale również z

¹⁹⁾ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)

²⁰⁾ Art. 6 ust. 2 UPP.

²¹⁾ Art. 6 ust. 3-6 UPP.

²²⁾ Art. 7 ust. 1 i 2 UPP.

²³⁾ Art. 8 UPP.

należyta starannością. Oznacza to nałożenie na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązku zapewnienia odpowiednich warunków leczenia czy diagnostyki. Ponadto, lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do zachowania należytej staranności.

Prawo do świadczeń zdrowotnych związane jest ściśle z trzema niezwykle ważnymi obszarami – dostępnością do opieki zdrowotnej, jakością i bezpieczeństwem świadczeń zdrowotnych. Po stronie organów władzy publicznej odpowiedzialnych za ochronę zdrowia nie istnieje obowiązek tylko zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych, ale również odpowiedniej ich jakości, co ma bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo pacjenta. Naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w znacznej większości przypadków dotyczą właśnie wskazanych obszarów tematycznych. Przyjęty podział ma za zadanie analizę realizacji prawa do świadczeń biorąc pod uwagę wskazane aspekty. Będzie miał za zadanie wprowadzenie większej czytelności w zrozumieniu ewentualnych naruszeń prawa do świadczeń i przedstawieniu głównych obszarów naruszeń tego prawa.

Informacje od pacjentów, które trafiają do organów odpowiedzialnych za system ochrony zdrowia najczęściej dotyczą właśnie prawa do świadczeń zdrowotnych. Wynika to z faktu, że najważniejszy dla pacjentów jest dostęp do odpowiedniego leczenia oraz diagnostyki. Nie dziwi więc sytuacja, w której pacjenci najczęściej zgłaszają trudności z dostępem do świadczeń zdrowotnych oraz ich jakością, w dalszej zaś kolejności wskazują na problemy wynikające z nieprzestrzegania pozostałych praw.

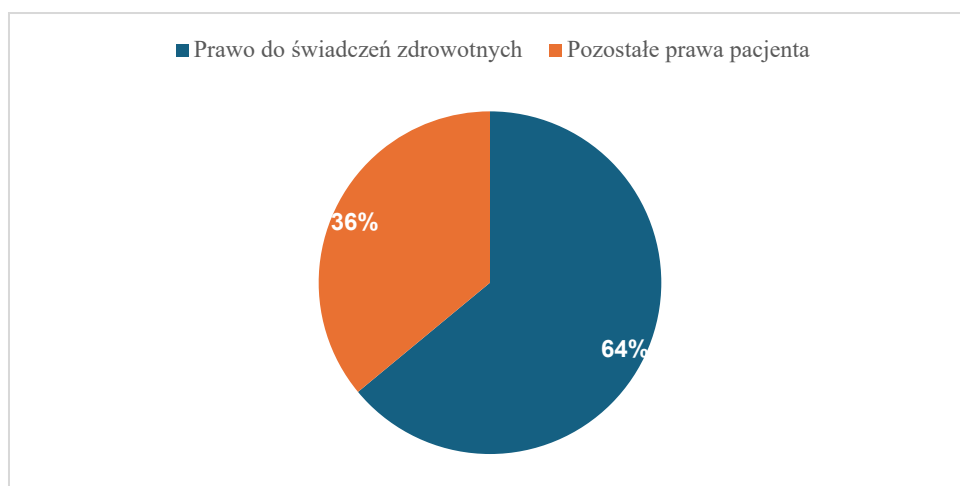
Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do świadczeń zdrowotnych

W 2024 r. do Rzecznika wpłynęło 45 144 spraw dotyczących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, co stanowi prawie dwie trzecie wszystkich zgłoszeń dotyczących praw pacjenta.

Wśród zgłoszeń kierowanych do RPP sygnalizujących naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych połowa dotyczyła jakości i bezpieczeństwa. W stosunku do roku poprzedniego nastąpiła zmiana, gdzie najczęściej sygnalizowane były naruszenia związane z dostępnością.

Na przestrzeni 2024 r., rozpatrując prawo do świadczeń zdrowotnych, pacjenci najczęściej sygnalizowali problem dotyczący przebiegu leczenia, jakości, bezpieczeństwa i kompleksowość (23223 zgłoszeń), w tym zastrzeżenia do jakości leczenia lub pielęgnacji. Na drugim miejscu wskazano problem dostępności, dotyczący kolejek, terminu świadczeń oraz czasu oczekiwania (16605 zgłoszeń).

Wykres 7: Sprawy kierowane do Rzecznika w 2024 r. dotyczące prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych

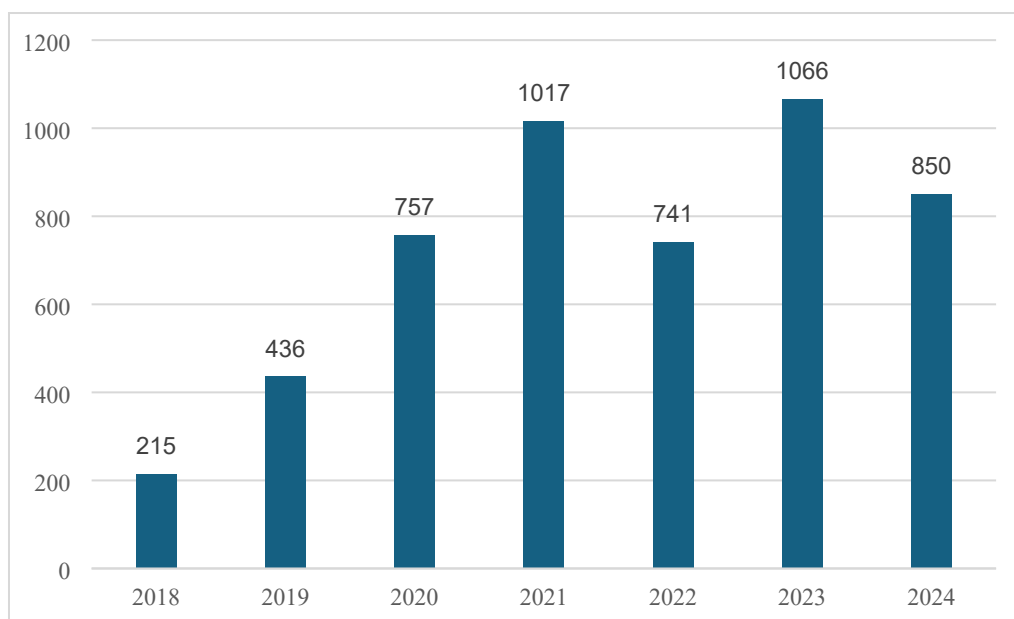


Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych zakończone przez Rzecznika dotyczące prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych

W 2024 r. Rzecznik zakończył 1437 postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych. Postępowania te stanowią 90% wszystkich zakończonych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych²⁴⁾. Naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych stwierdzono 850 razy. W pozostałych postępowaniach nie stwierdzono naruszenia tego prawa, postępowania umorzono bądź przy ponownym rozpatrzeniu sprawy utrzymano w mocy poprzednie rozstrzygnięcie, w którym nie stwierdzono naruszenia prawa do świadczeń.

Wykres 8: Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w indywidualnych postępowaniach wyjaśniających w latach 2017–2024

²⁴⁾ Jedno postępowanie mogło dotyczyć więcej niż jednego prawa pacjenta



Najwięcej przypadków stwierdzenia naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych (807), dotyczyło naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, przy zachowaniu zasad etyki zawodowej przez personel medyczny. Stanowiło to ponad 94% wszystkich spraw, w których stwierdzono naruszenie wskazanego prawa. Ponadto Rzecznik stwierdził 42 naruszeń prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, 4 naruszeń prawa pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz 12 naruszeń prawa pacjenta do natychmiastowego udzielania świadczeń ze względu na zagrożenie zdrowia i życia lub w przypadku porodu. Stwierdzono 3 naruszenia prawa pacjenta do żądania, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).

Przykładowe postępowanie wyjaśniające, w których stwierdzono naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych w 2024 r.:

W podmiocie leczniczym pacjentce odmówiono założenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej na NFZ. Ponadto lekarz odmówił pacjentce wydania zaświadczenia na piśmie oraz zaproponował założenie wkładki domacicznej w gabinecie prywatnym. Po przeanalizowaniu sprawy uznaliśmy naruszenie jej praw do świadczeń zdrowotnych.

Naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych w sprawach indywidualnych w podziale na poziomy opieki

Tabela VIII: Zestawienie liczby postępowań w sprawach indywidualnych zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, w różnych poziomach opieki

zdrowotnej, z liczbą zgłoszeń kierowanych do Rzecznika dotyczących tego prawa i liczbą wizyt/hospitalizacji w różnych poziomach opieki w 2024 r.

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Liczba wizyt/porad/hospitalizacji	Liczba zgłoszeń kierowanych do Rzecznika²⁵⁾	Liczba stwierdzonych naruszeń prawa do świadczeń w postępowaniach indywidualnych
Podstawowa opieka zdrowotna	182 258 038	10 676	60
Ambulatoryjne leczenie specjalistyczne	81 056 908	10 829	167
Lecznictwo szpitalne	12 592 789	13 584	534
Inne	b.d.	11629	46

Wśród zgłoszeń kierowanych do RPP sygnalizujących naruszenia prawa pacjenta najwięcej dotyczyło leczenia szpitalnego (13584 zgłoszeń), co stanowi 1/3 wszystkich zgłoszeń. W stosunku do roku poprzedniego zauważalna jest tendencja wzrostowa z 10667 zgłoszeń.

Ponad połowa przypadków stwierdzenia w postępowaniach indywidualnych naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych dotyczyła leczenia szpitalnego – 534 (ponad 60%).

Wykonanie zaleceń

W tym miejscu należy wskazać, że na 703 wydanych zaleceń w postępowaniach wyjaśniających w większości, podmioty wykonały zalecenia wskazane przez Rzecznika. Można stwierdzić na tej podstawie, że podmioty, wobec których zostało stwierdzone naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, w większości przypadków wykonują zalecenia i wprowadzają zmiany, o które wnosi Rzecznik. Należy zaznaczyć, że w przypadku niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie upłynął jeszcze (stan na koniec 2024 r.) termin wyznaczony do uwzględnienia wydanych zaleceń.

²⁵⁾ Liczba zgłoszeń dotyczących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych wraz z liczbą wniosków, która wpłynęła do Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych dotycząca leczenia szpitalnego.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

Liczba wszczętych postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w 2024 r. wynosiła 417. W tym 397 postępowań dotyczyły podejrzenia naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, co stanowi 94% wszystkich postępowań (znakomita większość prowadzonych postępowań dotyczyła wyłącznie prawa do świadczeń zdrowotnych, ale w niektórych przypadkach, postępowanie zbiorowe dotyczyło więcej niż jednego prawa pacjenta). 92% postępowań zbiorowych dotyczących prawa do świadczeń odnosiło się do prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (387 postępowań).

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej Rzecznik prowadził łącznie 1248 spraw dotyczących realizacji prawa do świadczeń. Stanowiło to ponad 20% wszystkich prowadzonych spraw związanych z opieką psychiatryczną. Spośród tych spraw, najwięcej dotyczyło zgłoszeń 780 (63%). Liczba skarg wyniosła 223 (18%). Własne inicjatywy rzeczników dotyczące oceny przestrzegania tego prawa obejmowały 245 spraw (prawie 20%).

Prawo pacjenta	Skargi pisemne	Skargi ustne	Inicjatywa własna	Zgłoszenie pisemne	Zgłoszenie ustne	Łącznie
Prawo do świadczeń zdrowotnych	152	71	245	398	382	1248

Przykład sprawy:

Pacjent oddziału psychiatrycznego ze względu na stan zdrowia był osobą całkowicie zależną od osób się nim opiekujących. Przez dwa tygodnie, zanim pacjent w stanie krytycznym trafił do szpitala powiatowego na oddział wewnętrzny, pozostawał pod opieką personelu szpitala psychiatrycznego. Jako osoba całkowicie zależna, chory został zakwalifikowany nieprawidłowo do II kategorii opieki pielęgniarstwa. Pacjent nie był należycie leczony i zaopiekowany. Brakowało należytej staranności w interpretacji sprawozdań z badań laboratoryjnych. W konsekwencji, w stanie krytycznym z powodu odwodnienia został przewieziony do szpitala powiatowego, w którym po kilku godzinach zmarł z powodu uszkodzenia nerek.

Dostępność do świadczeń zdrowotnych

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W 2024 r. osób ubezpieczonych było 34,21 mln osób, które określa się mianem

ubezpieczonych objęte było nim 91,2% osób²⁶⁾, co oznacza nieznaczny wzrost w stosunku w stosunku do lat poprzednich. Niektóre grupy, w tym kobiety w ciąży i dzieci poniżej 18. roku życia, mają prawo dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od statusu ich ubezpieczenia²⁷⁾.

Zakres świadczeń dostępny w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest szeroki, choć istnieją w nim pewne ograniczenia. Na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego składają się różnorodne czynniki, m.in. zasady organizacji procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń, całościowa koordynacja świadczeń czy faktyczna możliwość realizacji świadczeń gwarantowanych. Uwagę należy poświęcić także kwestii równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Może być ona ograniczona choćby ze względu na wiek, miejsce zamieszkania czy specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności. Warto zauważyć, że na ocenę dostępności składają się nie tylko obiektywne przesłanki, ale również subiektywne doświadczenia pacjentów w kontaktach z podmiotami leczniczymi.

Z tego względu w sprawozdaniu zostały przyjęte dwie perspektywy opisywania dostępności do świadczeń – bezpośrednie spojrzenie pacjentów, wynikające ze zgłaszanych skarg i wniosków, uzupełnione innymi danymi, oraz szerszy kontekst systemowy.

Ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych

W Polsce równy dostęp do świadczeń zdrowotnych bywa ograniczony ze względu na przesłanki techniczne, organizacyjne, finansowe oraz kadrowe. W latach ubiegłych na dotychczasowe wyzwania systemu ochrony zdrowia w zakresie dostępności pacjentów do opieki zdrowotnej nałożyła się epidemia COVID-19, która w znaczący sposób wpłynęła na ten system w latach 2020–2021.

W 2024 r. ze względu na pojawiające się informacje medialne o braku płatności szpitalom za nadwykonania przez NFZ, Rzecznik Praw Pacjenta w listopadzie i grudniu monitorował zgłoszenia pacjentów dotyczące odwoływania, przekładania leczenia. Na ich podstawie były kierowane wystąpienia do NFZ. Przez 2 miesiące odnotowano 93 zgłoszenia dotyczące problemów pacjentów związanych z odwoływaniem i przekładaniem leczenia albo odmową rejestracji na świadczenia w związku z problemami finansowymi NFZ. 36 zgłoszeń dotyczyło operacji, 13 stomatologii, 7 rehabilitacji. Otrzymaliśmy informacje o 36 odwołanych świadczeniach i 33 o odmowach udzielenia świadczenia albo zapisania na leczenie. Skala informacji, które otrzymał Rzecznik Praw Pacjenta nie była duża.

²⁶⁾ Na podstawie danych GUS i NFZ, stan na grudzień 2024 r.

²⁷⁾ Art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z raportu Barometr WHC (Fundacji Watch Health Care), przedstawiającym zmiany w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, wynika że w październiku i listopadzie 2024 roku średni czas oczekiwania na jedno świadczenie zdrowotne wyniósł 4,2 miesiąca. W porównaniu z danymi z lipca i sierpnia 2023 roku, gdy wynosił on 3,5 miesiąca, nastąpiło jego wydłużenie o 0,7 miesiąca²⁸⁾.

Problemy zgłaszane przez pacjentów w zakresie dostępności

Związane z tym obszarem sygnały i zgłoszenia napływające do Rzecznika dotyczą problemów z zakresu jakości i bezpieczeństwa, dostępności do podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz świadczeń zdrowotnych. Sygnały dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych stanowiły 36% wszystkich dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych. Problemy pojawiające się w związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń zgłaszane są przez pacjentów także do innych instytucji publicznych m.in. NFZ. Skargi i wnioski dotyczące dostępności stanowiły ponad 79% wszystkich napływających do NFZ w 2024 r.²⁹⁾ Jest to nieznacznie więcej niż w 2022 r.

Tabela IX: Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców rozpatrzone przez NFZ w 2024 r.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Dostępność do świadczeń	Jakość udzielanych świadczeń	Pozostałe	Ogółem
POZ m.in.	świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	1 155	95	56	1306
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	135	23	5	163

²⁸⁾ Barometr WHC, Raport dotyczący zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 01/01/2025, Polacy w kolejkach, <https://drive.google.com/file/d/1sYlPbGXH0aHI25da4ujAxe8tPYatORw/view> (dostęp: 14.05.2025 r.)

²⁹⁾ Na podstawie danych NFZ.

AOS m.in.	poradnie specjalistyczne – wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	842	118	48	1008
Leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych – lekowych i chemioterapii) m.in.	oddziały szpitalne – wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	437	96	32	565
Wybrane inne z największą ilością skarg:					
Rehabilitacja lecznicza m.in.	w warunkach ambulatoryjnych	122	16	7	145
Leczenie stomatologiczne m.in.	stomatologia ogólna m.in.	190	44	40	274
Razem (wszystkie skargi i wnioski)		3551	621	296	4468

Świadczenia dla obywateli Ukrainy

Zgodnie z ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa³⁰⁾, każdy obywatel Ukrainy legalnie przebywający w Polsce ma zagwarantowany dostęp do publicznego systemu ochrony zdrowia na tych samych zasadach co obywatele polscy. NFZ finansuje każde świadczenie medyczne dla obywatela Ukrainy w publicznej służbie zdrowia. Finansowanie tych świadczeń jest zagwarantowane z budżetu państwa.

³⁰⁾ Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337 z późn. zm.).

Zgodnie z danymi prezentowanymi na stronie internetowej – Otwarte Dane, liczba nadanych numerów PESEL obywatelom Ukrainy (stan na 10.12.2024 r.) wyniosła 987 781³¹⁾. W 2024 r. udzielono świadczeń zdrowotnych 210 256 obywatelom Ukrainy.

Dane, którymi dysponujemy wskazują, że w związku z wojną na Ukrainie i napływem migrantów zza wschodniej granicy, od początku wojny nie nastąpiło zauważalne pogorszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla obywateli Polskich. Należy zwrócić uwagę na fakt, że nastąpił znaczny spadek liczby obywateli Ukrainy, którym udzielono świadczeń w stosunku do roku 2023 r., a liczba osób uprawnionych do uzyskania świadczeń zdrowotnych spadła. Może wiązać się to z migracją ludności ukraińskiej w ramach Unii Europejskiej, wyjazdami części osób poza Europę, a także ze względu na powrót do kraju. Sytuacja taka może również wynikać z przejścia części obywateli Ukrainy do sektora prywatnej opieki zdrowotnej.

Dostępność pod kątem rodzajów świadczeń zdrowotnych

Podstawowa Opieka Zdrowotna

Podstawowa Opieka Zdrowotna to ważny element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jest częścią systemu opieki zdrowotnej, która powinna zapewniać kompleksową i skoordynowaną opiekę zdrowotną nad pacjentem i jego rodziną w miejscu zamieszkania. Celem POZ jest także ocena potrzeb objętej opieką populacji, ustalenie priorytetów zdrowotnych, działania profilaktyczne i edukacja zdrowotna³²⁾. Dlatego dostęp do świadczeń POZ jest niezmiernie ważnym kryterium w ocenie całościowej dostępności ochrony zdrowia.

W 2024 r. pacjenci odbyli prawie 182 mln wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej³³⁾. Oznacza to wzrost liczby wizyt o prawie 8 mln, czyli 4,6% w stosunku do roku poprzedniego³⁴⁾. Pacjenci odbyli również prawie 13,8 mln wizyt w formie teleporady, co stanowi około 7,5% wszystkich wizyt. Oznacza to spadek liczby wizyt w tej formie.

W 2024 r. ze świadczeń POZ skorzystało ponad 158 529 Ukraińców, to oznacza spadek liczby osób o 49% w stosunku do 2023 r.

Jednym z kryteriów, istotnym dla oceny dostępności, jest możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych – szczególnie tych podstawowych – blisko miejsca zamieszkania. Znacząca większość pacjentów ma dostęp do placówek POZ w swojej gminie. W 2023 r. na terenie

³¹⁾ Dane dotyczą obywateli Ukrainy z aktualnym statusem UKR.

³²⁾ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527 z późn. zm.).

³³⁾ Na podstawie danych NFZ.

³⁴⁾ Na podstawie danych NFZ.

naszego kraju, w 18 z 2477 gmin nie było żadnej placówki świadczącej usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³⁵⁾. Oznacza to spadek liczby gmin, w których nie ma żadnej placówki POZ w porównaniu do roku ubiegłego. Z pewnością przyczyniło się to do wzrostu dostępności do POZ.

W przypadku udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej nie obowiązuje rejonizacja. Wybór lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ jest dokonywany w drodze złożenia deklaracji wyboru przez pacjenta w tym zakresie. W 2024 r. na jednego lekarza POZ, w jednym podmiocie leczniczym, przypadało średnio 332 pacjentów, mediana wyniosła natomiast 287, co oznacza dwukrotny spadek w stosunku do roku poprzedniego³⁶⁾. Zalecana maksymalna liczba osób objętych opieką przez lekarza POZ to 2750 osób. Oznacza to, że w większości przypadków liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza POZ nie przekraczała połowy zalecanego limitu.

Dane z raportu Fundacji My Pacjenci na temat opieki koordynowanej pokazały, że pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe (takie jak cukrzyca, schorzenia kardiologiczne, nefrologiczne oraz endokrynologiczne) wskazywali, że koordynowana opieka zdrowotna istotnie poprawia ich poziom poinformowania, a przekazywane informacje są dostosowane do ich indywidualnych potrzeb. Ponad 78% ankietowanych potwierdziło, że przy tworzeniu Indywidualnego Planu Medycznego uwzględniono wszystkie ich oczekiwania. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) realizujące model opieki koordynowanej oferują pacjentom możliwość wykonania badań diagnostycznych (takich jak EKG czy echo serca) w znacznie krótszym czasie niż w poradniach ambulatoryjnych – na przykład czas oczekiwania na EKG wynosi średnio 2,5 tygodnia, podczas gdy poza opieką koordynowaną sięga nawet 16 tygodni. Wysoko oceniana jest także rola koordynatora leczenia – pacjenci podkreślają łatwość kontaktu z nim oraz jego skuteczne wsparcie w procesie diagnostycznym. Ponad 91% respondentów potwierdza obecność koordynatora, a 97% wyraża zadowolenie z jakości świadczonych usług³⁷⁾.

Odmowa przyjęcia deklaracji wyboru lekarza pielęgniarki lub położnej, nie jest także problemem, który pacjenci zgłaszali do Rzecznika. Na przestrzeni 2024 r., pacjenci najczęściej sygnalizowali problem dotyczący dostępności, niespełna połowa zgłoszeń, to odmowy

³⁵⁾ Na podstawie danych NFZ.

³⁶⁾ Na podstawie danych NFZ.

³⁷⁾ Opieka koordynowana w POZ – ocena pacjentów – wyniki pierwszego badania opinii, <https://mypacjenci.org/opieka-koordynowana-w-poz-ocena-pacjentow-wyniki-pierwszego-badania-opinii/> (dostęp: 28.04.2025 r.)

rejestracji, przyjęcia lub udzielenia pomocy. To na drugim miejscu wskazano problem kolejek, w tym długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Brak możliwości skorzystania w odpowiednim terminie z świadczenia zdrowotnego może stworzyć wystarczające zagrożenie rezygnacji z wizyty.

Całościowo problemy związane z dostępnością w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły 28% wszystkich zgłoszeń i sygnałów napływających do Rzecznika dotyczących dostępności w obrębie prawa do świadczeń i ponad 34% wszystkich skarg i wniosków dotyczących dostępności do świadczeń, które napłynęły do NFZ w 2024 r.

Fakt, że znacząca liczba skarg, wniosków, sygnałów i zgłoszeń napływających do Rzecznika oraz NFZ w 2024 r. dotyczyła podstawowej opieki zdrowotnej nie świadczy o tym, że występowały tam największe problemy w dostępie do świadczeń. Podstawowa opieka zdrowotna jest też rodzajem świadczeń zdrowotnych, z których korzysta największa liczba obywateli. Liczba sygnałów i zgłoszeń pokazuje więc główne problemy pojawiające się w tym obszarze.

Często powtarzającymi się problemami, które były przedmiotem postępowań w sprawach indywidualnych, była odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy placówki, czy w terminie uzgodnionym z pacjentem oraz trudności w skontaktowaniu się z przychodnią.

W 2024 r. dużą zmianą dotyczącą dostępności do świadczeń zdrowotnych w POZ było wprowadzenie zmian dla niektórych osób pracujących w POZ – obowiązku ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. Z danych NFZ z grudnia 2024 r. wynika, że 41% poradni POZ przystąpiło do opieki koordynowanej.

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) obejmują porady lekarzy specjalistów, badania diagnostyczne, niektóre procedury zabiegowe niewymagające hospitalizacji oraz inne świadczenia, takie jak np. chemioterapia, dializy czy wykonanie protezy. Lekarze specjaliści oceniają stan zdrowia pacjenta oraz wskazują dalszy przebieg leczenia na podstawie wykonanych badań diagnostycznych. Lekarz ocenia, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też pacjent będzie musiał znaleźć się pod stałą opieką specjalistyczną. Aby skorzystać z porady lekarza specjalisty, trzeba uzyskać skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego), choć od zasady tej obowiązują wyjątki. Skierowanie nie jest wymagane m.in. do lekarzy ginekologów,

wenerologów, onkologów czy lekarza psychiatry.³⁸⁾ W 2024 r., w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, udzielono ponad 81 056 908 to prawie 1,5 mln mniej udzielonych porad niż rok wcześniej.

W 2024 r. z porad w ramach AOS skorzystało ponad 77 000 Ukraińców, czyli znacznie mniej niż w 2023 r.

Najczęściej poruszonym, niezmiernie ważnym tematem w kontekście dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jest kwestia czasu oczekiwania na wizytę w konkretnych poradniach, na zabiegi czy badania diagnostyczne. Świadczenia gwarantowane³⁹⁾ obejmują szerokie spektrum świadczeń zdrowotnych. Problem w obrębie dostępności opiera się więc przede wszystkim na możliwości ich uzyskania w czasie, który odpowiada potrzebom medycznym. Problem długiego czasu oczekiwania w ramach AOS jest wskazywany jako wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia nie tylko przez samych pacjentów. Mapa potrzeb zdrowotnych wskazuje go jako najbardziej dotkliwy problem w ramach AOS⁴⁰⁾.

Zgodnie z ostatecznym planem finansowym NFZ na 2024 r., planowane nakłady na koszty świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wyniosły 17, 66 mld złotych, co stanowi wzrost o ponad 2 mld złotych w stosunku do roku 2023 r. Jak wynika z raportu Watch Health Care Barometru WHC analizującego dostępność do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce, rok 2024 przyniósł najgorszy wynik w historii pomiarów prowadzonych od 2012 roku – przeciętny czas oczekiwania na świadczenia medyczne wynosi obecnie 4,2 miesiąca. Najbardziej wydłużone są kolejki do angiologa, gdzie pacjenci czekają średnio 13,9 miesiąca, endokrynologa – 12,1 miesiąca oraz do chirurga naczyniowego – 11,6 miesiąca.

Długi czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne nie oznacza każdorazowo ograniczenia w dostępności do danego świadczenia. Nie oznacza również każdorazowego naruszenia praw pacjenta. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych prawo pacjenta do tych świadczeń zapewnia prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia pacjentowi ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwości szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia, pacjent powinien otrzymać skierowanie z kategorią

³⁸⁾ Art. 57 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³⁹⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.)

⁴⁰⁾ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2021. 69).

„przypadek pilny”⁴¹⁾. Pozostali pacjenci kierowani są do lekarzy specjalistów w trybie stabilnym. Warto zaznaczyć, że w tym kontekście mowa przede wszystkim o czasie oczekiwania na pierwszą wizytę u lekarza danej specjalizacji. Pacjenci, którzy są pod opieką lekarza specjalisty, powinni mieć wyznaczane przez lekarza kolejne wizyty, zgodnie z potrzebami wynikającymi z procesu leczenia.

Problem długiego czasu oczekiwania na świadczenia w ramach AOS jest zagadnieniem złożonym. Pojawiają się istotne różnice w konkretnych dziedzinach medycyny. Przyczyny tego problemu nie są jednorodne, a wpływ na taki stan rzeczy mogą mieć różne czynniki jak: liczba lekarzy, organizacja i koordynacja świadczeń, jakość usług świadczonych w konkretnych podmiotach, dostępność sprzętu medycznego czy wybory pacjentów, które mogą być różnorodnie motywowane m.in. bliskością miejsca zamieszkania, renomą danej placówki czy jej znajomością. Według mapy potrzeb zdrowotnych do problemu przyczyniają się wszystkie zaangażowane strony – od świadczeniodawców, przez płatnika, organizatora opieki zdrowotnej, po samych pacjentów⁴²⁾. Wielu komentatorów upatruje szansy na skrócenie kolejek do specjalistów we wprowadzeniu opieki koordynowanej.

Według danych NFZ, przekazanych przez świadczeniodawców, na koniec 2024 r., w przypadku stabilnym najdłuższy czas oczekiwania na wizytę był w poradni dla osób z autyzmem dziecięcym w województwie podlaskim (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 992 dni), następnie do poradni ortodontycznej dla dzieci w podkarpackim (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 783 dni) oraz w poradni neurochirurgicznej w pomorskim (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 733 dni).

W przypadku pilnym najdłużej pacjenci musieli czekać do poradni dla osób z autyzmem dziecięcym (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 889 dni), poradni chorób metabolicznych w warmińsko-mazurskim (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 517 dni) oraz poradni chorób naczyń w województwie podlaskim (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 388 dni).

Szerszych i bardziej szczegółowych analiz wymaga kwestia oczekiwania na kolejne świadczenia w przypadku złożonych procesów diagnostyczno-terapeutycznych, gdy pacjent wymaga wieloetapowej diagnozy lub leczenia opierającego się na współpracy lekarzy różnych specjalizacji. W takich sytuacjach możliwa jest pewnego rodzaju kumulacja czasów oczekiwania, a samo nawigowanie systemu opieki zdrowotnej może być wyjątkowo wymagające.

⁴¹⁾ Art. 59b ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁴²⁾ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.

W 2024 r. do RPP wpłynęło 5119 zgłoszeń dotyczących dostępności świadczeń zdrowotnych w AOS. Czas oczekiwania na świadczenie był głównym problemem, z którym pacjenci i pacjentki zwracali się do Rzecznika w 2024 r. w kontekście dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 2019 zgłoszeń. W porównaniu do zeszłego roku otrzymano aż 2054 zgłoszeń mniej. Kolejnym najliczniej zgłaszanym problemem był przebieg leczenia – jakość i bezpieczeństwo udzielania świadczeń i (2902 zgłoszeń). Całościowo problemy związane z dostępnością w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stanowiły 47% wszystkich zgłoszeń i sygnałów napływających do Rzecznika dotyczących dostępności w obrębie prawa do świadczeń. 27,2% wszystkich skarg i wniosków dotyczących dostępności do świadczeń, które napłynęły do NFZ w 2024 r. związane były z dostępnością do AOS.

Warto zauważyć, od 1 lipca 2024 r. podwyższono wyceny świadczeń w AOS poprzez podwyższenie ceny punktu. Zmiany polegające na podwyższeniu wyceny świadczeń stanowią dostosowanie do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, co powinno zwiększyć dostępność do świadczeń w rodzaju AOS. Od końca 2024 r. trwają prace nad zmianami w zakresie finansowania AOS, ponieważ zniesienie limitów do AOS w 2021 r. nie przyniosło oczekiwanej poprawy i skrócenia kolejek. Planowane regulacje mają poprawić sytuację pacjentów pierwszorazowych.

Od 26 sierpnia 2024 r. podmioty posiadające umowę z NFZ na realizację badań profilaktycznych (mammografia, cytologia) lub świadczeń kardiologicznych mogły przystąpić do pilotażowego programu centralnej e-rejestracji. Program ten stanowi etap przygotowawczy do obowiązkowego, ustawowego wdrożenia ogólnokrajowego systemu elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia medyczne, planowanego na koniec 2025 r. Projektowana ustawa przewiduje utworzenie jednolitego, centralnego systemu rejestracji i zarządzania kolejnością udzielania świadczeń zdrowotnych. Nowe rozwiązania mają uprościć i przyspieszyć proces zapisu pacjentów oraz zapewnić im pełny dostęp do informacji o dostępnych terminach u wszystkich świadczeniodawców. W ramach reformy przewidziano wdrożenie wspólnego dla całego kraju elektronicznego systemu zgłoszeń oraz centralnego rejestru oczekujących, który zastąpi dotychczasowe, indywidualne listy prowadzone przez poszczególne placówki. Do udziału w pilotażu zgłosiło się dotąd blisko 200 podmiotów, głównie z zakresu mammografii (96) i kardiologii (92), przy czym część z nich uczestniczy w więcej niż jednym obszarze. Podmioty te obsługują znaczącą część miesięcznych świadczeń – około 47 tys. terminów mammografii (prawie 49% ogólnej liczby) i 70 tys. terminów kardiologicznych (15% całości)⁴³.

⁴³) Dane MZ.

Z raportu Barometr WHC (Fundacji Watch Health Care), przedstawiającym zmiany w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, wynika że średni czas oczekiwania na konsultację u lekarza specjalisty wynosi 4,3 miesiąca. W porównaniu z lipcem i sierpniem 2023 roku, kiedy było to 3,7 miesiąca, czas ten wydłużył się o 0,6 miesiąca. Raport wskazuje na poważny problem z ograniczonym dostępem do lekarzy specjalistów oraz długim czasem oczekiwania na świadczenia, co skutkuje znacznym wydłużeniem całego procesu leczenia. Od momentu wizyty u lekarza POZ do operacji usunięcia żylaków kończyn dolnych upływa średnio 35,8 miesiąca. Na leczenie aparatem ortodontycznym pacjenci czekają przeciętnie 21 miesięcy od pierwszej konsultacji z ortodontą. W przypadku operacji wymiany zastawki serca, czas od wizyty u lekarza POZ do zabiegu wynosi średnio 21,4 miesiąca.

Pacjenci kierowani na endoprotezoplastykę stawu kolanowego muszą liczyć się z oczekiwaniem trwającym około 20,7 miesiąca od wizyty u lekarza rodzinnego⁴⁴⁾.

Leczenie szpitalne

Opieka szpitalna stanowi integralną i niezbędną część każdego funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej na świecie. Leczenie szpitalne jest niezwykle istotne z punktu widzenia zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na zapewnienie im odpowiedniej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Jak wskazuje się w opracowaniach, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, Rzeczpospolita Polska charakteryzuje się wysokimi nakładami finansowymi na lecznictwo szpitalne⁴⁵⁾.

W 2024 roku liczba wszystkich hospitalizacji w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne wyniosła 12 592 789 co oznacza wzrost o ponad 1 mln w porównaniu do roku ubiegłego⁴⁶⁾.

W 2024 r. z leczenia szpitalnego skorzystało prawie 28 321 Ukraińców, co oznacza spadek prawie dwukrotny w odniesieniu do roku poprzedniego.

Najdłuższy średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w rodzaju leczenie szpitalne w Polsce w 2024 r. w przypadku stabilnym dotyczył oddziałów: leczenia zaburzeń nerwicowych (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 1 582 dni w województwie zachodniopomorskim oraz 644 dni w województwie dolnośląskim), oddziału/ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 630 dni w województwie lubelskim).

⁴⁴⁾ Barometr WHC, Raport dotyczący zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 01/01/2025, Polacy w kolejkach, <https://drive.google.com/file/d/1sIYlpbGXH0aHI25da4ujAxe8tPYatORw/view> (dostęp: 14.05.2025 r.)

⁴⁵⁾ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.

⁴⁶⁾ Na podstawie danych NFZ.

W kontekście sygnałów i zgłoszeń kierowanych do Rzecznika, problemy związane z dostępnością leczenia szpitalnego stanowią 26% wszystkich zgłoszeń dotyczących dostępności w obrębie prawa do świadczeń, gdzie odnotowano wzrost o 10 punktów procentowych do zeszłego roku i ponad 12% skarg oraz wniosków dotyczących dostępności do świadczeń napływających do NFZ. Do Rzecznika zgłaszano przede wszystkim problem dotyczący odmowy rejestracji, przyjęcia lub udzielenia pomocy pacjentom (1104 zgłoszeń), drugim najczęściej zgłaszanym problemem był kolejni z długim czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego (840 zgłoszeń).

Rehabilitacja lecznicza

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezwykle istotną część leczenia pacjentów. W związku ze starzeniem się społeczeństwa, prognozuje się wzrost zapotrzebowania na tego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej. Wskazuje się, że problemy występujące w rehabilitacji związane są m.in. z wysoką średnią wieku osób udzielających świadczeń i długim czasem oczekiwania pacjentów na uzyskanie świadczenia zdrowotnego⁴⁷⁾. Rehabilitacja w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia jest realizowana w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych. Należy zauważyć, że świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych stanowią największą jej część⁴⁸⁾.

W 2024 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej skorzystało prawie 7 710 Ukraińców, co stanowi nieznaczny spadek w porównaniu do 2024 r.

Z analizy danych NFZ wynika, że w 2024 r. na koniec roku najdłuższa mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w trybie stabilnym w województwie śląskim, świętokrzyskim i opolskim i wynosiła odpowiednio 224, 215 i 199 dni. W trybie pilnym najdłużej oczekiwano w województwie śląskim (155 dni), świętokrzyskim (155 dni) i podlaskim (151 dni).

Należy zauważyć, że długi czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego we wskazanym zakresie, to szczególnie istotny problem zwłaszcza dla pacjentów pourazowych i pozabiegowych, którzy ze względu na skuteczność i efektywność leczenia powinni mieć zapewniony dostęp w czasie możliwie jak najkrótszym po incydencie. Odkładanie rehabilitacji w takich przypadkach może powodować negatywne skutki dla zdrowia pacjenta. Istotny dla omawiania rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych jest fakt, że sektor prywatny odgrywa w

⁴⁷⁾ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (s. 345).

⁴⁸⁾ Tamże.

rehabilitacji istotną rolę. Niestety brakuje danych pozwalających na oszacowanie skali tego zagadnienia⁴⁹⁾.

W 2024 r. wprowadzono zmiany w zakresie świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, dotyczyły one zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Wprowadzone zmiany miały na celu uporządkowanie zasad rozliczania świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej, co wynika z obowiązku NFZ jako płatnika do zapewnienia przejrzystego i właściwego sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych. Dotychczasowy model rozliczeń w tym obszarze wymagał korekty, aby umożliwić skuteczniejsze monitorowanie realizacji świadczeń oraz lepsze planowanie ich zakupu przez wojewódzkie oddziały Funduszu. Dzięki tym modyfikacjom pacjenci spełniający kryteria do fizjoterapii domowej będą mogli korzystać z usług wyłącznie u świadczeniodawców, którzy posiadają zawartą w tym zakresie odrębną umowę, co umożliwi zachowanie ciągłości terapii zgodnie z ustalonym planem usprawniania. Doprecyzowanie sposobu realizacji i rozliczeń świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej, zgodnie z warunkami kontraktu, pozwoli NFZ na ocenę realnego zapotrzebowania na tego typu usługi w poszczególnych regionach, co przyczyni się do poprawy dostępności tych świadczeń. Dodatkowo nowe regulacje umożliwiają świadczeniodawcom weryfikację, czy dany pacjent nie korzysta już z opieki innego podmiotu oferującego świadczenia w tym samym zakresie, co zabezpiecza ich przed ewentualnymi stratami finansowymi. W czerwcu 2024 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydała rekomendację, która przewidywała wzrost średniej stawki za punkt rozliczeniowy m.in. w umowach na świadczenia rehabilitacyjne⁵⁰⁾.

Mimo ograniczeń w dostępności do rehabilitacji leczniczej pacjenci stosunkowo rzadko zgłaszają ten problem zarówno do Rzecznika jak i innych instytucji. Jedynie 4% zgłoszeń napływających do Rzecznika dotyczących dostępności do świadczeń zdrowotnych dotyczy rehabilitacji. W przypadku NFZ jest to ok. 6% skarg i wniosków, co oznacza podobną sytuację jak w roku poprzednim. Brak dużej liczby skarg i wniosków w tym zakresie nie oznacza jednak realnego braku problemu z dostępnością do tego rodzaju świadczeń. Niska zgłaszalność może wynikać natomiast z faktu, że pacjenci korzystają w dużej mierze z rehabilitacji w sektorze prywatnym.

⁴⁹⁾ Tamże.

⁵⁰⁾ Dane NFZ.

Leczenie psychiatryczne dzieci i dorosłych

Dostępne dane na temat zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie, w tym również w Polsce. Należy zauważyć, że zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne związane z psychiatrią oraz gotowość do podjęcia leczenia na przestrzeni ostatnich lat wzrasta. Od wielu lat wskazuje się, że występują problemy systemowe związane z dostępem do leczenia psychiatrycznego dzieci i dorosłych.

W roku 2024 NFZ kontynuował wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej przeznaczonej dla dzieci i młodzieży w Polsce poszerzając, opartą o potrzeby małoletnich pacjentów, dostępność do świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zmiana polegająca na zorganizowaniu podmiotów leczniczych w trzy uzupełniające się ze sobą poziomy referencyjne, wprowadza standard wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Powyższe ma na celu zwiększenie dostępu do opieki psychologiczno-psychoterapeutycznej polegającej głównie na pracy środowiskowej, zapewnienie blisko miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy właściwej opieki w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji oraz zapewnienie specjalistycznej opieki psychiatrycznej w ośrodkach przygotowanych do realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży wymagających długotrwałego i specjalistycznego leczenia.

Efektem prowadzonych przez NFZ postępowań o zawarcie umów na realizację świadczeń gwarantowanych jest według stanu na dzień 31 grudnia 2024 funkcjonowanie:

- 491 (wzrost wobec roku 2023 o 10,1%) miejsc realizacji świadczeń w ramach Zespołu/Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny;
- docelowa liczba zespołów/ośrodków wynosi 557;
- 173 (wzrost wobec roku 2023 o 11,6%) poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – II poziom referencyjny w tym Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnia Zdrowia Psychicznego – II poziom referencyjny;
- 90 (wzrost wobec roku 2023 o 20%) oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – II poziom referencyjny;
- docelowa liczba Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, tj. w formie łączonej: poradnia zdrowia psychicznego i oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży wynosi 100;

- 36 oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w zakresie 34 Ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny.

Na realizację świadczeń psychiatrycznych przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył w roku 2024 ponad 1 mld 274 mln zł, co stanowi wzrost wobec roku 2023 o 27,14%. Stanowi to 22,24% środków finansowych przeznaczanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W roku 2024 kontynuowano również zmiany w sposobie organizacji i finansowania świadczeń psychiatrycznych dla osób dorosłych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego przedłużonego do 30 czerwca 2025 r., a określającego warunki organizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej. Jak czytamy w uzasadnieniu: „Głównym celem projektowanego rozporządzenia jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.) w aspektach organizacyjnych, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych”. Poszerzenie dostępności do świadczeń realizowanych w formacie centrów na kolejnych obszarach kraju, wymagały wskazania nowych podmiotów leczniczych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Wskutek zmian ww. rozporządzenia, w roku 2024 Fundusz zawarł dodatkowe umowy na realizację świadczeń i wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r. funkcjonowało 117 (wzrost wobec roku 2023 o 18,2%) centrów zdrowia psychicznego, obejmując swoją opieką ok. 50,8% dorosłej populacji kraju. Na ten cel płatnik przeznaczył środki finansowe w wysokości ponad 2 mld 77 mln zł, co stanowi wzrost wobec 2023 roku o 38,8%.

W 2024 r. z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało ponad 3 484 Ukraińców czyli ponad 1000 mniej niż w 2023 r.

Jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych

Jakość opieki zdrowotnej definiowana jest przez WHO jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”⁵¹⁾. Z jakością, blisko związany jest temat bezpieczeństwa, które jest dla Rzecznika niezwykle istotnym zagadnieniem.

⁵¹⁾ *Quality of care*, World Health Organization, https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 [dostęp: 22.04.2024 r.].

Konieczność zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej stanowi duże wyzwanie dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w kontekście konkurencyjności oferowanych pacjentom usług. Oznacza to ciągłą potrzebę doskonalenia, dopasowanie do potrzeb i wymagań pacjentów, a także utrzymanie i zwiększenie jakości dostępnych usług.

O ile w debacie publicznej częściej mówimy o dostępności świadczeń – również aktywnej kadrze medycznej, czasie oczekiwania na świadczenia czy tego jak dużo się ich udziela – poprawa jakości świadczeń i zwiększanie bezpieczeństwa pacjenta oraz ich skuteczne monitorowanie to kwestie kluczowe dla efektywnego systemu opieki zdrowotnej i dla przestrzegania praw pacjenta, w tym przede wszystkim prawa do świadczeń zdrowotnych, które gwarantuje nam dostęp do wykonywanych z należytą starannością świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. OECD definiuje jakość opieki zdrowotnej m.in. jako skuteczną podstawową opieką zdrowotną, w której miernikiem jest liczba możliwych do uniknięcia przyjęć szpitalnych na 100 000 populacji. Jak zostało wskazane w opracowaniu, m.in. astma i cukrzyca to przewlekłe schorzenia, które mogą być leczone w podstawowej opiece zdrowotnej, a przyjęcie z tych powodów do szpitala może wskazywać na problemy z jakością w podstawowej opiece zdrowotnej. W Polsce wskaźnik ten jest wysoki⁵²⁾.

Długość życia i oczekiwana długość życia w zdrowiu

Całościowa ocena jakości świadczeń zdrowotnych to bardzo złożone i trudne zagadnienie. W szerszej perspektywie czasowej, dla oceny jakości usług zdrowotnych pomocne mogą być ogólne dane dotyczące zdrowia populacji, choć oczywiście wynikają one także z dostępności świadczeń zdrowotnych. Są wyznacznikiem całościowej skuteczności działania systemu opieki zdrowotnej.

W 2023 roku średnia długość życia mężczyzn w Polsce osiągnęła 74,7 roku, a kobiet – 82 lata. W stosunku do roku 2022 oznacza to wzrost odpowiednio o 1,3 roku dla mężczyzn i o 0,9 roku dla kobiet. W 2023 roku oczekiwana długość życia w zdrowiu od momentu narodzin wyniosła 61,3 roku dla mężczyzn oraz 64,6 roku dla kobiet. W porównaniu z rokiem 2022 oznacza to wydłużenie o 1,2 roku w przypadku mężczyzn i o 0,9 roku w przypadku kobiet⁵³⁾.

Na podstawie danych Eurostat z 2022 r. pod względem średniej długości życia mężczyzn Polska (73,4 roku) uplasowała się dopiero na 28. miejscu spośród 34 europejskich państw objętych analizą. W przypadku kobiet wynik był nieco lepszy – Polska (81,1 roku) zajęła 24. Pozycję. W Polsce, tak jak w wielu innych państwach, mężczyźni cechują się wyższym wskaźnikiem

⁵²⁾ Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf?expires=1713354411&id=id&accname=guest&checksum=CB11961F2E089E061983FEBCEFA60FF95>, s. 27.

⁵³⁾ Na podstawie danych GUS

umieralności niż kobiety, jednak różnica ta jest znacznie bardziej wyraźna niż w przeważającej części krajów Europy⁵⁴⁾.

W Polsce do najczęstszych przyczyn zgonów należą choroby układu krążenia, nowotwory oraz schorzenia układu oddechowego. W 2022 roku odpowiadały one łącznie za ponad 66% ogółu zarejestrowanych zgonów⁵⁵⁾.

Wydłużający się przez ostatnie trzy dekady w Polsce średni czas życia został nagle przerwany na skutek pandemii SARS-CoV-2. Jednak wyniki najnowszej analizy wskazują na odwrócenie wcześniejszego spadkowego trendu i powrót do tendencji sprzed pandemii. W 2023 roku przeciętne trwanie życia kobiet i mężczyzn osiągnęło najwyższy poziom w historii kraju⁵⁶⁾.

Bieżąca ocena jakości świadczeń w służbie zdrowia wymaga systemu, który pozwala w usystematyzowany, całościowy sposób monitorować i analizować kwestie związane z jakością. W 2024 r. Rzecznik nie dysponował kompleksowymi danymi, które pozwoliłyby na taką analizę. W rozdziale IV niniejszego sprawozdania znajdują się opisy działań systemowych Rzecznika oraz innych instytucji odpowiedzialnych za system ochrony zdrowia w Polsce, które mają służyć zmianie tego stanu rzeczy.

Jakość świadczeń zdrowotnych w ocenie pacjentów

Związane z tym obszarem sygnały i zgłoszenia napływające do Rzecznika dotyczyły zastrzeżeń do leczenia na różnych jego etapach, w tym przykładowo warunków udzielania świadczeń, zastrzeżeń do postawionej diagnozy lub sposobu leczenia, zastrzeżeń do wypisu pacjenta ze szpitala czy niezapewnienia ciągłości leczenia.

Zastrzeżenia do jakości świadczeń zdrowotnych zgłaszane są przez pacjentów także do innych instytucji publicznych – m.in. do NFZ. Skargi i wnioski dotyczące jakości świadczeń zdrowotnych stanowiły około 13% wszystkich skarg napływających do NFZ w 2024 r., co stanowi spadek w stosunku do 2023 r.⁵⁷⁾

Jakość w ocenie pacjentów w różnych rodzajach świadczeń

Zgłoszenia i wnioski wpływające do Rzecznika w 2024 r., dotyczące jakości w 19% dotyczyły podstawowej opieki zdrowotnej, w 20% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a w 36% leczenia szpitalnego. Dla porównania zgłoszenia i wnioski wpływające do Rzecznika w

⁵⁴⁾ Dane Eurostat.

⁵⁵⁾ Dane GUS.

⁵⁶⁾ Dane GUS.

⁵⁷⁾ Na podstawie danych NFZ.

2023 r., dotyczące jakości w 17% dotyczyły podstawowej opieki zdrowotnej, w 19% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a w 40% leczenia szpitalnego.

W przypadku NFZ wpływające w 2024 r. skargi i wnioski z zakresu jakości dotyczyły w 20,6% podstawowej opieki zdrowotnej (co jest nieznacznym wzrostem w stosunku do roku 2023), prawie 24% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (co stanowi wzrost do roku poprzedniego), a w 15,4% leczenia szpitalnego. Pozostałe wnioski i skargi dotyczą innego rodzaju świadczeń, w tym 17,39% opieki stomatologicznej (co jest spadkiem w stosunku do roku poprzedniego).

Corocznie, znacznie więcej pacjentów odbywa wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej niż jest hospitalizowanych. W 2023 r. liczba wszystkich hospitalizacji wyniosła ponad 12,59 milionów, a wszystkich wizyt w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ponad 182,25 milionów. Widać więc, że pacjenci proporcjonalnie częściej sygnalizują problemy związane z jakością świadczeń w odniesieniu do leczenia szpitalnego niż innych świadczeń zdrowotnych. Przyczyny tego stanu rzeczy mogą być różne, można jednak przypuszczać, że ma to związek z faktem, że w trybie leczenia szpitalnego łatwiej ocenić jest skuteczność podjętych działań (niska jakość np. porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej może przynieść konsekwencje dopiero w wieloletniej perspektywie), a także, że wszelkie zdarzenia niepożądane bądź np. błędy diagnostyczne, mają szybsze i poważniejsze konsekwencje dla samych pacjentów. Osoby hospitalizowane są również w sytuacji, w której mają mniejszy wpływ na proces leczenia i całościowo są znacznie bardziej zależne od personelu medycznego, więc w momencie zastrzeżeń do procesu leczenia mają także mniej możliwości działania (np. zmiany lekarza).

Zgłoszenia dotyczące jakości w leczeniu szpitalnym w 2024 r. najczęściej dotyczyły zastrzeżeń do jakości leczenia lub pielęgnacji – 4530. W porównaniu do 2023 r., gdzie ilość zgłoszeń wynosiła 3603. Zastrzeżenia do jakości leczenia lub pielęgnacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej sygnalizowano natomiast 1659 razy, a w podstawowej opiece zdrowotnej – 1056. W 2024 r. pacjenci często skarżyli się także na kompleksowość udzielania świadczeń (1015 zgłoszenia dotyczyły leczenia szpitalnego, 978 podstawowej opieki zdrowotnej i 885 ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

Inne badania przedstawiające perspektywę pacjentów

Z badania przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej we współpracy z TUW Polskim Zakładem Ubezpieczeń Wzajemnych wynika, że niemal trzy czwarte pacjentów pozytywnie ocenia funkcjonowanie szpitali. Najlepiej oceniono kompetencje i zaangażowanie lekarzy oraz personelu medycznego, natomiast najwięcej krytyki dotyczyło długości oczekiwania na zaplanowane zabiegi i operacje. W ciągu ostatnich 12 miesięcy 17% ankietowanych przebywało w szpitalu – spośród nich 73% wystawiło pozytywną ocenę placówkom. Wśród osób, które nie były hospitalizowane, pozytywnie wypowiedziało się 43%,

a negatywnie 47%. Zaangażowanie i profesjonalizm kadry medycznej zyskały aż 88% pozytywnych ocen, a warunki szpitalne – 79%. Czas oczekiwania na leczenie spotkał się z krytyką u 45% respondentów, choć 53% pacjentów oceniło go mimo to pozytywnie⁵⁸⁾.

Bezpieczeństwo

Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi jedno z największych wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia, a także samymi podmiotami leczniczymi. Bezpieczeństwo pacjenta zostało zdefiniowane w zaleceniu Rady UE z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów jako stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody, ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną⁵⁹⁾. WHO w „Global Patient Safety Plan 2021-2030” określa natomiast bezpieczeństwo pacjenta jako działania, które mają na celu konsekwentne i trwałe obniżenie ryzyka, ograniczenie występowania szkód, których można uniknąć, zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia błędów i zmniejszenie wpływu szkód, gdy już wystąpią.

Jednym z problemów mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów jest brak znaczącej liczby standardów organizacyjnych oraz odniesienia, jakie czynności terapeutyczne należy wykonać w przypadku wystąpienia danego przypadku chorobowego, jego odmian lub powikłań. Ponadto, opracowania zwracają uwagę na zakażenia szpitalne, zgony pooperacyjne, jakość badań diagnostycznych czy problemy z farmakoterapią w szpitalach⁶⁰⁾.

Bezpieczeństwo pacjenta definiowane jest przez Rzecznika jako sytuacja, w której pacjent ma pewność co do faktu, że proces opieki nad nim cechuje się orientacją na jego dobro i zapewnienie procesów poprawy jakości. Z bezpieczeństwem pacjenta związane są dwa kluczowe zagadnienia: występowanie zdarzeń niepożądanych z udziałem pacjenta oraz procedury i regulaminy naruszające bezpieczeństwo pacjenta.

Z raportu Głównego Inspektora Sanitarnego z 2024 r. wynika, że od kilkunastu lat widoczny jest wzrost liczby zgłaszanych ognisk zakażeń szpitalnych. W 2023 roku odnotowano ich łącznie 2827. Rosnąca liczba zgłoszeń jest efektem skuteczniejszego nadzoru sprawowanego przez szpitalne zespoły ds. kontroli zakażeń, szerszego wykorzystania badań laboratoryjnych – zwłaszcza mikrobiologicznych – a także rosnącej świadomości personelu medycznego. W 2022 r. dla porównania zgłoszono 5107 ognisk.

⁵⁸⁾ <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/CBOS-prawie-73-proc-osob-dobrze-ocenia-szpitalne-88-proc-wskazuje-na-fachowosc-lekarzy-i-personelu,258692,1.html> [dostęp: 12.05.2025 r.]

⁵⁹⁾ Zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Dz. Urz. UE 2009, C 151/1.

⁶⁰⁾ *Informacja o wynikach kontroli. Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Najwyższa Izba Kontroli, KZD.034.001.2018 Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, Warszawa 2019.

Zgodnie z danymi OECD bezpieczna podstawowa opieka zdrowotna jest definiowana m.in. przez wskaźnik – liczbę dziennych dawek antybiotyków na 1000 osób. Dla Polski wskaźnik tej jest powyżej średniej OECD. Oznacza to, że Polsce antybiotyki są nadużywane przez pacjentów⁶¹⁾.

Zdarzenia niepożądane

Zdarzenie niepożądane to zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Zdarzeniem niepożądanym nie jest zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

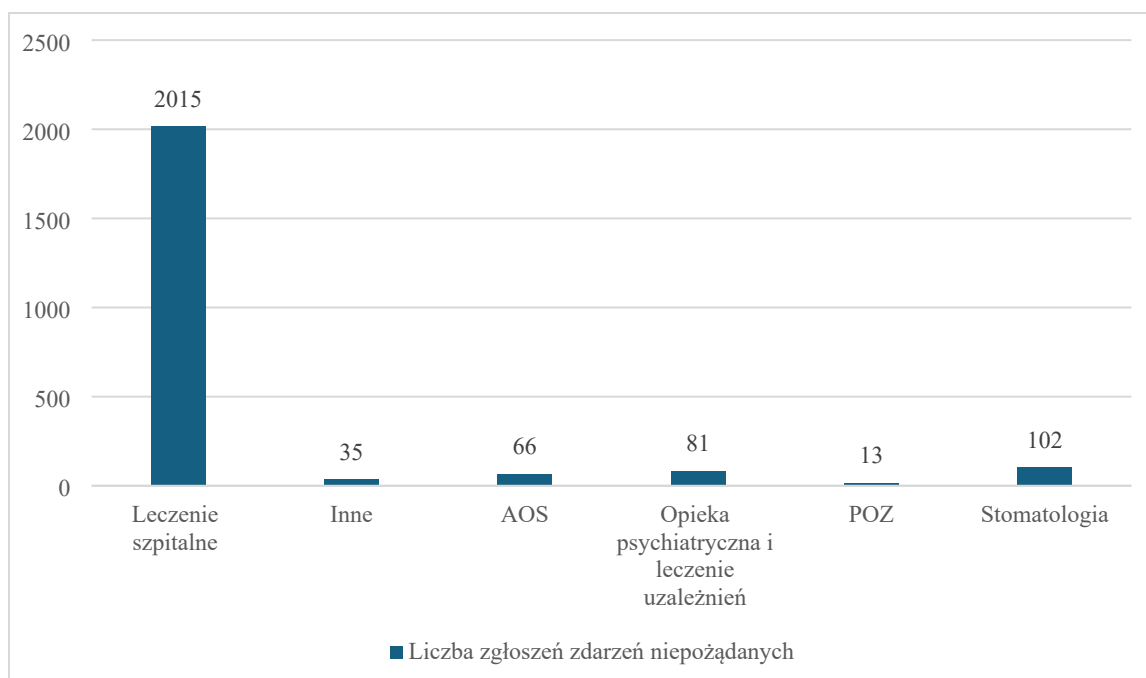
Od 2023 r. Rzecznik otrzymał formalną kompetencję do zbierania zgłoszeń pacjentów w zakresie zdarzeń niepożądanych. Rok 2022 był pierwszym rokiem, w którym Rzecznik zbierał informacje.

W 2024 r. Rzecznik zarejestrował 2232 spraw, w których zostało zgłoszone co najmniej jedno zdarzenie niepożądane, w sumie zarejestrowano 2308 zdarzeń. Stanowi to wzrost o 143,7% liczby zdarzeń niepożądanych w stosunku do roku ubiegłego. Wynika to z faktu, że w 2024 r. do zdarzeń niepożądanych zaliczono wszystkie wnioski – zdarzenia medyczne, które wpłynęły do Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (było ich 1574).

Prawie 90% zgłoszeń, w których zarejestrowano zdarzenie niepożądane dotyczyło leczenia szpitalnego.

Wykres 9: Zgłoszenia zdarzeń niepożądanych według rodzaju świadczeń

⁶¹⁾ OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, s. 212

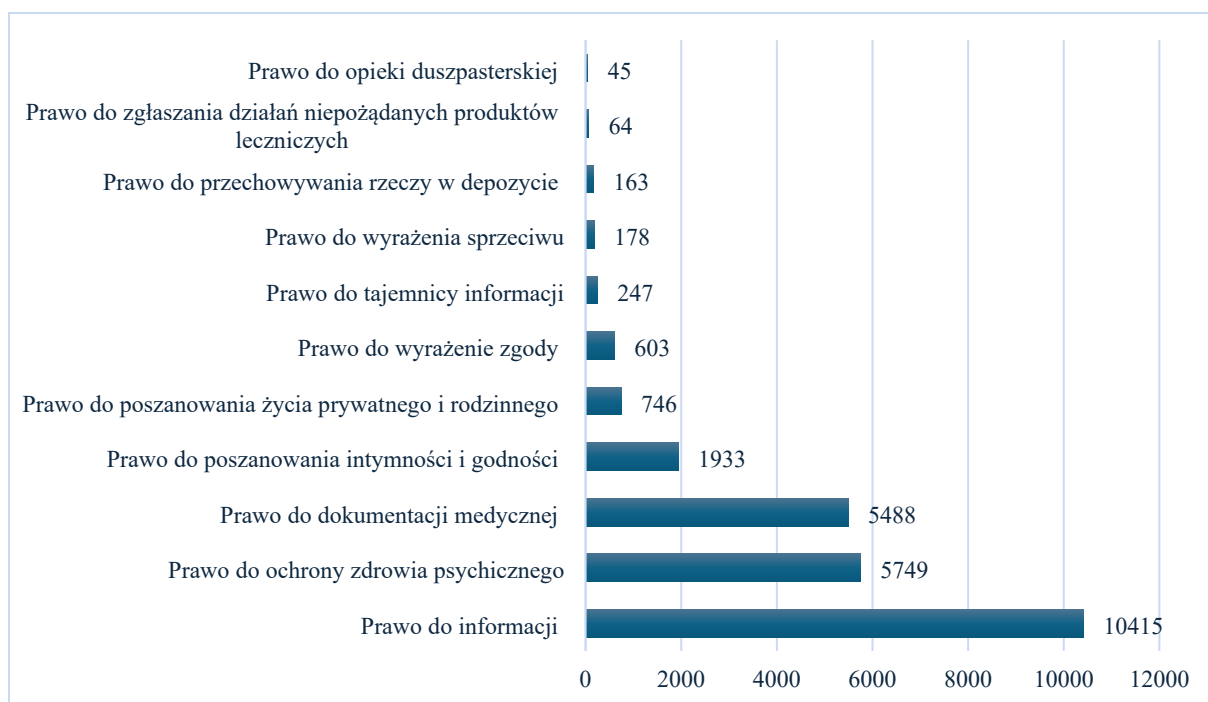


Najwięcej zgłoszeń zdarzeń niepożądanych w 2024 r. dotyczyło chirurgii – wszystkich jej zakresów (446) co stanowi 20% zgłoszeń; ortopedii (290) – 13% zgłoszeń oraz chorób wewnętrznych (145), co stanowi 6,4% zgłoszeń.

5.2. Inne prawa pacjenta

Najwięcej zgłoszeń wpływających do organów odpowiedzialnych za system ochrony zdrowia dotyczy prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Nie oznacza to jednak, że pacjenci nie informują o nieprawidłowościach związanych z pozostałymi prawami. Najwięcej zgłoszeń dotyczy prawa do informacji, prawa do dokumentacji medycznej, prawa do ochrony zdrowia psychicznego, a także prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Naruszenia pozostałych praw są rzadziej odnotowywane przez Rzecznika.

Wykres 10: Zgłoszenia i wnioski kierowane do Rzecznika w 2024 r. dotyczące praw pacjenta w podziale na poszczególne prawa, z wyłączeniem prawa do świadczeń



Biorąc pod uwagę ilość udzielonych świadczeń, zgłoszenia pacjentów stanowią niewielki wycinek rzeczywistości w ochronie zdrowia. Ocena przestrzegania pozostałych praw pacjenta będzie przedstawiona w oparciu o ocenę ilościową wynikającą z analizy danych Rzecznika oraz ocenę jakościową opartą na różnych źródłach wiedzy o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Informacje otrzymywane od pacjentów sugerują, że skala problemu w odniesieniu do niektórych praw może być większa niż pokazują to posiadane dane. Wymagają one pogłębionej analizy oraz podejmowania innych inicjatyw służących ocenie i ochronie praw pacjentów. Posiadane informacje wskazują na niektóre trendy dotyczące przestrzegania praw pacjenta oraz jednocześnie szczególne problemy, które mają charakter symptomatyczny.

Jako pierwsze zostanie omówione prawo do informacji, które jak pokazują m.in. zgłoszenia do Rzecznika, jest często naruszane. W następnej kolejności zostanie przedstawione prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo do dokumentacji medycznej oraz prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. Na koniec zostaną omówione pozostałe prawa, które znacznie rzadziej są tematem sygnałów i zgłoszeń napływających od pacjentów.

5.2.1. Prawo do informacji

Prawo pacjenta do informacji jest prawem niezwykle istotnym, ściśle powiązaniem z prawem do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Aby pacjent mógł w pełni uczestniczyć w procesie leczenia, podmioty wykonujące działalność leczniczą, przedstawiciele zawodów medycznych muszą przekazywać mu niezbędne informacje. Lekarz powinien przekazać pacjentowi informacje o rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach

diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania a także o wynikach leczenia i rokowaniu. Każdy ma także prawo wskazać osobę lub osoby, którym lekarz będzie udzielać informacji o ich stanie zdrowia. Pacjent powinien otrzymać informację o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, rokowaniach, dających się przewidzieć następstwach leczenia czy alternatywnych możliwościach leczenia, zanim będzie poproszony o zgodę na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego. W praktyce nieudzielenie pacjentowi zrozumiałej, rzetelnej informacji o jego stanie zdrowia lub procesie leczenia może więc być przyczyną bądź konsekwencją naruszenia jednego z pozostałych wymienionych praw.

Na prawo do informacji składa się prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta⁶²⁾, prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze o odstąpienia przez lekarza od leczenia⁶³⁾, prawo do informacji o prawach pacjenta⁶⁴⁾, prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych⁶⁵⁾. Zapewniono pacjentom prawo do informacji przekazywanej w zrozumiałym i dostępnym sposób także osobom ze szczególnymi potrzebami⁶⁶⁾, np. osobom z różnego typu niepełnosprawnościami. Podmioty powinny w tym celu korzystać z metod wspierających komunikację.

Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do informacji

Rzecznik odnotował 10 415 zgłoszeń dotyczących prawa pacjenta do informacji, co stanowi ponad 10,5% ogólnej liczby zgłoszeń⁶⁷⁾.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- nieprzekazywanie informacji o prawach pacjenta (około 50% zgłoszeń);
- problemy z procedurą składania skargi.

Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych zakończone przez Rzecznika dotyczące prawa do informacji

122 z 1 586 (7,7%) zakończonych postępowań wyjaśniających dotyczyło prawa pacjenta do informacji. W ponad 74% tych spraw Rzecznik stwierdził jego naruszenie. Stwierdzono 91 naruszeń prawa pacjenta do informacji. 80 z nich dotyczyło prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia. Naruszenie prawa do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia przez lekarza zostało stwierdzone w 4 przypadkach.

⁶²⁾ Art. 9 UPP.

⁶³⁾ Art. 10 UPP.

⁶⁴⁾ Art. 11 UPP.

⁶⁵⁾ Art. 12 ust. 1 UPP.

⁶⁶⁾ Art. 12 ust. 2 UPP.

⁶⁷⁾ Jedno zgłoszenie, wniosek lub skarga może dotyczyć więcej niż jednego prawa pacjenta.

Przykładowe postępowanie wyjaśniające, w którym stwierdzono naruszenie prawa do informacji w 2024 r.:

Rodzice małoletniego pacjenta zgłosili nam, że nie otrzymali informacji o podaniu ich dziecku dwóch szczepionek. Matka dziecka na wizytę szczepienną przyniosła zakupioną przez siebie szczepionkę Priorix, na którą receptę wystawił podmiot. Dziecku podano szczepionkę przyniesioną przez matkę oraz szczepionkę DPT-obowiązkową. Rodzice byli przekonani, że dziecko otrzyma tylko jedną szczepionkę przyniesioną przez matkę. Stwierdziliśmy naruszenie praw pacjenta.

Wykonanie zaleceń

Rzecznik wydał zalecenia podmiotom wykonującym działalność leczniczą naruszającym prawo do informacji w 80 sprawach. W zdecydowanej liczbie przypadków zalecenia zostały wykonane przez podmioty.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

W 2024 r. nie wszczęto żadnego postępowania zbiorowego w zakresie prawa pacjenta do informacji.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W 2024 r. rozpatrzono 961 spraw dotyczących prawa do informacji, co stanowi blisko 16% spraw dotyczących praw pacjenta psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wśród nich było 479 zgłoszeń (50%), 55 skarg (prawie 6%) i 427 działań rzeczników z własnej inicjatywy (44%).

Prawo pacjenta	Skargi pisemne	Skargi ustne	Inicjatywa własna	Zgłoszenie pisemne	Zgłoszenie ustne	Łącznie
Prawo do informacji	33	22	427	79	400	961

Przykładowa sprawa:

Ojciec nieletniej pacjentki zgłosił, że szpital odmawia mu podania informacji na temat stanu zdrowia jego córki. Mężczyzna był w trakcie rozwodu z matką pacjentki i przebywał zagranicą. Rzecznik sprawdził, że z dokumentów, które były w posiadaniu szpitala wynikało, że mężczyzna ma prawo do uzyskania informacji, o których udzielenie prosił lekarzy. Rzecznik czytał dokumenty na głos wspólnie z lekarzami, którzy w końcu zrozumieli poprawnie treść pisma sędziego. Rzecznik pouczył lekarzy oraz dyrekcję szpitala w zakresie prawa do informacji.

5.2.2. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych należy do podstawowych praw pacjenta i gwarantuje poszanowanie autonomii pacjenta. Łączy się ono bezpośrednio z prawem pacjenta do informacji, ponieważ podstawą uświadomionej decyzji o leczeniu jest uzyskanie przez pacjenta wiedzy o jego stanie zdrowia i możliwych działaniach terapeutycznych. Pacjent, wyrażając świadomą zgodę, z jednej strony znosi bezprawność podejmowanych wobec niego interwencji medycznych, z drugiej zaś akceptuje ryzyko związane z udzieleniem świadczenia zdrowotnego. Prawo do wyrażenia zgody stanowi zabezpieczenie pacjenta wobec możliwości naruszania jego dóbr osobistych takich jak wolność⁶⁸⁾.

Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

W 2024 r. Rzecznik odnotował 603 zgłoszeń, wniosków i skarg dotyczących prawa pacjenta do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, co stanowi około ponad 0,5% ogólnej liczby zgłoszeń⁶⁹⁾.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- sprzeciw wobec świadczenia
- udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody;
- udokumentowanie wyrażenia zgody.

Zakończone przez Rzecznika postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych dotyczące prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

W 2024 r. zakończono 21 postępowań wyjaśniających dotyczących prawa do wyrażenia zgody. 61% z nich zostało zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa. Należy podkreślić, że w przypadku postępowań zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa do wyrażenia zgody, znaczna część z nich dotyczyła również naruszenia prawa do informacji. Prowadzone postępowania dotyczyły m.in. błędnego formularza zgody, zamieszczania treści niezrozumiałych dla pacjenta, braku precyzyjnego określenia zakresu zabiegu, brak określenia możliwych, typowych powikłań po zabiegu.

Przykładowe postępowanie wyjaśniające, w którym stwierdzono naruszenie prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych w 2024 r.:

Pacjentka zgłosiła skargę na lekarza, który przeprowadził kolonoskopię bez znieczulenia. Pacjentki nie poinformowano, że badanie będzie przeprowadzone bez znieczulenia, pacjentka nie

⁶⁸⁾ Art. 15–19 UPP.

⁶⁹⁾ Jedno zgłoszenie, wniosek lub skarga może dotyczyć więcej niż jednego prawa pacjenta.

wyraziła świadomej zgody na przeprowadzenie badania bez znieczulenia. Pacjentka wyraziła zgodę na badanie w znieczuleniu. Stwierdziliśmy naruszenie prawa pacjenta.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

W 2024 r. wszczęto jedno postępowanie w zakresie prawa pacjenta do wyrażania zgody⁷⁰⁾. Postępowanie to dotyczyło praktyki pobierania przy przyjęciu od przedstawiciela ustawowego tzw. zgody in blanco na stosowanie wobec różnorodnych pacjenta procedur medycznych, w tym podawanie leków psychoaktywnych, na oddziale psychiatrycznym dziecięcym. Na koniec 2024 r. postępowanie w toku.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W 2024 r. podjęto 112 spraw dotyczących prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych regulowanych przez UPP. Wśród nich było 96 (86%) zgłoszeń, 1 skarga

Prawo pacjenta	Skargi pisemne	Skargi ustne	Inicjatywa własna	Zgłoszenie pisemne	Zgłoszenie ustne	Łącznie
Prawo do wyrażenia zgody	1	0	15	28	68	112

(prawie 1%) i 15 (13%) działań rzeczników z własnej inicjatywy.

Wnioski dotyczyły głównie kwestii związanych z wyrażeniem zgody na hospitalizację, leczenie, wycofanie wcześniej wyrażonej zgody. W przypadku grupy pacjentów, których sytuacja uregulowana jest w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego sprawy dotyczyły w szczególności:

- wypisania ze szpitala osoby przebywającej w nim za zgodą (18 spraw);
- wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w nim bez zgody (26 spraw);
- przyjęcia i leczenia w szpitalu psychiatrycznym bez zgody (168 spraw).

Przykład sprawy

Żona (opiekun prawny) pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie zgłosiła pisemnie, że mąż został zaszczepiony podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym na covid-19. Uznano zgodę

⁷⁰⁾ Postępowanie to dotyczyło także innych praw pacjenta, tj.: art. 8 i art. 33 ustawy.

pacjenta, szpital nie podjął działań mających na celu uzyskanie zgody opiekuna prawnego. Stwierdzono naruszenie prawa pacjenta, szpital otrzymał zalecenie do wykonania poprzez przeszkolenie personelu w zakresie stwierdzonych naruszeń.

5.2.4. Prawo do dokumentacji medycznej

Prawo do dokumentacji medycznej jest uważane za jedno z podstawowych praw przysługujących pacjentowi. Dokumentacja medyczna powinna obrazować cały proces leczenia pacjenta. Ma duże znaczenie dla zachowania ciągłości procesu, dlatego podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną. Dokumentacja medyczna pełni nie tylko rolę kliniczną, jest także podstawowym źródłem dowodowym w procesach o odszkodowanie za błędy medyczne. Jest niezbędna przy ubieganiu się o różnego rodzaju świadczenia socjalne, a także wykorzystywana w toku innych postępowań przed organami administracji publicznej. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnienia dokumentacji medycznej również osobie upoważnionej przez pacjenta. Prawidłowo prowadzona i kompletna dokumentacja medyczna ma wpływ na zachowanie ciągłości i jest podstawą wielu decyzji medycznych. Prawo to jest ściśle powiązane z prawem do świadczeń zdrowotnych.

Sprawy kierowane do Rzecznika w ramach prawa do dokumentacji medycznej

Rzecznik odnotował 5488 zgłoszeń, wniosków i skarg dotyczących prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, co stanowi 5,5% ogólnej liczby zgłoszeń.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- odmowa udostępnienia dokumentacji pacjentowi;
- zwłoka w udostępnieniu dokumentacji medycznej;
- zastrzeżenie do treści dokumentacji medycznej;

Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych zakończone przez Rzecznika dotyczące prawa do dokumentacji medycznej

143 z 21 586 (9%) zakończonych w 2024 r. postępowań wyjaśniających, dotyczyło prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. W 127 (88%) przypadkach stwierdzono naruszenie. Przedmiotem postępowań była m.in. niewłaściwie prowadzona dokumentacja medyczna, nieczytelnie, odmowa udostępnienie czytelnej dokumentacji.

Najwięcej naruszeń zostało stwierdzonych w 2024 r. w leczeniu szpitalnym – 40% wszystkich stwierdzeń). W ponad 27% stwierdzono naruszenie prawa, które dotyczyło ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 16% podstawowej opieki zdrowotnej.

Przykładowe postępowanie wyjaśniające, w którym stwierdzono naruszenie prawa do dokumentacji medycznej w 2024 r.:

Wobec pacjenta zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia, jednakże sytuacji nie opisano w dokumentacji medycznej. Sprawa jest w toku.

Wykonanie zaleceń

Rzecznik wydał zalecenia podmiotom wykonującym działalność leczniczą naruszającym prawo do dokumentacji medycznej w 111 sprawach. W znacznej liczbie przypadków zalecenia zostały wykonane przez podmioty.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

W 2024 r. Rzecznik wszczął 20 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów dotyczących prawa do dokumentacji medycznej⁷¹⁾, co stanowi 4,8% wszystkich postępowań. Postępowania dotyczyły przede wszystkim zasad udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, odmowy udostępniania dokumentacji medycznej, pobierania nieprawidłowej opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Sprawy dotyczące ograniczenia prawa pacjenta do dokumentacji medycznej związane były również z likwidacją podmiotu leczniczego (w tym m. in wypowiedzenie umowy na przechowywanie dokumentacji, odmowa przejęcia dokumentacji, niewskazanie miejsca przechowywania dokumentacji po zamknięciu podmiotu leczniczego).

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W 2024 r. podjęto 223 spraw dotyczących prawa do dokumentacji medycznej. Wśród nich było 147 (66%) zgłoszeń, 38 (17%) skarg i 38 (17%) działań rzeczników z własnej inicjatywy. Sprawy dotyczyły w szczególności procedur udostępniania dokumentacji medycznej stosowanej w danym podmiocie leczniczym.

Prawo pacjenta	Skargi pisemne	Skargi ustne	Inicjatywa własna	Zgłoszenie pisemne	Zgłoszenie ustne	Łącznie
Prawo do dokumentacji medycznej	29	9	38	64	83	223

Przykładowa sprawa:

⁷¹⁾ Jedno postępowanie zbiorowe mogło dotyczyć więcej niż jednego prawa pacjenta.

W trakcie zastosowanego przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia czterokończynowego doszło do zdarzenia niepożądanego polegającego na złamaniu palca dłoni prawej. W dokumentacji nie zostały opisane okoliczności w jakich doszło do zdarzenia, nie odnotowywano stanu zdrowia pacjenta. Ponadto zapisy lekarskie nie były tożsame z zapisami pielęgniarскими. Z dokumentacji medycznej nie można było odtworzyć przebiegu zdarzenia niepożądanego z udziałem pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta w piśmie do placówki medycznej, w którego działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta sformułował zalecenia. Podmiot leczniczy powiadomił o wykonaniu zaleceń.

5.2.5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Każdy pacjent, któremu udzielane są świadczenia zdrowotne ma prawo do poszanowania jego intymności i godności⁷²⁾. Każdy pacjent powinien mieć możliwość rozmowy z lekarzem oraz innym personelem medycznym na osobności, a w trakcie udzielania świadczeń obecne powinny być tylko te osoby, które są do tego niezbędne⁷³⁾. Pacjent może poprosić, aby podczas wizyty lekarskiej albo badania towarzyszyła mu osoba bliska⁷⁴⁾. Prawo to obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności oraz do łagodzenia bólu⁷⁵⁾.

Sprawy kierowane do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta

Rzecznik odnotował 1933 zgłoszeń, wniosków i skarg dotyczących prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności co stanowi prawie 2% ogólnej liczby zgłoszeń.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- zastrzeżenia do zachowania personelu (ponad 50% zgłoszeń);
- odmowa obecności osoby bliskiej w czasie udzielania świadczenia;
- organizacja świadczeń naruszających intymność.

Postępowania wyjaśniające, zakończone przez Rzecznika, dotyczące prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta

54 (3,4%) z 1586 zakończonych postępowań wyjaśniających dotyczyło prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności. W 42 (77%) z tych postępowań stwierdzono naruszenia prawa. 0 z tych postępowań dotyczyło prawa pacjenta do godnej śmierci, natomiast 2 dotyczyło prawa pacjenta do leczenia bólu. Przedmiotem postępowań były również m.in. niestosowne zachowania personelu wobec pacjenta czy też niedostateczne leczenie bólu.

⁷²⁾ Art. 22 ust. 1 UPP.

⁷³⁾ Art. 22 ust. 2 UPP.

⁷⁴⁾ Art. 21 UPP.

⁷⁵⁾ Art. 20a UPP.

Przykładowe postępowanie wyjaśniające, w którym stwierdzono naruszenie prawa do intymności i godności w 2024 r.:

Podczas badania do gabinetu lekarskiego do pomieszczenia wszedł mężczyzna z podmiotu leczniczego, niebędący jednak zaangażowany w udzielanie pacjentce świadczeń zdrowotnych. Podmiot leczniczy nie zaprzeczył słowom pacjentki, potwierdzając jednocześnie jej wersję. Było to spowodowane złą organizacją podmiotu. Stwierdziliśmy naruszenie praw pacjenta.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

W 2024 r. Rzecznik wszczął 1 postępowanie dotyczące prawa do leczenia bólu. Postępowanie dotyczy dostępu do poszczególnych metod łagodzenia bólu podczas porodu.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Podjęto 384 spraw dotyczących prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta. Wśród nich było 178 zgłoszeń (42%), 157 skarg (36%) i 49 działań rzeczników z własnej inicjatywy (22%). Sprawy dotyczyły w szczególności zachowania personelu i procedur postępowania w podmiocie leczniczym naruszających intymność i godność pacjenta podczas udzielania świadczeń.

Przykład sprawy:

Personel podczas przeszukania pacjentki wydał nakaz wykonania przysiadu pod jednorazowym prześcieradłem z ujawnieniem sfer intymnych. Miało to (w przekonaniu personelu) na celu sprawdzenie, czy pacjentka nie wnosi na oddział przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych. Stwierdzenie naruszenia praw pacjenta. Wystosowano zalecenia do Szpitala. Wniosek o usunięcie przyczyny, przeszkolenie personelu.

5.2.6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego (odwiedzin), telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Prawo to przysługuje również osobom przebywającym w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym lub rehabilitacji leczniczej czy hospicjum. Ponadto pacjentowi przysługuje prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych – w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu⁷⁶⁾.

⁷⁶⁾ Art. 33–35 UPP.

Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Rzecznik odnotował 746 zgłoszeń, wniosków i skarg dotyczących prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, co stanowi mniej niż 1% ogólnej liczby zgłoszeń. Najwięcej zgłoszeń dotyczyło zastrzeżenia do procedury odwiedzin.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- procedura kontaktu obowiązująca pacjenta w podmiocie leczniczym;
- zastrzeżenia do procedury odwiedzin;
- realizacja dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych zakończone przez Rzecznika dotyczące prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

7 z 1586 zakończonych postępowań wyjaśniających dotyczyły prawa pacjenta do życia prywatnego i rodzinnego. W sprawach stwierdzono 7 naruszeń wskazanego prawa. Przedmiotem postępowań były m.in. uniemożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną, najbliższa rodzina pacjenta została pozbawiona kontaktu osobistego, uniemożliwienie realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem.

Przykładowe postępowania wyjaśniające, w których stwierdzono naruszenie prawa do życia prywatnego i rodzinnego w 2024 r.:

Rodzinie pacjentki uniemożliwiono osobisty kontakt z nią. Nie zaproponowano możliwości kontaktu telefonicznego. Dodatkowo rodzinie pacjentki uniemożliwiono pożegnanie się z nią pomimo wiedzy, że jego stan zagraża życiu i zdrowiu. Sprawa jest w toku.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

W 2024 r. Rzecznik prowadził 3 postępowania dotyczące prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Postępowania dotyczyły ograniczania odwiedzin na oddziałach psychiatrycznych – 2 z tych postępowań dotyczyły oddziałów psychiatrycznych dziecięcych.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W 2024 r. podjęto 171 sprawy dotyczące prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Wśród nich było 101 zgłoszeń (59%), 37 skarg (22%) i 33 działania rzeczników z własnej inicjatywy (20%). Sprawy dotyczyły w szczególności procedur i regulaminów kontaktowania się z osobami bliskimi, zapewnienia możliwości kontaktu telefonicznego i/lub spotkania osobistego z bliskimi.

Prawo pacjenta	Skargi pisemne	Skargi ustne	Inicjatywa własna	Zgłoszenie pisemne	Zgłoszenie ustne	Łącznie
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	31	6	33	25	76	171

Przykładowa sprawa:

Na oddziale sądowym o podstawowym stopniu zabezpieczenia wprowadzono zasadę, na podstawie której za aktywność pacjenta w zajęciach rehabilitacyjnych pacjent otrzymywał możliwość wydłużenia czasu odwiedzin o 15/30 min. W tej sprawie interweniował Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w ramach kompetencji. Wezwał szpital do zaprzestania praktyki. Szpital wykonał zalecenia. Pacjenci relacjonowali, że odwiedziny nie są powiązane z ich aktywnością w zajęciach terapeutycznych.

5.2.7. Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Prawo pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do zgłoszenia sprzeciwu jest narzędziem gwarantującym możliwość zakwestionowania treści opinii lub orzeczenia lekarza, z którymi osoby te się nie zgadzają, mających wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa⁷⁷⁾. Sprzeciw ten wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym również wskazania przepisu prawa, z którego wynika prawo lub obowiązek. W przypadku niespełnienia tych warunków, sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła. Za merytoryczne rozpatrzenie sprzeciwu nie odpowiada Rzecznik czy jego pracownicy, a niezależna Komisja Lekarska.

W 2024 r. do Rzecznika wpłynęły 92 sprzeciwy, z czego 55 nie spełniało wymogów ustawowych. Komisja Lekarska została w 2024 r. powołana przez Rzecznika 37 razy w zakresie sprzeciwów, które wpłynęły w 2024 r. Wszystkie rozpatrzone przez Komisję Lekarską sprzeciwy dotyczyły opinii lekarza medycyny w przedmiocie stwierdzenia przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych. 2 ze sprzeciwów zostały uznane za zasadne oraz 1 – za częściowo zasadny. Pozostałe Komisja Lekarska oceniła jako niezasadne.

5.2.8. Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych

⁷⁷⁾ Art. 31–32 UPP.

Pacjent ma prawo zgłosić każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego osobie wykonującej zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych bądź podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie leku na rynek⁷⁸⁾. Osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek odpowiednio przekazać takie zgłoszenie dalej.

W tym zakresie Rzecznik pozyskał dane od Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Jak zostało wskazane, w roku 2024 do Urzędu wpłynęło:

- 2 596 zgłoszeń pojedynczych przypadków działań niepożądanych pochodzących od pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych (w porównaniu do 2023 r. nastąpił wzrost zgłoszeń o ponad 12%);
- 6 344 zgłoszenia pojedynczych przypadków działań niepożądanych pochodzących od przedstawicieli zawodów medycznych (oznacza to wzrost o 8% w stosunku do 2023 r.)
- 3 046 kopii zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych nadesłanych zgodnie z zapisem art. 36 c ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (w porównaniu do 2023 r. nastąpił wzrost o prawie 19%);
- 16 157 raportów niepożądanych działań produktów leczniczych zostało zebranych przez podmioty odpowiedzialne i przekazane bezpośrednio do bazy EudraVigilance stanowiącej europejską bazę działań niepożądanych produktów leczniczych (stanowi to znaczny wzrost do roku poprzedniego o ponad 58%).

Dane otrzymane od Urzędu wskazują na ogólny wzrost liczby zgłoszeń przekazywanych przez uprawnione podmioty w 2024 r. w stosunku do roku ubiegłego, co jest pozytywnym trendem.

5.2.9. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek zachować w tajemnicy wszelkie informacje związane z pacjentem, które uzyskały w związku z wykonywaniem zawodu. Pacjent może jednak wyrazić zgodę na ujawnienie takich informacji. Lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny, mogą ujawnić informacje bez zgody pacjenta tylko w określonych przez Ustawę przypadkach, np. gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń lub gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innej osoby. Osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta⁷⁹⁾.

⁷⁸⁾ Art. 12a UPP.

⁷⁹⁾ Art. 13–14 UPP.

Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do tajemnicy informacji

Rzecznik odnotował 247 zgłoszeń, wniosków i skarg dotyczących prawa pacjenta do tajemnicy informacji, co stanowi mniej niż 0,2% ogólnej liczby zgłoszeń.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- ujawnienie tajemnicy związanej z pacjentem (ponad połowa zgłoszeń);
- wewnętrzne procedury ochrony tajemnicy związanej z pacjentem;

Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych, zakończone przez Rzecznika, dotyczące prawa do tajemnicy informacji

25 z 1586 zakończonych postępowań wyjaśniających dotyczyło prawa pacjenta do tajemnicy informacji. W 10 z nich stwierdzono naruszenie wskazanego prawa. Przedmiotem postępowań były m.in. bezprawnego dostępu do informacji medycznych umieszczonych na platformie ZUS PUE lekarza.

Przykładowe postępowanie wyjaśniające, w którym stwierdzono naruszenie prawa do tajemnicy informacji w 2024 r.:

Opis przypadku pacjentki wraz ze zdjęciami jej narządów płciowych i sylwetki (pozwalające na identyfikację pacjentki), które wykonywane w podmiocie leczniczym w związku z postępowaniem diagnostyczno-leczniczym, zostały opublikowane bez wiedzy i zgody pacjentki na stronie internetowej oraz w publikacjach książkowych. Sprawa jest w toku.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Podjęto 55 sprawy dotyczące prawa do tajemnicy informacji w 2024 r.

Przykładowa sprawa:

Skarga pacjenta dotyczyła rozmowy pacjenta z lekarzem w obecności dwóch innych osób. Rzecznik wystąpił o wyjaśnienia do podmiotu. Szpital odpowiedział, że ich zdaniem nie narusza w żaden sposób praw pacjenta, ponieważ rozmowy były prowadzone w obecności personelu medycznego. Rzecznik uznał skargę za zasadną, obecność dwóch pozostałych osób podczas rozmowy z pacjentem była przypadkowa, nie były to osoby udzielające świadczeń i wydał zalecenia do podmiotu.

5.2.10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

Przebywając w szpitalu lub w innym podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (tj. zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym lub

rehabilitacji leczniczej czy hospicjum) pacjent ma prawo do bezpłatnej opieki duszpasterskiej⁸⁰⁾. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia wskazane podmioty lecznicze mają obowiązek umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów dotyczyły następujących praw:

- umożliwienie kontaktu z duchownym;
- zapewnienie praktyk religijnych w stacjonarnej opiece zdrowotnej.

Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do opieki duszpasterskiej

Rzecznik odnotował 45 zgłoszenia, wnioski i skargi dotyczące prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Zgłoszenia pacjentów dotyczyły umożliwienia kontaktu z duchownym lub zapewnienia praktyk religijnych w stacjonarnej opiece zdrowotnej.

Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych zakończone przez Rzecznika dotyczące prawa do opieki duszpasterskiej

Na 1586 zakończonych postępowań wyjaśniających, 2 dotyczyło prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. W 1 przypadku zostało stwierdzone naruszenie wspomnianego prawa.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W 2024 r. podjęto 51 spraw dotyczących prawa do opieki duszpasterskiej.

5.2.11. Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Przebywając w szpitalu lub w innym podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie⁸¹⁾.

Sprawy kierowane do Rzecznika dotyczące prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Rzecznik odnotował 163 zgłoszenia, wnioski i skargi dotyczące prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Przykładowe zgłoszenia pacjentów:

- procedura wydania depozytu (prawie 50%)

⁸⁰⁾ Art. 36–38 UPP

⁸¹⁾ Art. 39–40 UPP.

Postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych zakończone przez Rzecznika dotyczące prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Na 1586 zakończonych postępowań wyjaśniających, 1 dotyczyło prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. W 1 przypadku stwierdzono naruszenie wskazanego prawa.

Sprawy dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia

W 2024 r. podjęto 66 spraw dotyczących prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

6. Działania systemowe w 2024 r.

W poprzednim rozdziale została przedstawiona analiza przestrzegania praw pacjenta na terytorium Polski. Zostały zaprezentowane główne problemy i wyzwania związane z poszczególnymi prawami pacjenta. Skupiono się przede wszystkim na kwestiach dotyczących dostępności, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych.

W tej części sprawozdania opisane zostaną działania systemowe podjęte przez Rzecznika w reakcji na pojawiające się problemy. Informacja ta została uzupełniona o działania NFZ i Ministra Zdrowia, które mogły wpłynąć na realizację praw pacjenta – dane w tym zakresie, zostały przekazane Rzecznikowi bezpośrednio przez wskazane instytucje^{82),83)}. Przedstawione działania zostały wybrane i podzielone według poszczególnych praw pacjenta. Zakres podejmowanych działań systemowych odpowiadał kompetencjom poszczególnych podmiotów.

Rzecznik w ramach swoich kompetencji może m.in. zwracać się do organów z wystąpieniami systemowymi. Ponadto, może współpracować z podmiotami zewnętrznymi oraz ma prawo powoływać organy doradcze. Prowadzi również szereg działań edukacyjnych, informacyjnych i promocyjnych. Dokonywane są analizy problemów występujących w ochronie zdrowia przy wykorzystaniu zewnętrznych ekspertów. Wśród podjętych inicjatyw systemowych, część skupiała się na tematyce ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

6.1. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Prawo do świadczeń zdrowotnych oraz związana z nim dostępność, jakość i bezpieczeństwo, stanowi najczęściej naruszane prawo pacjenta. Analiza problemów wynikających z ograniczeń

⁸²⁾ Pismo Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2025 r., znak sprawy: DSZ.031.2.2025.JP

⁸³⁾ Pismo Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2025 r., znak sprawy: NFZ-BPPil.660.1.2025 2025.94045.ANS

we wspomnianych tematach wskazuje na konieczność rozpoczęcia albo kontynuacji szeregu działań mających na celu wzmocnienie ochrony prawa do świadczeń zdrowotnych. W 2024 r. w ramach swoich kompetencji Rzecznik, a także Minister Zdrowia oraz NFZ, podejmowali starania o poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości i bezpieczeństwa. Najważniejsze z nich zostaną przedstawione poniżej, szczegółowe informacje na temat działań znajdują się w załącznikach do niniejszego sprawozdania.

6.1.1. Dostępność

1. Rzecznik Praw Pacjenta

- **Wystąpienia systemowe**

Zmiany dotyczące rehabilitacji leczniczej

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęły informacje na temat zmian, które mogą negatywnie oddziaływać na dostępność świadczeniobiorców do świadczeń gwarantowanych, do których zalicza się rehabilitację leczniczą w warunkach domowych. Zmiany zostały wprowadzone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Rehabilitacja lecznicza – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

Do wiadomości Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło pismo skierowane do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia przez Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska w sprawie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27.12.2023 roku zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Pismo zawierało uwagi do zarządzenia i wskazywało na kluczowe elementy, które budzą słuszne wątpliwości, w szczególności te dotyczące wykorzystywania klasyfikacji ICF do pomiaru efektywności i jakości procesu rehabilitacji.

Rzecznik zwrócił się do NFZ z prośbą o przesłanie do wiadomości RPP odpowiedzi udzielonej wnioskodawcy, wskazanie czy przedstawione uwagi zostały uwzględnione. Dodatkowo Rzecznik poprosił o wskazanie, czy i kiedy zmiany w zarządzeniu mają być wprowadzone. NFZ poinformował, że wszystkie zgłoszone uwagi i propozycje rozwiązań są analizowane i będą procedowane zgodnie z procesem legislacyjnym zarządzeń Prezesa Funduszu. Wynik tych prac oraz ostateczna forma zarządzenia zostaną przedstawione po ich zakończeniu.

Skierowania na badania laboratoryjne

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpływały sygnały od pacjentów leczonych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, położonych daleko od ich miejsca zamieszkania, dotyczące trudności jakie spotykają ich w związku z koniecznością wykonywania badań laboratoryjnych przed planowaną wizytą kontrolną.

Rzecznik zwrócił się do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o informację czy do NFZ docierają podobne zgłoszenia oraz czy NFZ rozważał wprowadzenie dodatkowych rozwiązań umożliwiających wykonywanie badań laboratoryjnych pacjentom w podmiotach bliżej ich miejsca zamieszkania.

Realizacja skierowań na rehabilitację osób z dziecięcym porażeniem mózgowym

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło pismo w sprawie trudności w realizowaniu skierowań na rehabilitację osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. Pacjent wskazał na utrudnienia w dostępie do rehabilitacji metodą PNF (nerwowo-mięśniowe torowanie).

Rzecznik skierował pismo do Krajowej Izby Fizjoterapeutów z prośbą o informację, czy opisana w ww. piśmie metoda rehabilitacji jest stosowana, czy jest odpowiednio finansowana i refundowana, czy można z niej skorzystać tylko komercyjnie, czy są inne metody rehabilitacji, które są nowocześniejsze i dają większą sprawność pacjentom z mózgowym porażeniem dziecięcym. Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów wskazał, że pacjenci obecnie mają dostęp do kilku metod neurofizjologicznych np. NDT, Bobath.

Kolejno Rzecznik skierował pismo do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie dostępności do rehabilitacji dla osób z dziecięcym porażeniem mózgowym. Ponadto poprosił o informację, ile podmiotów leczniczych ma podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na rehabilitację leczniczą metodami neurofizjologicznymi w poszczególnych województwach i czy pacjenci zgłaszają trudności z dostępem do takich świadczeń. Dodatkowo poprosił o przekazanie informacji o średnim czasie oczekiwania na udzielenie opisywanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych województwach.

Brak weekendowej opieki stomatologicznej

Przedstawiciele organizacji pozarządowej zwrócili się do Rzecznika Praw Pacjenta, w imieniu starszej mieszkanki Krakowa, z prośbą o interwencję w sprawie braku weekendowej opieki dentystycznej w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Z przesłanej dokumentacji wynika, że pacjentka skierowała w sierpniu 2023 roku pismo do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w powyższej sprawie, wskazując na potrzebę dostępu starszych mieszkańców Krakowa do nieodpłatnych świadczeń z zakresu doraźnej pomocy stomatologicznej, spowodowaną ich trudną sytuacją materialną, uniemożliwiającą korzystanie z opieki stomatologicznej w ramach usług

komercyjnych. W odpowiedzi pacjentka otrzymała informację, że podmiot leczniczy, który do tamtej pory udzielał na terenie małopolski świadczeń z zakresu doraźnej pomocy stomatologicznej wypowiedział umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z dniem 31 lipca 2023 r., a przeprowadzone następnie postępowanie konkursowe nie zakończyło się wyłonieniem świadczeniodawcy z powodu braku ofert.

Rzecznik skierował pismo do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o udzielenie informacji o aktualnym stanie zabezpieczenia dostępu do świadczeń z zakresu doraźnej pomocy stomatologicznej w Małopolsce. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, że mimo podejmowanych przez Oddział działań, polegających na zwiększeniu wartości kontraktu oraz wielokrotnego organizowania postępowań konkursowych w celu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej, aktualnie na terenie Krakowa nie udało się zapewnić podmiotowi udzielającego powyższych świadczeń ze względu na brak zainteresowania ze strony potencjalnych świadczeniodawców.

Warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło pismo w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Nadawca pisma wskazuje na problem, którego istotą ma być powiązanie rozliczenia porady kwalifikacyjnej jedynie z osobodniami opieki.

Rzecznik zwrócił się do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie. W odpowiedzi NFZ poinformował, że zarządzenie nr 54/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w części dotyczącej finansowania świadczeń w przypadku osób, które nie kwalifikują się do opieki, nie wprowadza zmian w stosunku do stanu dotychczasowego. Porada kwalifikacyjna będąca przedmiotem pisma skierowanego do Rzecznika Praw Pacjenta to świadczenie, w którym opłata warunkowana jest objęciem pacjenta opieką, rozliczaną w formie osobodnia.

Realizacja świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności

Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał informacje o sytuacji związanej z realizacją świadczeń w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Podmiot, który się zwrócił do RPP przekazał pismo od Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ jakie zostało skierowane do świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju rehabilitacji leczniczej. W piśmie podmiotu została wyrażona obawa, że

przekazane stanowisko OW NFZ może w konsekwencji ograniczyć dostęp do świadczeń osobom niepełnosprawnym.

Rzecznik skierował pismo do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o ustosunkowanie się do przedmiotowej sprawy. W odpowiedzi poinformowano, że Fundusz stale prowadzi działania monitorujące. W ostatnim czasie zwiększono weryfikację realizatorów rehabilitacji leczniczej, zwłaszcza tych którzy prowadzą proces reorganizacji zawartych umów na zabezpieczenie dostępu do fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez realizację większej ilości świadczeń fizjoterapii domowej. Aktualnie na 380 powiatów w Polsce w 28 powiatach brak jest realizatorów rehabilitacji domowej. Sytuacja ta nie dotyczy województwa opolskiego. Niemniej jednak Fundusz będzie dążył do zabezpieczenia również tych obszarów.

Problem dot. recepty rocznej

Z Rzecznikiem Praw Pacjenta skontaktowała się osoba cierpiąca na chorobę Addisona. Przyjmuje ona leki stale, choć ze względu na specyfikę schorzenia, w pewnych okresach, np. latem albo w sytuacjach stresowych, zgodnie z medycznymi zaleceniami „musi dobierać dodatkowe dawki”. W efekcie zdarza się, że leki wykupione na 120 dni, kończą się wcześniej niż przed 90 dniem, a zatem przed okresem karencji wynikającym z właściwości recepty rocznej.

Rzecznik skierował pismo do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przekazanie informacji, jakie są plany co do wprowadzenia zmian legislacyjnych w zakresie rekomendacji zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe oraz recepturowe powołanego przy Ministrze Zdrowia dotyczące recepty rocznej. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że od kilku miesięcy trwają prace nad opracowaniem projektu legislacyjnego adresującego zasadniczą część najważniejszych spośród rekomendacji ww. zespołu zaaprobowanych przez Ministra Zdrowia (w momencie rozpoczęcia tych prac, były to tylko propozycje rozwiązań). Obecnie MZ pracuje nad redakcją projektu przepisów i planujemy w najbliższym czasie przekazać wniosek o wpis do wykazu prac legislacyjnych rządu.

Dostępność leków na ADHD

Do Rzecznika wpłynęło pismo w sprawie problemów z dostępnością do leków przyjmowanych w ramach leczenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z brakiem koncentracji uwagi (ADHD) u dzieci. Z uzyskanych informacji wynikało, że pacjenci mają problem z zaopatrzeniem się w leki, co może mieć przełożenie na funkcjonowanie pacjentów, a także cały proces leczenia. Wobec powyższego Rzecznik wystąpił do MZ z prośbą o przesłanie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Refundacja leku dla osób cierpiących na chorobę Wilsona

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło zapytanie dotyczące refundacji produktu leczniczego. Rodzice pacjentów cierpiących na chorobę Wilsona wskazują, że dostępny lek refundowany powoduje ciężkie skutki uboczne u dzieci. W 2019 roku producent złożył wniosek o objęcie refundacją leku. Eksperci wydali opinię negatywną i rekomendowali najtańszy produkt leczniczy.

Rzecznik zwrócił się z prośbą do MZ o informację czy podmiot odpowiedzialny wystąpił ponownie z wnioskiem o objęcie refundacją leku. MZ poinformowało, że podmiot odpowiedzialny, na dzień sporządzenia odpowiedzi nie złożył wniosku o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto dla produktu leczniczego. Dodatkowo MZ wskazało, że zgodnie z danymi zaraportowanymi w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, gromadzącym dane o stanach magazynowych na podstawie codziennych raportów składanych przez podmioty odpowiedzialne, hurtownie farmaceutyczne i apteki, produkt leczniczy jest obecnie niedostępny na polskim rynku.

Zasady refundacji cewników urologicznych jednorazowych niepowlekane oraz cewników urologicznych jednorazowych hydrofilowych

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło pismo w sprawie zasad refundacji cewników urologicznych jednorazowych niepowlekane oraz cewników urologicznych jednorazowych hydrofilowych dla dzieci niepełnosprawnych. Ojciec pacjenta wskazuje, że ze względu na sposób refundacji cewników, po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia pacjent będzie musiał dopłacać do droższego cewnika, do którego się przyzwyczaił, kiedy był dzieckiem. W obecnej chwili cewniki tańsze dla dzieci nie są refundowane w pełni, za to droższe dostępne są bez dopłaty.

Rzecznik zwrócił się do MZ z prośbą o przekazanie informacji czy planowane jest refundowanie urologicznych jednorazowych hydrofilowych dla dorosłych, którzy jako dzieci korzystali z tego rodzaju wyrobów medycznych.

Baza danych ze wszystkich województw dotycząca dostępu do sprzętu medycznego osób chorych na otyłość

Otyłość stanowi w Polsce coraz większy problem społeczny. Rzecznik Praw Pacjenta otrzymuje od pacjentów zgłoszenia oraz raportów z instytucji i urzędów. Analiza tych danych wskazuje na to, iż osoby chorujące na otyłość mają problemy z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych dostosowanych do ich potrzeb. Dotyczą one zarówno trudności w dostępie do badań specjalistycznych (takich jak np. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, PET), jak również braków odpowiednio dostosowanych łóżek na oddziałach leczenia stacjonarnego. Dotyczą także niedostosowanych do wagi karetek pogotowia ratunkowego, czy ambulansów transportu sanitarnego. Rzecznik zajął się poprawą sytuacji pacjentów w tym zakresie. Rzecznik

skierował w tej sprawie wystąpienia do wojewodów. W efekcie otrzymał dane z całego kraju dotyczące placówek medycznych posiadających sprzęt medyczny o zwiększonej nośności. Na podstawie otrzymanych informacji, w tabeli poniżej, spośród wszystkich wskazanych podmiotów leczniczych, zamieściliśmy dane placówek posiadających sprzęt z uwzględnieniem maksymalnego obciążenia⁸⁴⁾.

a) Przykłady innych działań systemowych

- **Publikacja stanowisk Rzecznika Praw Pacjenta na stronie internetowej dotyczących bieżących informacji medialnych**

Lp.	Temat aktualności	Data publikacji	Link
1.	Łagodzenie bólu podczas porodu – wypełnij ankietę	8. 01. 2024	https://www.gov.pl/web/rpp/lagodzenie-bolu-podczas-porodu---wypelnij-ankiete
2.	Stwierdzenie naruszenia praw pacjenta w sprawie Pani Joanny z Krakowa	19.01.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/stwierdzenie-naruszenia-praw-pacjenta-w-sprawie-pani-joanny-z-krakowa
3.	Szerokie wsparcie dla kobiet w zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa	8.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/szerokie-wsparcie-dla-kobiet-w-zapewnieniu-poczucia-bezpieczenstwa
4.	Ważne wnioski dla pacjentów po kontroli Rzecznika Praw Pacjenta	14.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wazne-wnioski-dla-pacjentow-po-kontroli-rzecznika-praw-pacjenta
5.	Ustalenia Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie śmierci Pani Katarzyny w Szpitalu w Kołobrzegu	16.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/ustalenia-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawie-smierci-pani-katarzyny-w-szpitalu-w-kolobrzegu
6	Ustalenia Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie śmierci Pana Dominika w czasie badania rezonansu magnetycznego.	15.03.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/ustalenia-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawie-smierci-pana-dominika-w-czasie-badania-rezonansu-magnetycznego

⁸⁴⁾ <https://www.gov.pl/web/rpp/-wykaz-sprzetu-medycznego-dostosowanego-do-potrzeb-osob-chorych-na-otylosc>

	Naruszenie prawa do: • świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością; • informacji o stanie zdrowia; • dokumentacji medycznej		
7.	Rzecznik Praw Pacjenta wydał kolejną decyzję dotyczącą leczenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną	21.03.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-wydal-kolejna-decyzje-dotyczaca-leczenia-niezgodnego-z-aktualna-wiedza-medyczna
8	Wyrok w sprawie stosowania metody ILADS	19.04.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wyrok-w-sprawie-stosowania-metody-ilads
9	Podsumowanie działań Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie leczenia boreliozy metodą ILADS i pierwsza kara pieniężna nałożona w tej sprawie. Sąd potwierdził stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie wykonywania badań laboratoryjnych kleszczy w kierunku boreliozy	14.05.2024 28.10.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/podsumowanie-dzialan-rzecznika-praw-pacjenta-w-zakresie-leczenia-boreliozy-metoda-ilads-i-pierwsza-kara-pieniezna-nalozona-w-tej-sprawie https://www.gov.pl/web/rpp/sad-potwierdzil-stanowisko-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawie-wykonywania-badan-laboratoryjnych-kleszczy-w-kierunku-boreliozy
10	Rzecznik Prawa Pacjenta: receptomaty muszą dbać o bezpieczeństwo pacjentów	27.08.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-prawa-pacjenta-receptomaty-musza-dbac-o-bezpieczenstwo-pacjentow

11	Wynik kontroli Narodowego Fundusz Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku	9.09.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wynik-kontroli-narodowego-fundusz-zdrowia-i-rzecznika-praw-pacjenta-w-mazowieckim-centrum-leczenia-chorob-pluc-i-gruzlicy-w-otwocku
12	Sąd potwierdził słusność decyzji Rzecznika Praw Pacjenta	15.10.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/sad-potwierdzil-slusznosc-decyzji-rzecznika-praw-pacjenta

2. Minister Zdrowia (szczegóły w załączniku nr 1)

- **Działania Ministra Zdrowia w celu realizacji celów narodowej strategii onkologicznej**
- **Działania mające na celu poprawę dostępności, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej**
- **Działania ministra zdrowia w celu realizacji narodowego programu chorób układu krążenia na lata 2022– 2032**
- **Działania mające na celu poprawy dostępu, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej**
- **Działania ministra zdrowia w celu realizacji programu rozwoju e-zdrowie w Polsce na lata 2022–2027**
- **Zmiany w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych**
- **Zmiany wprowadzone przez Ministra Zdrowia w zakresie świadczeń gwarantowanych**
- **Zmiany w zakresie refundacji leków**
- **Zwiększanie dostępności Państwowego Ratownictwa Medycznego**
- **Inne działania z zakresu zwiększania dostępu do świadczeń zdrowotnych**
- **Najważniejsze programy i projekty realizowane przez Ministra Zdrowia**
 - **Projekt „Odwrócona piramida świadczeń”**
 - **Projekt „Podstawowe regiony zabezpieczenia”**
 - **Projekt „Ewidencja potencjału świadczeniodawcy”**
 - **Program „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024–2028”.**
 - **Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów**
 - **Plan dla chorób rzadkich na lata 2024–2025**

3. Narodowy Fundusz Zdrowia (szczegóły w załączniku nr 2)

- **Telefoniczna Informacja Pacjenta – NFZ**

Telefoniczna Informacja Pacjenta w latach 2021–2024 odebrała 7 341 240 połączeń.

Rok	Liczba odebranych połączeń
2021	2 891 167
2022	1 734 831
2023	1 282 189
2024	1 433 053

- **Podejmowanie działań zmierzających do poprawy dostępności do świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej**
- **Zmiany w zakresie leczenia szpitalnego**
- **Zmiany w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne**
- **Podejmowanie działań zmierzających do poprawy dostępności do świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**
- **Zmiany w zakresie rehabilitacji leczniczej**
- **Zmiany w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeń opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej**
- **Zmiany w zakresie leczenia stomatologicznego**
- **Zmiany w zakresie Kompleksowej opieka po zawale mięśnia sercowego Kos-zawał**
- **Zmiany w zakresie leczenia szpitalne – Onkologiczne Świadczenia Kompleksowe (KON)**
- **Kwalifikacja podmiotów leczniczych do Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO)**
- **Kontynuacja działań dotyczących realizacji gwarantowanych świadczeń profilaktycznych w ramach dostępnych programów zdrowotnych**
- **Kontynuacja programów pilotażowych dla pacjentów i wdrożenie nowych**
- **Kontynuacja działań w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane**

6.1.2. Jakość

1. Rzecznik Praw Pacjenta

- **Wystąpienia systemowe**

Opieka okołoporodowa

Rzecznik Praw Pacjenta skierował do MZ propozycje rozwiązań, które mogą przyczynić się poprawy stopnia realizacji opieki okołoporodowej w Polsce. RPP przygotował także analizę wyników ankiety, przeprowadzonej przez RPP wśród pacjentek, dotyczącej ich doświadczeń związanych z porodem oraz dostępnymi formami łagodzenia jego bólu.

MZ poinformowało, że przedstawione propozycje zostaną wykorzystane w Ministerstwie Zdrowia podczas prac nad zapewnieniem dostępności do znieczulenia w czasie porodu. Również pozostałe propozycje w zakresie opieki okołoporodowej zostaną poddane analizie przez odpowiednie komórki Ministerstwa Zdrowia i wykorzystane podczas prac koncepcyjnych w odpowiednich zakresach.

Standardy przestrzegania praw pacjenta w opiece psychiatrycznej

Rzecznik przygotował dokument „Standardy Opieki Psychiatrycznej – Standardy Przestrzegania Praw Pacjenta”, których potrzeba utworzenia wybrzmiała w trakcie prac Zespołu ds. kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego (brali w udział również przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta). Dokument ten zawiera opracowane standardy dla wszystkich praw pacjenta ze wskazaniem koniecznych procedur, których wdrożenie i stosowanie przyczyni się do takiego postępowania wobec pacjenta, by jego prawa były przestrzegane i stanowiły istotny element kultury szpitala udzielającego świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej. Ponadto w dokumencie opisane zostały „dobre praktyki”, często już funkcjonujące w podmiotach leczniczych, tworzą one katalog gotowych rozwiązań, dających się wprost zaimplementować w praktykę postępowania w podmiotach leczniczych.

W grudniu 2024 r. Rzecznik wystąpił do Sekretarza Stanu, Pana Wojciecha Koniecznego w sprawie kontynuacji współpracy dotyczącej opracowanych standardów. Wystąpienie ma na celu znalezienie wraz z Ministerstwem Zdrowia satysfakcjonującego rozwiązania zmierzającego do obligatoryjnego wdrożenia Standardów opieki psychiatrycznej – przestrzegania praw pacjenta, a co za tym idzie wzmocnienia bezpieczeństwa pacjenta w podmiotach oraz podniesienia jakości opieki psychiatrycznej w Polsce.

Rozpoczęcie wdrażanie standardów jest zaplanowane na 2025 r.

Wystąpienie do szpitali dotyczące odsyłania do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do szpitali z przypomnieniem, iż odsyłanie pacjentów przez szpitale i poradnie przyszpitalne do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w celu wykonania badań, wystawienia zwolnienia lekarskiego bądź przepisania bezpłatnych leków dla seniorów lub dzieci narusza prawa pacjenta. Pacjent nie może być „odsyłany” z powrotem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej tylko po to, aby wykonać dodatkowe badania lub aby lekarz poz wystawił pacjentowi zaświadczenie, że może być operowany. Jest to postępowanie

niezgodne z przepisami prawa. Szpital, zarówno na etapie kwalifikacji do zabiegu, jak i już po przyjęciu pacjenta na oddział, ma obowiązek całościowo zająć się pacjentem.

Monitorowanie przedłużających się pobytów szpitalnych bez wskazań do hospitalizacji na oddziałach psychogeriatrycznych i oddziałach psychiatrii sądowej dorosłych

Do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego docierały sygnały o przedłużających się hospitalizacjach pacjentów na oddziałach psychogeriatrycznych oraz oddziałach psychiatrii sądowej dla dorosłych. Hospitalizacje te, zdaniem lekarzy psychiatrów, nie miały medycznego uzasadnienia, a podyktowane były sytuacją społeczną pacjenta. Zdarzały się sytuacje, kiedy pacjent przebywał na oddziale bez wskazań medycznych do kilku miesięcy, a nawet lat.

Jak podkreślali specjaliści, tak długie przebywanie w warunkach oddziału zamkniętego niekorzystnie wpływa na stan zdrowia psychicznego pacjentów oraz na proces adaptacji w społeczeństwie po opuszczeniu szpitala. Sytuacja taka może powodować także ograniczenia dostępności do tych świadczeń zdrowotnych.

Rzecznik Praw Pacjenta podjął decyzję o rozpoznaniu skali problemu i wnikliwym jego przeanalizowaniu. Wystąpił w tej sprawie do podmiotów leczniczych, w których strukturach funkcjonują wskazane oddziały. Zebrane informacje poddane zostały analizie, która pozwoliła na sformułowanie wniosków i wystąpienie z nimi do Ministra Sprawiedliwości.

Wyniki analizy wykazały między innymi, że w przypadku pacjentów psychiatrii sądowej (o podstawowym stopniu zabezpieczenia) przyczyną przedłużających się hospitalizacji bez wskazań medycznych, jest brak możliwości bezpośredniego przekazania pacjenta po zwolnieniu z detencji do instytucji opiekuńczej czy opiekuńczo-leczniczej, w sytuacji kiedy ci pacjenci potrzebują kontynuacji opieki.

Przepisy nie regulują sytuacji pacjenta przebywającego na oddziale sądowym, który potrzebuje dalszej opieki – nie może być bezpośrednio przekazany do zakładu opiekuńczego czy opiekuńczo leczniczego. Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o rozważenie działań, które mogłyby przyczynić się do systemowej zmiany, zapewniającej ciągłość opieki instytucjonalnej osobom przebywającym w oddziałach psychiatrii sądowej, a jednocześnie zapobiegającej przedłużającym się hospitalizacjom bez wskazań medycznych pacjentów psychiatrii sądowej. Według Rzecznika, konieczne jest dokonanie zmiany obowiązujących przepisów prawa, w taki sposób, aby możliwe było bezpośrednie przekazywanie pacjenta do placówek opiekuńczych czy opiekuńczo leczniczych. Zapewniłoby to utrzymanie osiągniętej poprawy stanu zdrowia tych pacjentów oraz zaspokoiłoby potrzeby pacjentów, a co najważniejsze, zapobiegłoby ponownemu popełnieniu czynu zabronionego.

Rzecznik Praw Pacjenta w swoim wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości poruszył również aspekt braku osobistego wysłuchania przez sędziów sądu rodzinnego pacjentów przyjętych lub zatrzymanych bez ich zgody w szpitalach psychiatrycznych. Rzecznik Praw Pacjenta w trosce o dobro pacjentów przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody, którzy nie zawsze mają możliwość bycia wysłuchanymi osobiście przez sędziów sądu rodzinnego, zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości o podjęcie działań mających na celu zbadanie tego obszaru oraz podjęcie działań zmierzających do pełnego powrotu do osobistego wysłuchania pacjenta przez sędziego, a także przeprowadzania rozpraw w szpitalu, w którym przebywa pacjent.

Standardy przestrzegania praw pacjenta w opiece psychiatrycznej

DZP przygotował dokument „Standardy Opieki Psychiatrycznej – Standardy Przestrzegania Praw Pacjenta”, których potrzeba utworzenia wybrzmiała w trakcie prac Zespołu ds. kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego (brali w udział również przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta). Dokument ten zawiera opracowane standardy dla wszystkich praw pacjenta ze wskazaniem koniecznych procedur, których wdrożenie i stosowanie przyczyni się do takiego postępowania wobec pacjenta, by jego prawa były przestrzegane i stanowiły istotny element kultury szpitala udzielającego świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej. Ponadto w dokumencie opisane zostały „dobre praktyki”, często już funkcjonujące w podmiotach leczniczych, tworzą one katalog gotowych rozwiązań, dających się wprost zaimplementować w praktykę postępowania w podmiotach leczniczych.

W grudniu 2024 r. Rzecznik wystąpił do Sekretarza Stanu, Pana Wojciecha Koniecznego – w sprawie kontynuacji współpracy – dotyczącej opracowanych standardów. Wystąpienie ma na celu znalezienie wraz z Ministerstwem Zdrowia satysfakcjonującego rozwiązania zmierzającego do obligatoryjnego wdrożenia Standardów opieki psychiatrycznej – przestrzegania praw pacjenta, a co za tym idzie wzmocnienia bezpieczeństwa pacjenta w podmiotach oraz podniesienia jakości opieki psychiatrycznej w Polsce.

Rozpoczęcie wdrażanie standardów jest zaplanowane na 2025 r.

Wystąpienie Rzecznika Praw pacjenta do Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz Konsultant Krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, z prośbą o stanowisko

w kwestiach dotyczących realizacji praw pacjentów w podmiotach leczniczych psychiatrycznej opieki zdrowotnej zarówno dorosłych jak i dzieci i młodzieży

Rzecznik Praw Pacjenta, mając na uwadze m.in. wnioski płynące z raportów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, jak również Najwyższej Izby Kontroli, dotyczących psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zwrócił się do prof. dr hab. n. med. Piotra Gałęckiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz Pani dr n. med. Aleksandry Lewandowskiej, Konsultant Krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z prośbą

o przekazanie opinii dot. instalacji przyzywowo-alarmowej jako elementu wyposażenia oddziałów psychiatrycznych, dokumentowania obrażeń, zmian na ciele pacjentów, stosowania niestandardowych środków ochrony indywidualnej pacjentów, kontroli rzeczy osobistych pacjentów. Tematem zainteresowania Rzecznika Praw Pacjenta był także przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, szczególnie w kontekście wprowadzenia obowiązku wyodrębnienia na oddziałach psychiatrycznych pomieszczenia przeznaczonego do stosowania unieruchomienia pasami, analogicznie do obowiązku dot. organizacji w strukturze oddziałów pomieszczenia do stosowania izolacji. Stanowisko ww. Konsultantów jest niezbędne do oceny proporcjonalności i adekwatności podejmowanych działań w praktyce podmiotów leczniczych. Jest ono także istotne w kontekście podjęcia ewentualnych działań związanych ze zmianami systemowymi w przedmiotowych zakresach.

Psychoterapia uzależnień w Polsce, a wytyczne i zasady oparte na dowodach naukowych potwierdzających skuteczność (evidence-based medicine) leczenia/interwencji

W dbałości o to, aby prawa pacjentów w placówkach leczenia uzależnień były należycie przestrzegane, w szczególności prawo do świadczeń udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – DZP przeprowadził rozpoznanie zakresu leczenia uzależnień opartego na dowodach (EBM). EBM to podejście, które wykorzystuje badania naukowe w celu dostarczenia pacjentowi terapii o potwierdzonej skuteczności. Rzecznik otrzymywał sygnały od pacjentów, że nie zawsze przeprowadzane interwencje, praktyki w ośrodkach leczenia uzależnień, oparte są na aktualnej wiedzy medycznej zgodnej z dowodami naukowymi. W związku z tym DZP wystąpił do Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychoterapii Uzależnień o stosowną opinię. DZP wystąpił również do Rzecznika Praw Obywatelskich o podjęcie przez Zespół Ekspertów ds. Zdrowia Psychicznego tematyki szeroko rozumianej ochrony praw osób, które poddają się lub są kierowane na przymusowe leczenie uzależnienia. Odpowiedź Konsultanta Krajowego wskazuje, iż w przypadku wystąpienia nieprawidłowości będzie współpracowała z konsultantami wojewódzkimi w celu wypracowania rozwiązania.

2. Minister Zdrowia (szczegóły w załączniku nr 1)

• Opieka okołoporodowa

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia wychodząc naprzeciw oczekiwaniom co do zagwarantowania wysokiej jakości opieki okołoporodowej, wyrażonym przez ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, anestezjologii i środowisk reprezentujących kobiety, podjęło pracę nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Opiniowanie i konsultacje społeczne projektu rozpoczęły się 17 grudnia 2024 r. Zakłada się, że nowy standard zapewni właściwą i jednolitą organizację pracy, w sposób najbardziej efektywny wykorzystującą cały potencjał kadry, przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom. Przedmiotowa regulacja będzie wpływała na ujednolicenie organizacji opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej, poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

Nowelizacja standardu w sposób szczególny podkreśla realizację praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w obszarze opieki okołoporodowej. Oczekuje się, że jednymi z ważniejszych zmian mających na celu wzmocnienie ochrony prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą dostępu, jakości, bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w standardzie będą:

- określenie najważniejszych filarów, które będzie musiał uwzględniać plan porodu, w celu zwiększenia świadomości kobiet czego mogą oczekiwać w czasie porodu,
- większa dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego przez doprecyzowanie warunków, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzących, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej,
- edukacja przedporodowa od momentu stwierdzenia ciąży,
- zwrócenie szczególnej uwagi na potrzeby kobiet w sytuacjach szczególnych (po poronieniu, urodzeniu dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami, urodzeniu chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi,
- szerszy zakres profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu dziecka, kobiety w połogu oraz kobiety w sytuacji szczególnej,
- zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia współorganizowało z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta oraz Szpitalem Ginekologiczno-Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (gospodarz wydarzenia) konferencję pn.: „Opieka okołoporodowa: Klucz do bezpieczeństwa i satysfakcji kobiet”. Konferencja odbyła się 22 listopada 2024 r. Istotną rolę w wydarzeniu odegrały organizacje pozarządowe, które aktywnie uczestniczyły w dyskusjach i panelach. Do najważniejszych tematów poruszanych w trakcie konferencji należały: podmiotowość pacjentki, potrzeby kobiet w okresie okołoporodowym, dobre praktyki oraz kierunki rozwoju opieki okołoporodowej. Ważne miejsce zajmował również temat łagodzenia bólu porodowego.

W panelu „Głos matek – głos pacjentek. Standardy opieki okołoporodowej – potrzeby a rzeczywistość” brały udział przedstawicielki następujących organizacji pozarządowych: Fundacja Rodzić po Ludzku (Prezeska Joanna Pietrusiewicz, prowadząca panel), Fundacja Matecznik, Fundacja Czułość, Fundacja Mlekiem Mamy, Stowarzyszenie Tulimy Mamy, Inicjatywa Maluchy Na Brzuchy. Organizacje te wniosły istotny wkład w dyskusję, przedstawiając informacje dotyczące zarówno potrzeb i oczekiwań, jak i zastrzeżeń zgłaszanych przez kobiety w zakresie sposobu organizacji i jakości opieki okołoporodowej w Polsce.

Konferencja stanowiła platformę do wymiany dobrych praktyk, wiedzy i doświadczenia między podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi i ekspertami. W wydarzeniu stacjonarnym brało udział około 200 osób; dostępny był streaming w social mediach Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz Ministerstwa Zdrowia. Główną grupą docelową był personel medyczny zaangażowany w opiekę zdrowotną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem.

- **Opieka długoterminowa**

6.1.3. Bezpieczeństwo

1. Rzecznik Praw Pacjenta

- **Działania systemowe – Walka z praktykami pseudomedycznymi i tzw. szarlatanerią**

W 2024 r. Rzecznik kontynuował również działania i analizę w zakresie zagrożeń płynących z korzystania z usług osób niewykonujących zawodów medycznych, a które oferują metody niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, przypisując im właściwości i działania, skutecznego i bezpiecznego świadczenia zdrowotnego. W chwili obecnej Rzecznik nie może względem takich osób czy podmiotów, które nie wykonują działalności leczniczej, prowadzić postępowań, mimo że to za ich sprawą, ze wsparciem pseudomedycznej dezinformacji, pacjenci rezygnują z leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, zachęceni obietnicami o szerokiej skuteczności ww. metod. Obecnie jedyną możliwością jest składanie zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa, co też Rzecznik podejmuje systematycznie. Doświadczenia w tym obszarze wskazują jednak, że nie jest to skuteczna droga, gdyż wymaga wykazania zaistnienia przesłanek takiej odpowiedzialności, np. uszczerbku na zdrowiu osoby korzystającej z ww. usług, przy czym reagowanie dopiero w sytuacji wystąpienia szkody jest niewystarczające z punktu widzenia interesu społecznego – kluczowa jest prewencja takich skutków.

Rzecznik wystąpił z inicjatywą poszerzenia kompetencji Rzecznika, co znalazło poparcie wśród członków Rady Organizacji Pacjentów działającej przy Ministrze Zdrowia. Opracowano w Biurze projekt zmian w ww. obszarze i zaproponowano uregulowanie tzw. praktyk pseudomedycznych – tj. działań i zachowań wysoce szkodliwych społecznie i niebezpiecznych dla zdrowia

ludzkiego, wraz z procedurą postępowania w tym zakresie. Praktyki te koncentrują się na obszarach:

- udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby, które nie są osobami wykonującymi zawody medyczne i nie posiadają uprawnień czy też kwalifikacji do udzielania tych świadczeń;
- oferowania lub stosowania metod, które nie są świadczeniami zdrowotnymi, ale którym przypisuje się działanie i właściwości takiego świadczenia, tj. deklaruje się wbrew prawdzie skuteczność leczniczą takich metod w określonych schorzeniach;
- wykonywania działalności leczniczej bez uzyskaniu wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸⁵⁾;
- tzw. medycznej dezinformacji, co do której istnieje konsensus, że jest jednoznacznie szkodliwa, przede wszystkim jest elementem szerszej działalności i w tym zakresie promocji, propagowania oraz zachęcania pacjentów do skorzystania z odpłatnych metod, którym przypisuje się nadzwyczajne efekty terapeutyczne.

Projekt zmian został przesłany do Ministerstwa Zdrowia.

• **Receptomaty**

Rzecznik przedstawił stanowisko, w którym wskazał, że podmioty realizujące działalność, polegającą na wystawianiu recept drogą internetową – tzw. Receptomaty – muszą dbać o bezpieczeństwo pacjentów. Bezpieczeństwo pacjenta musi być priorytetem dla placówek, które wystawiają recepty na leki za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta podmioty prowadzące tzw. receptomaty w wielu przypadkach nie kierują się dobrem i bezpieczeństwem pacjenta, co znalazło potwierdzenie w ostatnim wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego.

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych na oddziałach psychiatrii ogólnej i sądowej

Mając na uwadze, że bezpieczeństwo pacjentów jest jednym z wyzwań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, a bezpieczeństwo podczas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi podstawową zasadę opieki zdrowotnej DZP przeprowadził analizę systemową w tym zakresie. Zebrał i analizował dane z ponad stu trzydziestu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej w Polsce. Celem tego działania było sprawdzenie jak podmioty lecznicze poradziły sobie z wdrożeniem nowych przepisów prawa w zakresie rejestracji zdarzeń niepożądanych oraz przeciwdziałanie automatyzacji i bezrefleksyjności w zakresie ich rejestrowania. Działania te miały na celu pogłębienie

⁸⁵⁾ (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.)

zrozumienia tematu zdarzeń niepożądanych. Ujednolicenie ich rejestrowania, wnikliwa analiza przyczyn i planowanie działań zapobiegających są ważnym elementem reformy psychiatrii o bezpieczeństwie i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom we wszystkich podmiotach leczniczych psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zebrane informacje zostały przekazane do podmiotów leczniczych w postaci dobrych praktyk.

- **Konferencja na temat bezpieczeństwa pacjenta**

Konferencja poświęcona bezpieczeństwu pacjenta odbyła się 5 kwietnia 2024 r. Organizatorem spotkania był Rzecznik Praw Pacjenta i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne. Podczas wydarzenia omawiano aktualny stan bezpieczeństwa pacjentów w placówkach medycznych w Polsce, rolę szpitali klinicznych w zapewnianiu tego bezpieczeństwa oraz wyzwania systemowe związane z występowaniem zdarzeń niepożądanych.

- **Kwartalnik – Bezpieczeństwo pacjenta**

W 2024 r. Rzecznik opublikował drugi numer półrocznika naukowego w całości poświęconego bezpieczeństwu pacjenta. Jego celem jest gromadzenie i publikowanie badań, które pozwolą poprawić pozycję pacjenta w systemie ochrony zdrowia, zapewniając wysoki poziom jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

2. Minister Zdrowia (szczegóły załącznik nr 1)

- **Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet i opieka okołoporodowa**
- **Bezpieczeństwo lekowe**

6.2. Prawo do informacji i prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego

1. Rzecznik Praw Pacjenta

- **Wystąpienia systemowe**

Składanie zgód i oświadczeń przez pacjenta w elektronicznej dokumentacji medycznej z wykorzystaniem tabletu lub cyfrowego długopisu

Rzecznik Praw Pacjenta przekazał do Ministerstwa Zdrowia stanowisko w sprawie składania zgód i oświadczeń przez pacjenta w elektronicznej dokumentacji medycznej z wykorzystaniem tabletu lub cyfrowego długopisu. W ocenie RPP dopuszczalne jest składanie zgód i oświadczeń przez pacjenta w elektronicznej dokumentacji medycznej z wykorzystaniem tabletu lub cyfrowego długopisu.

2. Minister Zdrowia (szczegóły załącznik nr 1)

- **Popularyzacja wiedzy o zdrowiu**
- **Działania informacyjne, edukacyjne i promocyjne dotyczące profilaktyki zdrowotnej**

6.3. Prawo do dokumentacji medycznej

3. Rzecznik Praw Pacjenta

- **Umieszczanie stanowiska RPP na stronie internetowej dotyczącego bieżących informacji medialnych**

Lp.	Aktualność	Data	Link
1	Placówka medyczna ma obowiązek wysyłki pacjentowi dokumentacji medycznej na jego żądanie	16.05.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/placowka-medyczna-ma-obowiazek-wysylki-pacjentowi-dokumentacji-medycznej-na-jego-zadanie
2	Rzecznik Praw Pacjenta przypomina o obowiązku prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz jej udostępnianiu 13.08.2024	13.08.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-przypomina-o-obowiazku-prowadzenia-elektronicznej-dokumentacji-medycznej-oraz-jej-udostepnianiu

6.4. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

1. Rzecznik Praw Pacjenta

- **Umieszczanie stanowiska RPP na stronie internetowej dotyczącego bieżących informacji medialnych**

Lp.	Aktualność	Data publikacji	Link
1	Sąd po raz kolejny potwierdza stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta – ograniczenie odwiedzin pacjentów w szpitalach	23.04.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/sad-po-raz-kolejny-potwierdza-stanowisko-rzecznika-praw-pacjenta--ograniczenie-odwiedzin-pacjentow-w-

	tylko na podstawie przepisów prawa.		szpitalach-tylko-na-podstawie-przepisow-prawa
--	-------------------------------------	--	---

6.5. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji

1. Minister Zdrowia (szczegóły w załączniku nr 1)

- **Wdrażanie we współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową Państwowym Instytutem Badawczym (NASK) systemu platformy analitycznej S46**
- **Rozwój sektorowego Zespołu Reagowania na Incydenty Komputerowe– CSIRT CeZ,**
- **Przekazywanie operatorom usług kluczowych, w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, rekomendacji wdrażania zabezpieczeń w celu podniesienia poziomu cyberbezpieczeństwa.**

6.6. Przykładowe działania systemowe Rzecznika dot. upowszechniania wiedzy o prawach pacjenta

6.6.1. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz zewnętrznymi ekspertami

- **Informacje na temat działalności Rady Organizacji Pacjentów umieszczone na stronie internetowej⁸⁶⁾**

Lp.	Aktualność	Data publikacji	Link
1	Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie dłuższych urlopów macierzyńskich dla matek wcześniaków. Inicjatorem tego postulatu są	23.01.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wystapienie-rzecznika-praw-pacjenta-do-minister-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-w-sprawie-dluzszych-urlopow-macierzynskich-dla-matek-wczesniakow

⁸⁶⁾ Więcej informacji na temat funkcjonowania ROP: <https://www.gov.pl/web/rpp/rada-organizacji-pacjentow>

	organizacje współtworzące Ogólnopolskie Porozumienie Razem dla Wcześnieńników należące do Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.		
2	VIII Forum Organizacji Pacjentów	7.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/viii-forum-organizacji-pacjentow
3	Spotkanie Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta	28.03.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/spotkanie-rady-organizacji-pacjentow-przy-rzeczniku-pacjenta
4	Łączy nas Pacjent – wspólne dyżury ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych na Infolinii 800 190 590	12.04.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/laczy-nas-pacjent--wspolne-dyzury-ekspertow-rzecznika-praw-pacjenta-i-organizacji-pozarzadowych-na-infolinii-800-190-590
5	II edycja projektu Łączy nas Pacjent – wspólne dyżury ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych na Infolinii 800 190 590	26.04.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/laczy-nas-pacjent--wspolne-dyzury-ekspertow-rzecznika-praw-pacjenta-i-organizacji-pozarzadowych-na-infolinii-800-190-591
6	Już wkrótce VIII edycja rajdu OnkoTour – Żyj zdrowo i sportowo!	15.07.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/juz-wkrotce-viii-edycja-rajdu-onkotour--zyj-zdrowo-i-sportowo

	OnkoTour 2024 rozpoczęty!	2.08.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/onko-tour-2024-rozpoczety
7	Spotkanie Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta	16.07.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/spotkanie-rady-organizacji-pacjentow-przy-rzeczniku-praw-pacjenta
8	Rzecznik Praw Pacjenta wręczył powołania do Prezydium Rady Organizacji Pacjentów	8.08.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-wreczyl-powolania-do-prezydium-rady-organizacji-pacjentow
	Działania Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta w 2024 roku	27.12.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/dzialania-rady-organizacji-pacjentow-przy-rzeczniku-praw-pacjenta-w-2024-roku

- **Prace w ramach Rady Ekspertów**

W lutym 2020 r. Rzecznik powołał Radę Ekspertów, do których zaprosił specjalistów związanych z medycyną i systemem ochrony zdrowia. Przewodniczącym Rady jest prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, a członkowie zostali powołani na 3-letnią kadencję. Rada ma charakter opiniotwórczy i doradczy, jej zadaniem jest wsparcie Rzecznika w wykonywaniu ustawowych zadań. Prace Rady Ekspertów w 2024 r. odbywały się w ramach posiedzeń całej Rady.

Rada Ekspertów w 2024 r. przygotowała dokument, w którym przedstawia stanowisko dotyczące koordynacji systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego. W obliczu rosnących wyzwań związanych ze starzeniem społeczeństwa, rozwojem chorób stylu życia oraz ograniczeniami wynikającymi ze stanu finansów publicznych, Rada Ekspertów postuluje, w interesie państwa i wszystkich obywateli, dążenie do większej koordynacji i integracji systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego w Polsce.

- **Wystąpienie Rzecznika Praw pacjenta do Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz Konsultant Krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, z**

prośbą o stanowisko w kwestiach dotyczących realizacji praw pacjentów w podmiotach leczniczych psychiatrycznej opieki zdrowotnej zarówno dorosłych jak i dzieci i młodzieży.

Rzecznik Praw Pacjenta mając na uwadze m.in. wnioski płynące z raportów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jak również Najwyższej Izby Kontroli, dotyczących psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zwrócił się do prof. dr hab. n. med. Piotra Gałęckiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz Pani dr n. med. Aleksandry Lewandowskiej, Konsultant Krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z prośbą o przekazanie opinii dot. instalacji przyzywowo-alarmowej jako elementu wyposażenia oddziałów psychiatrycznych, dokumentowania obrażeń, zmian na ciele pacjentów, stosowania niestandardowych środków ochrony indywidualnej pacjentów, kontroli rzeczy osobistych pacjentów. Tematem zainteresowania Rzecznika Praw Pacjenta był także przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, szczególnie w kontekście wprowadzenia obowiązku wyodrębnienia na oddziałach psychiatrycznych pomieszczenia przeznaczonego do stosowania unieruchomienia pasami, analogicznie do obowiązku dot. organizacji w strukturze oddziałów pomieszczenia do stosowania izolacji. Stanowisko ww. Konsultantów jest niezbędne do oceny proporcjonalności i adekwatności podejmowanych działań w praktyce podmiotów leczniczych. Jest ono także istotne w kontekście podjęcia ewentualnych działań związanych ze zmianami systemowymi w przedmiotowych zakresach.

• **Współpraca z innymi podmiotami – publikacje w kanałach informacyjnych RPP**

Lp.	Aktualność	Data publikacji	Link
1	Szkolenie dla pełnomocników ds. praw pacjenta. Dokumentacja medyczna	12.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/szkolenie-dla-pelnomocnikow-ds-praw-pacjenta-dokumentacja-medyczna
	Szkolenie z dokumentacji medycznej i praw pacjenta dla pełnomocników ds. praw pacjenta	22.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/szkolenie-z-dokumentacji-medycznej-i-praw-pacjenta-dla-pelnomocnikow-ds-praw-pacjenta
	Zaproszenie na spotkanie Rzecznika Praw Pacjenta z		

pełnomocnikami ds. praw pacjenta			
Szkolenie dla pełnomocników ds. praw pacjenta. Wewnętrzny system zarządzania jakością w podmiocie leczniczym	11.03.2024		https://www.gov.pl/web/rpp/zaproszenie-na-spotkanie-rzecznika-praw-pacjenta-z-pelnomocnikami-ds-praw-pacjenta2 https://www.gov.pl/web/rpp/szkolenie-dla-pelnomocnikow-ds-praw-pacjenta-wewnetrzny-system-zarzadzania-jakoscia-w-podmiocie-leczniczym
Zaproszenie na spotkanie Rzecznika z pełnomocnikami ds. praw pacjenta	14.04.2024		https://www.gov.pl/web/rpp/zaproszenie-na-spotkanie-rzecznika-z-pelnomocnikami-ds-praw-pacjenta4
Warsztaty na temat dostępności świadczeń zdrowotnych dla osób ze szczególnymi potrzebami (PEFRON)			https://www.gov.pl/web/rpp/zaproszenie-na-warsztaty-na-temat-dostepnosci-swiadczen-zdrowotnych-dla-osob-ze-szczegolnymi-potrzebami
Zaproszenie na warsztaty dla pełnomocników ds. praw pacjenta na temat standardów akredytacyjnych dla szpitali	3.06.2024		https://www.gov.pl/web/rpp/zaproszenie-na-warsztaty-dla-pelnomocnikow-ds-praw-pacjenta-z-tematyki-standardow-akredytacyjnych-dla-szpitali
Zaproszenie na spotkanie Rzecznika z			

	Centrum Monitorowania Jakości wspólnie dla Pacjentów		centrum-monitorowania-jakosci-wspolnie-dla-pacjentow
5	Ankieta skierowana do personelu medycznego i informacje o nowym projekcie	10.07.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/ankieta-skierowana-do-personelu-medycznego-i-informacje-o-nowym-projekcie
6	List do wojewodów i marszałków województw w sprawie dostępu do usług medycznych osób chorujących na otyłość i z niepełnosprawnością	17.07.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/list-do-wojewodow-i-marszalkow-wojewodztw-w-sprawie-dostepu-do-uslug-medycznych-osob-chorujacych-na-otylosc-i-z-niepelnosprawnoscia
7	Rzecznik Praw Pacjenta przejmuje sprawy wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych	22.07.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-przejmuje-sprawy-wojewodzkich-komisji-ds-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych
8	Rzecznik Praw Pacjenta i Główny Inspektor Sanitarny podpisali porozumienie o współpracy	24.07.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-i-glowny-inspektor-sanitarny-podpisali-porozumienie-o-wspolpracy
9	Wspólne stanowisko Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta i środowiska onkologicznego w sprawie dezinformacji dotyczącej leczenia przeciwnowotworowego	24.10.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wspolne-stanowisko-ministra-zdrowia-rzecznika-praw-pacjenta-i-srodowiska-onkologicznego-w-sprawie-dezinformacji-dotyczacej-leczenia-przeciwnowotworowego
10	Rzecznik Praw Pacjenta: podpisaliśmy z Policją porozumienie o	10.12.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-podpisalismy-z-policja

	współpracy dla dobra pacjentów w kryzysie psychicznym		porozumienie-o-wspolpracy-dla-dobra-pacjentow-w-kryzysie-psychicznym2
11	Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Ministra Sprawiedliwości w sprawie przedłużających się hospitalizacji bez wskazań medycznych, pacjentów psychiatrii sądowej (o podstawowym stopniu zabezpieczenia)	12.12.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wystapienie-rzecznika-praw-pacjenta-do-ministra-sprawiedliwosci-w-sprawie-przedluzajacych-sie-hospitalizacji-bez-wskazan-medycznych-pacjentow-psychiatrii-sadowej-o-podstawowym-stopniu-zabezpieczenia

• **Działalność informacyjno-promocyjna Rzecznika w kanałach własnych**

Lp.	Aktualność	Data publikacji	Link
1	Opieka hospicyjna i paliatywna – pomoc dla osób nieuleczalnie chorych-	11.01.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/opieka-hospicyjna-i-paliatywna--pomoc-dla-osob-nieuleczalnie-chorych
2	Rzecznik Praw Pacjenta zapewnia transparentność i ochronę praw pacjenta w leczeniu psychiatrycznym	15.01.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-zapewnia-transparentnosc-i-ochrone-praw-pacjenta-w-leczeniu-psychiatrycznym
3	Edukacja zdrowotna w polskich szkołach. Rzecznik Praw Pacjenta wnioskuję o zmiany	25.01.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/edukacja-zdrowotna-w-polskich-szkolach-rzecznik-praw-pacjenta-wnioskuje-o-zmiany
4	Światowy Dzień Chorego	11.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/swiatowy-dzien-chorego

5	Rzecznik Praw Pacjenta uruchamia nową platformę informacyjno-edukacyjną dla pacjentów www.nawigatorpacjenta.rpp.gov.pl	15.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-uruchamia-nowa-platforme-informacyjno-edukacyjna-dla-pacjentow-wwwnawigatorpacjentarppgovpl
6	Transport sanitarny	26.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/transport-sanitarny
7	Rzecznik Praw Pacjenta wydłuża czas pracy infolinii 800 190 590 dla jeszcze lepszej obsługi pacjentów	1.03.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-wydluza-czas-pracy-infolinii-800-190-590-dla-jeszcze-lepszej-obslugi-pacjentow
8	Dostępna Ginekologia - wyszukiwarka gabinetów ginekologicznych dla osób z niepełnosprawnościami	8.03.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/dostepna-ginekologia---wyszukiwarka-gabinetow-ginekologicznych-dla-osob-z-niepelnosprawnosciami
9	Opaski dla pacjentów w szpitalach zmiany w przepisach prawa	10.04.24	https://www.gov.pl/web/rpp/opaski-dla-pacjentow-w-szpitalach-zmiany-w-przepisach-prawa
10	Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	16.04.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/uprawnienia-rzecznika-praw-pacjenta-szpitala-psychiatrycznego
11	Podsumowanie działań Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie leczenia boreliozy metodą ILADS i pierwsza kara pieniężna nałożona w tej sprawie.	14.05.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/podsumowanie-dzialan-rzecznika-praw-pacjenta-w-zakresie-leczenia-boreliozy-metoda-ilads-i-pierwsza-kara-pieniezna-nalozona-w-tej-sprawie

12	Dostępność do lekarzy rodzinnych (POZ) na terenach dotkniętych powodzią Ważne informacje dla powodzian	16.09.2024 30.09.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/dostepnosc-do-lekarzy-rodzinnych-poz-na-terenach-dotknietych-powodzia https://www.gov.pl/web/rpp/wazne-informacje-dla-powodzian
13	#odwołuje#nieblokuje – każda nieodwołana wizyta to mniej możliwości dla innych pacjentów.	07.10.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/odwolujenieblokuje--kazda-nieodwolana-wizyta-to-mniej-mozliwosci-dla-innych-pacjentow
14	Wszystkim pacjentom chorującym na gruźlicę przysługują darmowe leki	30.10.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/wszystkim-pacjentom-chorujacym-na-gruzlice-przysluguja-darmowe-leki
15	Preparaty o działaniu uzależniającym tylko po osobistym zbadaniu pacjenta przez lekarza	07.11.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/preparaty-o-dzialaniu-uzalezniacym-tylko-po-osobistym-zbadaniu-pacjenta-przez-lekarza
16	Zmiany w wypisywaniu recept – jak działa obowiązujący od listopada przepis?	19.12.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/zmiany-w-wypisywaniu-recept--jak-dziala-obowiazujacy-od-listopada-przepis

Fundusze kompensacyjne

Lp.	Aktualność	Data publikacji	link
1	Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych	20.02.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/fundusz-kompensacyjny-zdarzen-medycznych-rozpoczyna-swoja-dzialalnosc
2	Bartłomiej Chmielowiec Rzecznik Praw Pacjenta kontynuuje wypłaty ze środków Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych	6.05.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/bartlomiej-chmielowiec-rzecznik-praw-pacjenta-kontynuuje-wypłaty-ze-srodkow-funduszu-kompensacyjnego-szczepien-ochronnych
3	Pierwsze świadczenia dla pacjentów z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych	18.06.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/pierwsze-swiadczenia-dla-pacjentow-z-funduszu-kompensacyjnego-zdarzen-medycznych
4	Już ponad milion złotych dla pacjentów z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych	25.06.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/juz-ponad-milion-zlotych-dla-pacjentow-z-funduszu-kompensacyjnego-zdarzen-medycznych
5	Poszkodowany pacjent z najwyższym świadczeniem	23.08.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/poszkodowany-pacjent-z-najwyzszym-swiadczeniem
6	Od dziś wyższe stawki świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych	6.09.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/od-dzis-wyzsze-stawki-swiadczen-z-funduszu-kompensacyjnego-zdarzen-medycznych
7	Już sto poszkodowanych	14.11.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/juz-sto-poszkodowanych-osob-uzyskalo-wsparcie

	osób uzyskało wsparcie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych		funduszu-kompensacyjnego-zdarzen-medycznych
8	9,5 miliona złotych wypłat z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych	31.12.2024	https://www.gov.pl/web/rpp/95-miliona-zlotych-wypłat-z-funduszu-kompensacyjnego-zdarzen-medycznych3

6.6.2. Współpraca z pełnomocnikami ds. praw pacjenta

W 2024 r. udostępniono do użytku dla pełnomocników ds. praw pacjenta w podmiotach leczniczych stronę internetową: platformę edukacyjno-informacyjną wraz z bazą wiedzy, materiałami szkoleniowymi z zakresu praw pacjenta i możliwością wymiany doświadczeń.

Pełnomocnikom ds. praw pacjenta w podmiotach leczniczych udzielane było bieżące wsparcie przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta poprzez:

- udostępnienie dedykowanego dla nich adresu mailowego oraz wskazanie numerów telefonów do ekspertów;
- bieżące udzielanie odpowiedzi na pytania pełnomocników wpływające drogą elektroniczną lub telefoniczną;
- przekazywanie materiałów szkoleniowych, stanowisk i wytycznych opracowanych przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

W 2024 r. opublikowano opracowanie „Dobre praktyki dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie postępowania ze skargami i wnioskami”. Opracowanie to było wynikiem pracy grupy roboczej przy Rzeczniku Praw Pacjenta składającej się z pełnomocników ds. praw pacjenta w podmiotach leczniczych oraz ekspertów z BRPP. Na podstawie opracowania przeprowadzono szkolenie dla pełnomocników ds. praw pacjenta oraz pozostałego zainteresowanego personelu medycznego.

6.6.3. Działalność wydawnicza i publikacyjna Rzecznika

- **Kwartalnik „Jednym głosem dla psychiatrii”**

Rzecznik Praw Pacjenta wydał w 2023 r. 4 numery Kwartalnika „Jednym Głosem dla Psychiatrii”. Kwartalnik jest pisany i redagowany w całości przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Wiodącą tematyką, w kwartalniku są tematy związane ze zdrowiem psychicznym. Dostęp do czasopisma: <https://www.gov.pl/web/rpp/kwartalnik-jednym-glosem-dla-psychiatrii>

- **Ulotki i broszury⁸⁷⁾**

W 2024 roku Rzecznik wydał ulotkę o prawach pacjenta. Ulotka zawiera niezbędne informacje na temat praw, jakie przysługują pacjentom podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Oraz informacje o Funduszach Kompensacyjnych w tym zdarzeń medycznych, szczepień ochronnych i badań klinicznych <https://www.gov.pl/web/rpp/ulotka-o-prawach-pacjenta+>

Przygotowano dla podmiotów leczniczych do pobrania:

- plakat o prawach pacjenta
- Plakat o całodobowej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta 800-190-590
- Plakat o Funduszu Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych
- Plakat o Funduszu Kompensacyjnym Szczepień Ochronnych skierowany do rodziców małoletnich dzieci
- Plakat o Funduszu Kompensacyjnym Szczepień Ochronnych
- Karta Praw Dziecka – Pacjenta powstała w celu popularyzowania najważniejszych praw przysługujących najmłodszym pacjentom, korzystającym ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach, sanatoriach czy uzdrowiskach. Biorąc pod uwagę doświadczenia płynące z naszej pracy wiemy, jak istotna jest świadomość rodziców/opiekunów, dzieci, ale także personelu medycznego, w zakresie posiadanych uprawnień i ich respektowania. Wysoki stopień świadomości o prawach pacjenta, a w szczególności dziecka – pacjenta, ma bardzo znaczący wpływ na kształtowanie dojrzałej, podmiotowej relacji dziecko/rodzic/opiekun a personel medyczny.

- **Przykłady innych działań medialnych**

1.	Liczba przygotowanych filmików edukacyjnych	25
2.	Liczba wypowiedzi medialnych RPP i przedstawicieli BRPP do mediów internetowych, TV, radia	169
3.	Liczba konferencji i wydarzeń publicznych, w których wziął udział Rzecznik Praw Pacjenta lub przedstawiciele BRPP	97

⁸⁷⁾ <https://www.gov.pl/web/rpp/plakaty-i-ulotki>

4.	Liczba wywiadów udzielonych przez RPP	15
5.	Liczbę pozostałych odpowiedzi na zapytania dziennikarskie	202

7. Ocena realizacji praw pacjenta w 2024 r. i wyzwania na przyszłość

Ocena realizacji praw pacjenta została dokonana przez dwa zespoły eksperckie, składające się z pracowników Biura. W przypadku pierwszego z zespołu przyjęto ocenę metodą Estimate-Talk-Estimate w celu wypracowania zgodnej oceny wszystkich uczestniczących osób. Przyjęcie takiej metodyki było konieczne z uwagi na fragmentaryczność dostępnych źródeł danych. Wstępna ocena została zweryfikowana przez drugi z zespołów – składający się z członków kierownictwa oraz dyrektorów Biura.

Przyjęta ocena skupia się przede wszystkim na częstotliwości występowania naruszeń poszczególnych praw pacjenta. Jednocześnie w przedstawionych informacjach uwzględniono również wagę naruszeń poszczególnych praw, która znacząco różni się pomiędzy nimi.

Istotnym problemem w ocenie przestrzegania praw pacjenta jest fakt, że pacjenci nie zgłaszają wszystkich występujących naruszeń. Wynika to z wielu różnych przyczyn, m.in. niskiej wagi naruszenia w stosunku do wartości udzielanych świadczeń, potrzeby zachowania pozytywnych relacji z personelem podmiotu leczniczego, przyczyn osobistych, takich jak poczucie wstydu, braku świadomości wystąpienia naruszenia, braku świadomości istnienia lub treści określonych praw pacjenta czy braku świadomości możliwości zgłoszenia naruszenia do Rzecznika. Taki stan rzeczy powoduje, że nie jest możliwe zbudowanie pełnego obrazu przestrzegania praw pacjenta w Polsce wyłącznie w oparciu o zgłoszenia pacjentów.

Dlatego wykorzystano różnorodne źródła wiedzy: dostępne dane, zarówno dotyczące zgłoszeń do Rzecznika, prowadzonych przez niego postępowań, ale również dostępne dane administracyjne i statystyczne, a także doniesienia medialne.

Poniżej przedstawiono w tabeli ocenę przestrzegania poszczególnych praw pacjenta w 2024 r. według przyjętej skali, a w dalszej części rozdziału przedstawiono uzasadnienie przyjętej oceny. W pierwszej kolejności dokonano oceny prawa do świadczeń zdrowotnych w dwóch aspektach – w zakresie dostępności oraz jakości i bezpieczeństwa, a następnie – pozostałych praw.

Skala ocen była siedmiostopniowa:

1. Zawsze naruszane
2. Bardzo często naruszane
3. Często naruszane
4. Czasami naruszane
5. Rzadko naruszane
6. Bardzo rzadko naruszane
7. Nienaruszane

Tabela X: Ocena przestrzegania praw pacjenta w Polsce w 2024 r.

Lp.	Prawo pacjenta	Ocena
1.	Prawo do świadczeń zdrowotnych a. Dostępność b. Jakość i bezpieczeństwo	a. Bardzo często naruszane b. Często naruszane
2.	Prawo do informacji	Często naruszane
3.	Prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	Często naruszane
4.	Prawo do dokumentacji medycznej	Często naruszane
5.	Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta	Czasami naruszane
6.	Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	Czasami naruszane
7.	Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	Nienaruszane
8.	Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych	Bardzo rzadko naruszane
9.	Prawo do tajemnicy informacji	Rzadko naruszane
10.	Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	Bardzo rzadko naruszane
11.	Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	Bardzo rzadko naruszane

7.1. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Prawo do świadczeń zdrowotnych jako obejmujące elementarne kwestie – dostęp i jakość świadczeń zdrowotnych, jest najważniejszym z praw pacjenta i zajmuje centralne miejsce w działalności Rzecznika. Tego prawa dotyczy największa liczba zgłoszeń i prowadzonych postępowań zarówno w sprawach indywidualnych, jak i zbiorowych.

Prawo do świadczeń zdrowotnych w zakresie dostępności było bardzo często naruszane.

Dostępność

- W Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje szeroki wachlarz świadczeń medycznych. Niemniej jednak, równy dostęp do świadczeń opłacanych ze środków publicznych jest często ograniczany przez różne czynniki – techniczne, organizacyjne, finansowe i kadrowe. Zgłoszenia pacjentów wskazują, że także placówki prywatne, oferujące usługi odpłatnie lub w ramach abonamentów medycznych, nie zawsze zapewniają odpowiednią dostępność do świadczeń.

- Z danych zebranych przez Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych są najczęstszym przedmiotem skarg. Aż 36% wszystkich zgłoszeń dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych odnosiło się właśnie do kwestii dostępności. Wśród nich 28% dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej, 47% – specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a niemal 26% – leczenia szpitalnego.
- Jednym z najważniejszych wyzwań systemu ochrony zdrowia jest zbyt długi czas oczekiwania na świadczenia. Szczególnie odnotowywane są kolejki do lekarzy specjalistów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjenci zgłaszają też problemy związane z organizacją pracy placówek, niewłaściwymi warunkami udzielania świadczeń, odmowami rejestracji oraz przypadkami nieudzielenia pomocy medycznej.
- Dostępność świadczeń medycznych jest również poważnie ograniczana przez nieefektywny podział obowiązków w placówkach leczniczych oraz przeciążenie personelu medycznego zadaniami administracyjnymi, takimi jak prowadzenie dokumentacji medycznej.

Prawo do świadczeń zdrowotnych w zakresie jakości i bezpieczeństwa było często naruszane.

Jakość i bezpieczeństwo

- Ponad połowa zgłoszeń od pacjentów dotyczyła zastrzeżeń związanych z jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych. Najczęściej uwagi te odnosiły się do leczenia szpitalnego, które stanowiło ponad 36% wszystkich zgłoszeń w tej kategorii. Około 19% zastrzeżeń dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast 20% – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. We wszystkich poziomach opieki pacjenci najczęściej wskazywali na problemy związane z jakością leczenia i pielęgnacji, a także brakiem kompleksowego podejścia do terapii. Choć pacjenci nie zawsze są w stanie merytorycznie ocenić jakość udzielanych świadczeń, zgłoszenia kierowane do Rzecznika Praw Pacjenta sygnalizują występowanie trudności i nieprawidłowości w przebiegu procesu leczenia z ich perspektywy.
- Jakość usług medycznych bywa również kwestionowana w kontekście zgodności działań placówek z aktualną wiedzą medyczną. Wskazują na to sprawy dotyczące naruszeń zbiorowych praw pacjenta, które pokazują, że niektóre podmioty udzielają świadczeń w sposób niewłaściwy.
- Koordynowana opieka zdrowotna w ramach POZ została wprowadzona w celu zapewnienia bardziej spójnych i skutecznych świadczeń. Ułatwia ona przepływ informacji i poprawia współpracę między podstawową opieką zdrowotną a innymi

placówkami medycznymi, co jest szczególnie istotne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi. W 2024 roku aż 41% przychodni POZ wdrożyło opiekę koordynowaną.

- Od 2023 roku funkcjonują trzy fundusze kompensacyjne: Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych, Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych oraz Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych. Ułatwiają one pacjentom dochodzenie rekompensaty w przypadku niepożądanych zdarzeń medycznych. Szczególne znaczenie ma Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, który umożliwia uzyskanie świadczenia bez konieczności udowadniania winy placówki. Wystarczającym warunkiem jest stwierdzenie, że można było uniknąć danego zdarzenia, gdyby świadczenie zostało udzielone zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej lub zastosowano inną dostępną metodę diagnostyczną bądź terapeutyczną.
- Od 2023 roku Rzecznik Praw Pacjenta posiada nowe uprawnienia w zakresie gromadzenia i analizowania danych o zdarzeniach niepożądanych. Dotychczas w systemie ochrony zdrowia nie prowadzono takiego monitoringu. Obecnie, na podstawie zgłoszeń pacjentów, Rzecznik może opracowywać rekomendacje, analizy oraz raporty, których celem jest zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów.

7.2. Pozostałe prawa pacjenta

Zgłoszenia pacjentów dotyczące pozostałych praw pacjenta stanowią mniejszą część wszystkich zgłoszeń napływających do Rzecznika. Ich liczba jest stosunkowo niewielka, biorąc pod uwagę całkowitą liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych w danym roku. Informacje otrzymywane od pacjentów, jak i z innych źródeł pozwalają jednak przyjąć, że skala problemu w odniesieniu do niektórych praw może być większa niż pokazują to posiadane dane. Koniecznym jest pogłębienie analizy zebranych już informacji. Dane, którymi dysponuje Rzecznik, pozwalają na wskazanie pewnych trendów dotyczących przestrzegania poszczególnych praw pacjenta i wskazują charakter zaistniałych problemów.

Prawo do informacji

Prawo do informacji było często naruszane w 2024 r.

- W 2024 roku prawo pacjenta do informacji było – zaraz po prawie do świadczeń zdrowotnych – jednym z najczęstszych powodów kontaktu pacjentów z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta. Pacjenci zwracali się z informacjami o braku przekazywania informacji o prawach pacjenta, a także zgłaszali problemy z procedurą składania skarg.
- Chorzy zazwyczaj otrzymują podstawowe dane dotyczące diagnozy i leczenia, ale informacje te często są zbyt ogólne, nieprecyzyjne lub niewystarczające, by umożliwić

świadome podejmowanie decyzji dotyczących terapii. Zgłaszano również przypadki niespójności w informacjach przekazywanych przez różnych lekarzy, co szczególnie utrudnia pacjentom odnalezienie się w bardziej skomplikowanych lub długotrwałych procesach diagnostycznych i leczniczych. Tymczasem pacjent ma prawo nie tylko do informacji o stanie zdrowia i zaleceniach medycznych, ale również do wiedzy o planowanym przebiegu leczenia, możliwych skutkach ubocznych oraz dostępnych alternatywach terapeutycznych. Część zgłoszeń dotyczących leczenia, kierowanych do Rzecznika, może wynikać nie tyle z faktycznych uchybień w samych świadczeniach, ile z braków w komunikacji i niewystarczającego informowania pacjentów na poszczególnych etapach terapii.

- Właściwa realizacja prawa do informacji wymaga nie tylko przekazania danych medycznych, ale przede wszystkim skutecznej i jakościowej komunikacji między personelem medycznym a pacjentem. Informacje muszą być formułowane w sposób zrozumiały dla odbiorcy, co jest szczególnie trudne ze względu na rosnący stopień specjalizacji i złożoności współczesnej wiedzy medycznej. Dodatkowo należy uwzględnić potrzeby tych pacjentów, którzy mają utrudniony kontakt werbalny – z powodu stanu zdrowia lub specyficznych barier komunikacyjnych – co wymaga od personelu dostosowania formy przekazu do ich możliwości i sytuacji.

Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Prawo do wyrażania zgody było często naruszane w 2024 r.

- Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń medycznych jest ściśle powiązane z prawem do informacji – świadoma zgoda na leczenie może bowiem zostać udzielona tylko wtedy, gdy pacjent posiada odpowiednią wiedzę na temat swojego stanu zdrowia oraz dostępnych metod leczenia.
- Do naruszeń tego prawa dochodzi często nie dlatego, że całkowicie pominięto procedurę uzyskania zgody, lecz z powodu jej niewłaściwej realizacji. Przykładem może być sytuacja, w której formularz zgody jest sformułowany w sposób niezrozumiały dla pacjenta, wręczany bezpośrednio przed zabiegiem, bez zapewnienia czasu na jego przeczytanie i przemyślenie, a w skrajnych przypadkach – podpisywany już po wykonaniu procedury medycznej. Przypadki te rzadko są zgłaszane do Rzecznika, zwłaszcza jeśli nie doprowadziły do poważnych skutków zdrowotnych, takich jak błąd medyczny.
- Niepokój budzi także niewłaściwe stosowanie tzw. zgody dorozumianej – zdarzają się sytuacje, w których samo przyjęcie do szpitala traktowane jest jako automatyczna akceptacja wszystkich możliwych procedur medycznych, jakie mogą zostać wykonane

w trakcie hospitalizacji, co stanowi nadużycie i podważa zasadę świadomego wyboru pacjenta.

Prawo do dokumentacji medycznej

Prawo do dokumentacji medycznej było często naruszane w 2024 r.

- W 2024 roku Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał ponad 5488 zgłoszeń, wniosków i skarg odnoszących się do prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Najczęściej poruszonym problemem były trudności związane z udostępnianiem tej dokumentacji.
- Prawo do dokumentacji medycznej było w 2024 r. jednym z częściej naruszanych praw w sprawach indywidualnych. Prowadzone postępowania dotyczyły między innymi niewłaściwie prowadzona dokumentacja medyczna, nieczytelna i odmowa udostępniania czytelnej dokumentacji.
- Podobnie jak w przypadku prawa do świadomej zgody, skargi dotyczące dokumentacji medycznej trafiają do Rzecznika zazwyczaj w sytuacjach, gdy naruszenia mają realne i poważne skutki dla pacjenta – na przykład wtedy, gdy brak pełnej dokumentacji doprowadził do niepożądanego zdarzenia lub gdy pacjent miał istotne trudności w jej uzyskaniu. Wiele jednak wskazuje na to, że naruszenia tego prawa są znacznie częstsze, niż wynika z oficjalnych zgłoszeń. Często nieprawidłowości w dokumentacji wychodzą na jaw dopiero przy okazji badania innych naruszeń, np. w związku z zastrzeżeniami dotyczącymi udzielonych świadczeń. Tam, gdzie nie analizuje się szczegółowo przebiegu leczenia, zwykle nie ocenia się także jakości dokumentacji.
- Wprowadźcie sytuacje, w których dokumentacja medyczna nie jest prowadzona wcale, należą do rzadkości, to wciąż dość powszechne są przypadki, gdy jest ona prowadzona w sposób niedbały – zbyt lakonicznie, nieczytelnie lub bez pełnego odzwierciedlenia procesu terapeutycznego. Nadzieję na poprawę w tym zakresie daje coraz szersze stosowanie elektronicznej dokumentacji medycznej, która umożliwia lepszy wgląd w historię leczenia.
- Pomimo zauważalnych postępów w dostępie do dokumentacji, pacjenci wciąż napotykać na liczne trudności – potwierdzają to zarówno ich zgłoszenia, jak i wyniki prowadzonych postępowań. Problemy te obejmują m.in. tworzenie nadmiernie sformalizowanych procedur, wymagających np. osobnych wniosków do każdego rodzaju dokumentu, jak również opóźnienia w udostępnianiu dokumentacji, konieczność oczekiwania na jej wydanie, a także brak szybkiego wglądu w wyniki badań.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta było czasami naruszane w 2024 r.

- W 2024 roku do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło ponad 1933 zgłoszeń, wniosków i skarg odnoszących się do prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności. Zidentyfikowane uchybienia dotyczyły m.in. niestosownego zachowania personelu wobec pacjenta czy niedostatecznego leczenia bólu.
- Stopień oraz charakter naruszeń tego prawa mogą się znacznie różnić – od drobnych uchybień po poważne naruszenia. Choć liczba oficjalnych zgłoszeń w tej kategorii nie jest wysoka, istnieją przesłanki, by przypuszczać, że skala problemu jest znacznie większa. Często pacjenci decydują się na zgłoszenie naruszenia dopiero wtedy, gdy sytuacja była wyjątkowo dotkliwa i miała poważne konsekwencje.
- Rodzaj i częstotliwość naruszeń zależą również od miejsca, w którym pacjent przebywa – inne wyzwania pojawiają się na oddziałach szpitalnych, a inne na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Szczególnie niepokojące pozostają przypadki naruszeń na oddziałach położniczych.
- Niektóre z nieprawidłowości w tym zakresie mają związek z niewłaściwą komunikacją między personelem medycznym a pacjentem. Dlatego kluczowe dla skutecznej realizacji tego prawa są działania wspierające rozwój kompetencji interpersonalnych pracowników ochrony zdrowia oraz promowanie podejścia skoncentrowanego na pacjencie, uwzględniającego jego potrzeby i doświadczenia w procesie leczenia.
- W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii częstym problemem są skarg pacjentów na naruszenie ich prawa do intymności i godności. Wynika to z hospitalizacji pacjentów na oddziałach o charakterze zamkniętym, specyfiki chorób i charakteru udzielanych świadczeń. W związku z uwarunkowaniami hospitalizacji takich pacjentów częściej może dochodzić do przypadków naruszeń.
- Częstymi przypadkami są również informacje na temat naruszeń dotyczących odmowy leczenia bólu w odniesieniu do pacjentów, którym udzielane są świadczenia z zakresu psychiatrii. Podobnie zauważalnym problemem jest możliwość obecności osoby bliskiej w przypadku takich pacjentów.

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta było czasami naruszane w 2024 r.

- W 2024 roku do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło 746 zgłoszeń, wniosków i skarg odnoszących się do prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Zgłoszenia oraz wszczęte postępowania dotyczyły przede wszystkim sytuacji ograniczania pacjentom możliwości kontaktu z osobami bliskimi, a także trudności w zapewnieniu dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
- W porównaniu z okresem pandemii, obecnie znacznie rzadziej notuje się poważne ograniczenia w zakresie odwiedzin pacjentów przez członków rodziny czy osoby bliskie.

Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza nie było naruszane w 2024 r.

- W 2024 r. do Rzecznika wpłynęły 92 sprzeciwy, z czego 55 nie spełniało wymogów ustawowych. 2 ze sprzeciwów zostały uznane za zasadne oraz 1 – za częściowo zasadny. Pozostałe Komisja Lekarska oceniła jako niezasadne. Pacjentom we wszystkich przypadkach zapewniono jednak pełną realizację omawianego prawa. Wskazuje to, że prawo to mimo tego, że jest w pełni przestrzegane, jest niezwykle rzadko wykorzystywane.

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych było bardzo rzadko naruszane w 2024 r.

- Rzecznik dokonuje oceny przestrzegania tego prawa m.in. w oparciu o dane przekazane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
- Ostatnie lata przyniosły wzrost świadomości pacjentów w zakresie możliwości zgłaszania działań niepożądanych bezpośrednio przez pacjentów, jednakże cały czas liczba zgłoszeń jest na niskim poziomie. Warto jednak zauważyć, że systematycznie następuje wzrost.

Prawo do tajemnicy informacji

Prawo do tajemnicy informacji było rzadko naruszane w 2024 r.

- Stosunkowo niewielka liczba zgłoszeń dotyczących naruszeń prawa do tajemnicy może – podobnie jak w przypadku innych praw pacjenta – sugerować, że naruszenia te rzadko prowadzą do szczególnie poważnych konsekwencji zdrowotnych czy życiowych dla pacjentów.
- Zgłoszenia kierowane do Rzecznika wskazują, że problemy z zachowaniem poufności danych medycznych często wynikają z ograniczeń natury technicznej, przestrzennej lub organizacyjnej w poszczególnych placówkach medycznych. Charakter i liczba zgłaszanych incydentów sugerują jednak, że naruszenia tego prawa mogą mieć znacznie szerszy zasięg, niż pokazuje to oficjalna liczba skarg.
- Zdarzają się sytuacje, w których informacje dotyczące zdrowia pacjenta są udostępniane osobom trzecim przez personel medyczny, niekiedy nieświadomie. Do naruszeń poufności dochodzi m.in. wtedy, gdy wrażliwe dane są omawiane na sali chorych, w czasie rejestracji, czy w innych miejscach pozbawionych odpowiednich warunków do zapewnienia prywatności. Zachowanie tajemnicy medycznej bywa trudniejsze w mniejszych miejscowościach lub placówkach, gdzie ze względu na ograniczoną anonimowość pacjentów i uwarunkowania lokalowe ryzyko naruszenia poufności jest większe.

Prawo do opieki duszpasterskiej

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej było bardzo rzadko naruszane w 2024 r.

- Niewielka liczba zgłoszeń i sygnałów oraz w 1 postępowaniu stwierdzono naruszenie tego prawa w 2024 r. potwierdza realizację tego prawa.

Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie było bardzo rzadko naruszane w 2024 r.

- Niewielka liczba zgłoszeń i sygnałów napływających do Rzecznika wskazuje na to, że prawo to jest przestrzegane.

7.3. Wyzwania

Głównym wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia, bezpośrednio wpływającym na realizację prawa do świadczeń zdrowotnych jest zapewnienie właściwej dostępności świadczeń.

- Nieustającym problemem jest kwestia występujących kolejek do lekarzy specjalistów i długiego czasu oczekiwania na wizytę pomimo podejmowanych w tym zakresie inicjatyw. Wdrażanie rozwiązań związanych ze zmianą finansowania wizyt pacjentów pierwszorazowych jest koniecznym pierwszym krokiem do poprawy zaistniałej sytuacji. Kluczowe dla poprawy sytuacji jest pogłębianie integracji poszczególnych poziomów opieki – poprzez tworzenie ścieżek dla kolejnych grup chorób lub w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej i Krajowej Sieci Kardiologicznej.
- Rewolucją i ogromnym ułatwieniem dla pacjentów będzie uruchomienie przez Ministerstwo Zdrowia i Centrum e-Zdrowia centralnej e-rejestracji do poradni i szpitali w całej Polsce. Miałoby to z całą pewnością wpływ na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia. W 2024 r. trwał pilotażowy projekt zakresie Centralnej e-Rejestracji. Pod koniec 2025 r. lub na początku 2026 roku planowane jest wdrożenie obowiązkowej centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia.
- Optymalizacji wymaga również dostęp do świadczeń dla osób starszych. Zarówno system ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej nie gwarantują wymaganej dostępności świadczeń, godnej opieki i nie uwzględniają kompleksowości potrzeb seniorów, na co zwrócił uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich. Konieczne jest kontynuowanie działań służących wsparciu opieki długoterminowej w Polsce, przygotowując się na problemy związane ze starzeniem polskiego społeczeństwa.

7.3.1. Bezpieczeństwo pacjenta

Priorytetem dla Rzecznika Praw Pacjenta jest bezpieczeństwo pacjentów.

- Dla jeszcze skuteczniejszego działania na rzecz ochrony praw pacjenta niezbędne jest poszerzenie zadań i kompetencji Rzecznika oraz dokonanie zmian w ustawie w celu walki z tzw. szarlatanerią. Konieczne jest kontynuowanie działań związanych z identyfikacją zagrożeń wynikających z korzystania z usług osób nieposiadających kwalifikacji medycznych oraz podmiotów nienależących do systemu opieki zdrowotnej, które oferują metody niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Powinno wprowadzić się rozwiązania, które wprowadziłyby do ustawy definicję praktyk pseudomedycznych. Obejmowałyby one świadczenie usług zdrowotnych przez osoby niemające uprawnień medycznych oraz promowanie lub stosowanie metod, którym przypisuje się działanie prozdrowotne, a które mogą prowadzić do jego pogorszenia lub rezygnacji z terapii opartej na dowodach naukowych. Rzecznik Praw Pacjenta powinien otrzymać kompetencje w zakresie przeciwdziałania praktykom dezinformacji i pseudomedycznych. Projekt nowelizacji ustawy w tym zakresie jest procedowany przez Ministerstwo Zdrowia.

- Istotny jest również dalszy rozwój systemu informowania o zdarzeniach niepożądanych występujących w systemie ochrony zdrowia. Występowanie zdarzeń niepożądanych jest ściśle związane z bezpieczeństwem pacjenta. Zebrane dane pozwolą na analizę i weryfikację zgłoszeń, a w odpowiednich przypadkach – podjęcie właściwych działań w sprawie pacjenta lub działań o charakterze systemowym. Działanie kompleksowego systemu rejestrowania i ewaluacji zdarzeń niepożądanych jest niezwykle istotne dla poprawy standardów w zakresie bezpieczeństwa.
- Koniecznym jest zapewnienie przestrzegania praw kobiet ciężarnych oraz opublikowanie i wdrożenie nowego standardu opieki okołoporodowej.
- Niezbędne jest stworzenie strategii bezpieczeństwa pacjenta, która pozwoliłaby stworzyć system zabezpieczający pacjentów przed m.in. błędami medycznymi, nieprawidłowymi warunkami leczenia, zdarzeniami niepożądanymi. Strategia mogłaby stać się narzędziem systemowej zmiany, która chroniłaby pacjentów, wspierała personel medyczny, poprawiała jakość usług i zwiększyła efektywność całego systemu opieki zdrowotnej.
- Wyzwaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa lekowego Polakom, na co zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich. MZ podzieliło wątpliwości RPO w zakresie konieczności wzmocnienia produkcji leków na terenie kraju i opublikowało pierwszą w Polsce Krajową Listę Leków Krytycznych¹. Koniecznym jest podjęcie dalszych działań w tym zakresie.

Rzecznik Praw Pacjenta co roku podkreśla, że poprawa jakości komunikacji między pacjentami a przedstawicielami zawodów medycznych jest niezbędna nie tylko dla lepszej realizacji praw pacjenta, ale także dla zapewnienia im bezpieczeństwa oraz podniesienia skuteczności udzielanych świadczeń zdrowotnych.

- Dobrze prowadzona komunikacja umożliwia pacjentowi aktywny udział w procesie leczenia, zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu terapeutycznego oraz wspiera poczucie autonomii i poszanowania godności. Rozwijanie umiejętności interpersonalnych wśród pracowników ochrony zdrowia ma istotne znaczenie nie tylko dla relacji z pacjentem, ale również dla budowania pozytywnego wizerunku personelu i całego systemu opieki zdrowotnej.

W ostatnich latach system ochrony zdrowia uległ znaczącym zmianom za sprawą intensywnego wdrażania nowoczesnych technologii. Jednym z kluczowych wyzwań, zarówno na najbliższą, jak i dalszą przyszłość, jest skuteczna implementacja oraz rozwój rozwiązań takich jak telemedycyna, sztuczna inteligencja, analiza danych medycznych i systemy zarządzania informacjami zdrowotnymi. Technologie te dają szansę na szerszy dostęp do opieki

zdrowotnej, usprawnienie diagnostyki i terapii oraz lepsze zarządzanie dokumentacją medyczną.

- Wykorzystanie sztucznej inteligencji w procesie leczenia to istotny krok naprzód, oferujący nowe możliwości wsparcia dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Choć AI może znacznie wspomagać personel medyczny, odpowiedzialność za bezpieczeństwo leczenia nadal spoczywa na podmiocie realizującym świadczenia, natomiast za diagnozę, prowadzenie terapii i nadzór nad jej przebiegiem – odpowiada lekarz udzielający świadczenia.

Nieustającym i kluczowym wyzwaniem pozostaje wzmacnianie wiedzy i świadomości dotyczącej praw pacjenta – zarówno wśród samych pacjentów, jak i w gronie personelu medycznego oraz kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia.

- Wnioski z monitorowania przestrzegania praw pacjenta w ostatnich latach pokazują, że wiele naruszeń nie jest zgłaszanych ani rejestrowanych, a zaangażowane osoby często nie zdają sobie sprawy z wystąpienia naruszenia. Dlatego tak istotne jest podnoszenie poziomu wiedzy na temat praw pacjenta we wszystkich grupach uczestniczących w systemie opieki zdrowotnej. Tylko wtedy możliwe będzie stworzenie środowiska, w którym pacjent czuje się bezpieczny, szanowany i traktowany jako pełnoprawny uczestnik procesu leczenia. Niezbędne jest także ciągłe edukowanie pacjentów w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz sposobów egzekwowania i ochrony swoich praw.

7.3.2. Ochrona praw pacjenta w szpitalu psychiatrycznym

Kluczowe jest zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży – tak, aby wsparcie to było jak najbliżej miejsca zamieszkania. Wyzwaniem jest zorganizowanie profesjonalnej, dostępnej opieki na różnych poziomach referencyjności, w szczególności dziennej i ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży. Hospitalizacja w oddziale zamkniętym psychiatrycznym ma mieć miejsce wyłącznie wtedy, kiedy stan zdrowia bezwzględnie tego wymaga. Działania w ramach wdrażania reformy opieki psychiatrycznej mają charakter interdyscyplinarny.

- Należy podjąć działania zmierzające do obligatoryjnego wdrożenia Standardów opieki psychiatrycznej – przestrzegania praw pacjenta, a co za tym idzie wzmocnienia bezpieczeństwa pacjenta w podmiotach oraz podniesienia jakości opieki psychiatrycznej w Polsce. Dokument ten zawiera zestaw opracowanych standardów odnoszących się do wszystkich praw pacjenta, wraz z opisem niezbędnych procedur, których wdrożenie i stosowanie ma na celu zapewnienie poszanowania praw pacjenta oraz uczynienie ich integralną częścią kultury organizacyjnej szpitali świadczących

opiekę psychiatryczną. Dodatkowo przedstawiono w nim przykłady „dobrych praktyk” – rozwiązań, które są już stosowane w wielu placówkach medycznych i mogą być bezpośrednio wdrożone w codziennym funkcjonowaniu innych podmiotów leczniczych. Standardy przestrzegania praw pacjenta w psychiatrycznej opiece zdrowotnej – wskazują one, jak realizować świadczenia, na różnych poziomach referencyjnych, z poszanowaniem wszystkich praw pacjenta.

- Wyzwaniem jest też wypracowanie i aktualizacja regulacji prawnych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych i w oddziałach innych, niż psychiatryczne. Jest to konieczne, aby zapewnić pacjentom bezpieczeństwo i poszanowanie godności, na co zwraca uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich.

W sukurs powyższych wyzwań idą wnioski, które Rzecznikowi Praw Pacjenta przedstawił Rzecznik Praw Obywatelskich.

Szczegółowe informacje w załączniku 3.

Załączniki:

1. Odpowiedź Minister Zdrowia z dnia 5 marca 2025 r.;
2. Odpowiedź Narodowy Fundusz Zdrowia z dnia 28 lutego 2025 r.
3. Odpowiedź Rzecznik Praw Obywatelskich z dnia 24 lutego 2025 r.
4. Odpowiedź URPL z dnia 05.03.2025 r.
5. Lista organizacji pacjentów wchodzących w skład ROP działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta (stan na dzień 29.01.2025 r.)



Minister Zdrowia

DSZ.031.2.2025.JP
Warszawa, 05 marca 2025

Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Rzeczniku,
w odpowiedzi na pismo z dnia 7 lutego 2025 r. znak: RzPP-DWS-WPS.033.1.2025 (data wpływu do MZ: 11.02.2025 r.) uprzejmie przekazuję informacje o podjętych w Ministerstwie Zdrowia w 2024 r. najważniejszych działaniach mających na celu realizację ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA W CELU REALIZACJI CELÓW NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ

W ramach programu wieloletniego na lata 2020-2030 pn. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO), mającego na celu wprowadzanie kompleksowych zmian w polskiej onkologii, realizowano działania zgodnie ze strategią przyjętą przez Radę Ministrów w drodze uchwały z dnia 4 lutego 2020 r. Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową:

INWESTYCJE W KADRY poprzez:

- zwiększanie liczby lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów w dziedzinach onkologicznych,
- podnoszenie jakości kształcenia kadry medycznej;

INWESTYCJE W EDUKACJĘ - PREWENCJĘ PIERWOTNĄ - STYL ŻYCIA poprzez:

- naukę dzieci, młodzieży i dorosłych Polaków, jak świadomie dbać o swoje zdrowie, by ograniczać ryzyko zachorowania na nowotwór oraz wspieranie zdrowego odżywiania;
- wprowadzenie rozwiązań służących ograniczeniu używania wyrobów tytoniowych;
- uruchomienie bezpłatnych szczepień HPV dla dziewcząt i chłopców;
- zmodyfikowanie programu profilaktyki chorób od tytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP);

INWESTYCJE W PACJENTA - PREWENCJĘ WTÓRNĄ poprzez:

- ułatwienie dostępu do badań przesiewowych, dzięki czemu możliwe będzie wcześniejsze wykrywanie nowotworów;
- wprowadzenie nowych badań przesiewowych;
- zaangażowanie w wykrywanie nowotworów lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy (Profilaktyka 40 Plus);

INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE poprzez:

- zwiększenie możliwości udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych;
- ułatwienie dostępu do innowacyjnych terapii onkologicznych;
- zwiększenie liczby leków refundowanych w onkologii;

INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI ONKOLOGICZNEJ poprzez:

- zapewnienie wszystkim pacjentom onkologicznym najwyższej jakości leczenia;
- zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej;
- poprawę jakości życia osób chorych na nowotwory, w tym umożliwienie łatwiejszego dostępu do różnych form rehabilitacji;
- wspieranie rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W ramach NSO dofinansowywano podmiotom leczniczym zakup sprzętu medycznego do diagnostyki i leczenia nowotworów.

W 2024 roku przeprowadzano konkursy na zakup i wymianę sprzętów w zakresie zadań pn.

- „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów - mammografy” - wymiana mammografów cyfrowych;
- „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” – dla podmiotów udzielających świadczenia dzieciom;
- „Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów”;
- „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” – dla podmiotów udzielających świadczenia osobom dorosłym;
- „Zakup sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej”.

W ramach doposażenia infrastruktury podmiotów leczniczych z budżetu NSO przeznaczono kwotę 400 mln złotych, dzięki czemu poprawiono jakość życia pacjentów, zwiększono dostępność do nowoczesnych rozwiązań technologicznych oraz zapewniono poprawę zastosowanej terapii.

Najważniejsze działania podejmowane w 2024 r. mające na celu wzmocnienie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą dostępności, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej:

Krajowa Sieć Onkologiczna(KSO)¹ wprowadziła nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, którego celem jest zapewnienie każdemu pacjentowi - niezależnie od miejsca zamieszkania - kompleksowej opieki opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość. Strukturę KSO tworzą Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) na trzech poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej: na najwyższym wysokospecjalistycznym poziomie – w SOLO III, złożone – w SOLO II, a podstawowe – w SOLO I (kwalifikacja na poszczególne poziomy została przeprowadzona w lipcu 2024 r. przez NFZ).

W ramach wdrażania KSO rozpoczęto prowadzenie szkoleń dla koordynatorów opieki onkologicznej, którzy odpowiadają za ciągłość opieki i mają pomóc pacjentom przejść przez wszystkie etapy diagnostyki i leczenia, ja też skoordynować późniejszą rehabilitację i opiekę kontrolną.

Wprowadzono (w formie obwieszczenia MZ) jako kluczowe zalecenia tzw. „ścieżki pacjenta” dla 18 rodzajów nowotworów , w tym m.in. dla nowotworu piersi, nowotworu płuca, klatki piersiowej, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego czy nowotworów neuroendokrynnych. Standardy te obligują wszystkie podmioty zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej do zapewnienia pacjentom takiego samego procesu opieki medycznej , zgodnie z aktualnymi i najlepszymi standardami europejskimi.

Prowadzono działania zwiększające świadomość społeczną w zakresie profilaktyki onkologicznej i badań przesiewowych.

Prowadzono kampanię Planuję Długie Życie, w ramach której działa również projekt Pracodawca Zdrowia, którego głównym celem jest promocja zdrowia w miejscu pracy oraz zwiększenie zgłaszalności pracowników na badania profilaktyczne pod kątem wykrywania chorób cywilizacyjnych (w szczególności nowotworów).

Docierano z informacją o profilaktyce onkologicznej do odbiorców poprzez różne media tj. publikację spotów w telewizji, radio i Internecie (np. kanał YouTube Ministerstwa Zdrowia, witryna MZ na LinkedIn), infografiki w mediach społecznościowych, audycje w programach

¹ Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej z dnia 9 marca 2023 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208)

śniadaniowych oraz artykuły w gazetach i czasopismach o charakterze lokalnym i regionalnym.

Zwiększano dostęp pacjentów onkologicznych do badań klinicznych poprzez działania realizowane przez Agencję Badań Medycznych oraz zwiększano świadomość pacjentów na temat badań klinicznych, sukcesywnie rozszerzano wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych.

DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA W CELU REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA NA LATA 2022- 2032

W ramach realizacji Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (NPChUK) kontynuowano działania zapoczątkowane w 2023 r. oraz podjęto nowe inicjatywy (program realizowany jest od 2023 r., ponieważ wszedł w życie z końcem 2022 r.).

NPChUK jest strategicznym i kompleksowym programem. Stanowi reformę polskiej kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, angiologii, neurologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia (ChUK), skupiając działania w pięciu głównych obszarach kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych związanych z ChUK w Rzeczypospolitej Polskiej tj.:

INWESTYCJE W KADRY poprzez rozwój systemu kształcenia personelu medycznego;

INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA poprzez zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób układu krążenia oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych;

INWESTYCJE W PACJENTA poprzez zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości;

INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE poprzez wsparcie badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych z ChUK oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych, a także rozwój badań naukowych i projektów innowacyjnych;

INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ poprzez optymalizację procesu leczenia, w tym wdrożenie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia, a także doposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę celem zapewnienia pacjentom opieki kardiologicznej w pobliżu miejsca zamieszkania.

Przeprowadzono dwa postępowania konkursowe dla podmiotów leczniczych, w ramach, których umożliwiono doposażenie 77 podmiotów w echokardiografy i 30 podmiotów w angiografy (jedno lub dwupłaszczyznowe) –wydatkowane środki na ten cel to ponad 153,5 mln zł.

Celem zakupu ww. sprzętów było umożliwienie podejmowania przez podmioty lecznicze kompleksowych działań mających na celu prewencję chorób serca, poprawę diagnostyki umożliwiającą wczesne wykrycie chorób serca i tym samym spowolnienie ich postępowania oraz uzyskiwanie lepszych efektów leczenia, jak również poprawę jakości życia i funkcjonowania pacjentów z ChUK oraz zmniejszenie powodowanej przez nie śmiertelności.

Doposażenie w sprzęt umożliwi także – przez zwiększenie jego dostępności – skrócenie czasu oczekiwania na hospitalizację i leczenie zabiegowe, co wpłynie na poprawę wyników zastosowanej terapii.

Podejmowano działania informacyjno-edukacyjne skierowane do całej społeczności, mające na celu redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji.

Prowadzono prace nad ankietą stanu zdrowia, której wypełnienie umożliwi pacjentowi ocenę swojego stylu życia i nasilenia czynników ryzyka ChUK. Wynik ankiety przedstawiony w formie graficznej wskaże pacjentowi obszary wg koncepcji „10 dla serca”, w których niezbędna będzie interwencja polegająca w szczególności na modyfikacji stylu życia, konieczności konsultacji lekarskiej lub całościowej ocenie stanu zdrowia

Obszary te obejmują:

- 1) optymalne ciśnienie tętnicze;
- 2) optymalne stężenie cholesterolu;
- 3) optymalne stężenie glukozy;
- 4) prawidłowa waga;
- 5) niepalenie tytoniu;
- 6) zdrowe żywienie;
- 7) aktywność fizyczna;
- 8) nie picie alkoholu;
- 9) zdrowy sen;
- 10) redukcja stresu.

Prowadzono prace przygotowawcze do przeprowadzenia ogólnopolskiego badania zagrożenia populacji chorobami układu krążenia WOBASZ, którego celem jest dokonanie oceny sytuacji zdrowotnej dorosłej populacji w zakresie częstości występowania chorób układu krążenia ChUK oraz zachowań zdrowotnych. Uzyskane wyniki pozwolą na dokonanie analizy uwarunkowań demograficznych, społecznych, ekonomicznych ChUK i innych chorób przewlekłych, analizy skuteczności działań profilaktycznych realizowanych w POZ i opiece specjalistycznej oraz analizy przyczyn umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce (badanie kohorty). Badanie WOBASZ zakłada przebadanie co najmniej 9.035 respondentów w 107 gminach na terenie całej Polski, natomiast badanie WOBASZ DZIECI - co najmniej 3.523 respondentów (losowanie próby badanej będzie dotyczyło szkół w gminach objętych badaniem WOBASZ, a następnie uczniów w tych szkołach).

Prowadzono działania informacyjno-edukacyjne na temat ChUK tj. m.in.:

- w ramach Tygodnia Zdrowia Kobiet (inicjatywa Ministerstwa Zdrowia realizowana w trakcie tygodnia, w którym przypadł Dzień Kobiet), prowadzono działania edukacyjne na portalach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia na temat zdrowia kobiet, w szczególności w zakresie profilaktyki ChUK;
- zrealizowano audycje w paśmie telewizji śniadaniowej na temat nadciśnienia tętniczego, „10 dla serca” – jako kompleksowego zestawu naukowo opracowanych zasad, które pomagają zadbać o zdrowie serca, zmniejszając ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, a także czynników ryzyka sercowo-naczyniowego;
- zrealizowano audycje pt. *Kierunek życie*, w ramach których przedstawiono historie osób z cukrzycą, nadciśnieniem, hipercholesterolemią i otyłością. Audycje miały na celu przedstawienia głównych czynników ryzyka w ChUK oraz sposób leczenia ChUK.

Najważniejsze działania podejmowane w 2024 r. mające na celu wzmocnienie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą: dostępu, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej:

Prowadzono prace nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, która zakłada wprowadzenie koordynowanej opieki kardiologicznej na terenie całej Polski, co powinno przyczynić się do poprawy w dostępie i jakości leczenia chorób układu krążenia całej populacji polskiej.

Wdrożenie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) ma na celu wprowadzenie do porządku prawnego regulacji zapewniających stabilny system koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze kardiologii.

Ponadto ustanowienie Krajowej Sieci Kardiologicznej ma na celu wzrost efektywności leczenia ChUK, zarówno w skali całego kraju, jak i w odniesieniu do społeczności lokalnych, dzięki standaryzacji i koordynacji procedur wysokospecjalistycznych oraz monitorowaniu jakości. W konsekwencji umożliwi to odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych oraz pozwoli na obniżenie społecznych kosztów obciążenia ChUK. Oczekiwanym efektem wprowadzenia KSK jest poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia kardiologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa i organizacyjna opieki kardiologicznej.

Zgodnie z założeniami projektowanej ustawy strukturę KSK będą tworzyć Ośrodki Kardiologiczne I poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, zwane dalej „OK I”,

oraz Ośrodki Kardiologiczne II poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, zwane dalej „OK II”. Podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSK mogą tworzyć w ramach ww. ośrodków Centra Doskonałości Kardiologicznej, wyspecjalizowane w diagnostyce i leczeniu określonego rodzaju lub grupy jednostek chorobowych z zakresu ChUK.

Niezakwalifikowane do KSK podmioty lecznicze realizujące w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej lub rehabilitacji leczniczej lub opieki długoterminowej, współpracujące z ośrodkami zakwalifikowanymi do KSK w zakresie realizacji i koordynacji opieki kardiologicznej nad świadczeniobiorcą, będą stanowiły tzw. ośrodki współpracujące. Projektowane przepisy mają na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjenta. Na I poziomie (OK I) – zapewniona będzie podstawowa diagnostyka kardiologiczna, na II poziomie (OK II) zapewniona będzie koordynacja i ciągłość opieki kardiologicznej w tym kompleksowa diagnostyka kardiologiczna, leczenie kardiologiczne w tym z zakresu kardiologii interwencyjnej i leczenia ostrych zespołów wieńcowych oraz dostęp do rehabilitacji kardiologicznej. Na poziomie (OK III) zapewniona będzie koordynacja i ciągłość opieki kardiologicznej oraz realizowane będą najbardziej skomplikowane procedury medyczne, np. z zakresu kardiochirurgii i leczenie powikłań ChUK.

Do końca 2024 r. prowadzony był program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, którym objętych było 7 województw: mazowieckie, dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie. Okres realizacji programu pilotażowego to lata 2021 – 2024.

W 2024 r. do programu pilotażowego zakwalifikowano 27.536 pacjentów, a w całym okresie realizacji programu - 48.807 pacjentów.

Do programu włączono 156 ośrodków, w tym 90 Ośrodków POZ, 41 ośrodków poziomu I (AOS + szpital), 18 ośrodków poziomu II (AOS + szpital) oraz 7 Regionalnych ośrodków koordynujących.

W ramach programu pilotażu testowano i oceniano zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków kardiologicznych, w tym podział kompetencji pomiędzy ustalone poziomy referencyjne działających w ramach umów z NFZ podmiotów prowadzących diagnostykę i leczenie kardiologiczne.

Program skierowany był do pacjentów powyżej 18. roku życia, którzy posiadają zdiagnozowane rozpoznanie wstępne w kierunku nadciśnienia tętniczego opornego i wtórnego lub niewydolności serca lub nadkomorowych i komorowych zaburzeń rytmu i przewodzenia lub wady zastawkowe serca.

Doświadczenia i wstępne wnioski z realizacji programu pilotażowego, wynikające z raportu częściowego z przeprowadzonej śródevaluacji programu pilotażowego, który przedstawił Ministrowi Zdrowia w dniu 31 lipca 2024 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności w zakresie jej organizacji, struktury, zasad przepływu informacji między ośrodkami oraz koordynacji opieki kardiologicznej, stały się filarem założeń dla opracowania projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA W CELU REALIZACJI PROGRAMU ROZWOJU E-ZDROWIE W POLSCE NA LATA 2022-2027

Kontynuowano działania w ramach Programu Rozwoju e-Zdrowia na lata 2022-2027, którego celem jest lepsza opieka zdrowotna dzięki transformacji cyfrowej. Głównym zadaniem programu jest większe zaangażowanie Pacjentów we własne zdrowie, co ma odbywać się dzięki usługom cyfrowym. e-Zdrowie zakłada przede wszystkim rozwój zdalnej opieki w środowisku pacjenta i autodiagnostyki, a udostępnione e-usługi powinny wspomagać pacjenta i system ochrony zdrowia. Program Rozwoju e-Zdrowia to lepsze wykorzystanie danych oraz wykorzystanie sztucznej inteligencji - m.in. do podpowiadania pracownikom medycznym na co powinni zwrócić większą uwagę. To rozwój narzędzi wspomagających decyzje kliniczne i poprawa skuteczności diagnostyki. Program zakłada rozwój nie tylko systemów centralnych (w tym usług dla pacjentów), ale także systemów

świadczeniodawców, z których będą też korzystać pracownicy medyczni. Szereg działań przewidzianych w Programie zaplanowanych jest do realizacji w ramach inicjatywy finansowanych z Krajowego Programu Odbudowy.

Ponadto, w 2024 r. **rozpoczęto realizację projektu „Dostępność Plus dla AOS”**. Jego celem jest na opracowanie Standardów Dostępności dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, a następnie udzielanie grantów placówkom AOS na projekty podnoszące dostępność w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Projekt zakłada udzielenie wsparcia granowego co najmniej 362 placówkom AOS. W ramach podjętych działań w 2024 r. zorganizowano i przeprowadzono spotkania w formie warsztatów fokusowych. Nastąpiło także rozstrzygnięcie postępowania przetargowego na podmiot pełniący funkcję Doradcy Dostępności. Opracowano wstępne założenia dla Platformy Komunikacji i Mapy Dostępnych Placówek Zdrowotnych. Dodatkowo trwały prace nad opracowaniem dokumentów dotyczących naboru, który będzie miał charakter otwarty i składać się z etapu oceny formalno-merytorycznej. Zainteresowanym podmiotom zostaną udostępnione standardy wraz ze wzorem raportu z audytu wstępnego w celu umożliwienia poddania się audytowi wstępnemu przed ubieganiem się o powierzenie grantu. Placówki będą mogły złożyć wniosek dopiero po przeprowadzeniu u siebie wstępnego audytu dostępności, przeprowadzonego przez podmiot, który znajduje się w wykazie podmiotów dokonujących certyfikacji, o którym mowa w art. 17 ustawy o dostępności. W ramach powyższych prac w Ministerstwie dostrzeżono, że największe potrzeby związane będą z poprawą dostępności architektonicznej, lecz istotną część zadań dotyczyć będzie także poprawy dostępności cyfrowej. Zakłada się też, że bardzo istotnym elementem z punktu widzenia zapewnienia dostępności będą szkolenia, np. z komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Należy także podkreślić, że priorytetem będzie skierowanie wsparcia przede wszystkim do placówek położonych w małych miejscowościach lub wsiach, ponieważ dane oraz ewaluacja Programu D+ wskazują na gorszy poziom dostosowania placówek tam położonych niż w dużych ośrodkach miejskich, co skutkuje gorszą ich dostępnością dla pacjentów.

Podjęto również działania na rzecz poszerzenia oferty cyfrowej dla pacjentów, w tym także w zakresie rozwiązań mobilnych, dzięki którym dostęp do świadczeń zdrowotnych zostanie zwiększony przy zachowaniu jakości oraz bezpieczeństwa. Stąd też udostępniono w marcu 2023 r. możliwości zgłaszania zdrowotnych aplikacji mobilnych do procesu oceny, w wyniku której aplikacja może uzyskać tytuł Aplikacja Certyfikowana MZ i zostać umieszczona w Portfelu Aplikacji Zdrowotnych (PAZ). Celem powstania Portfela Aplikacji Zdrowotnych (PAZ), w którym znajdują się Aplikacje Certyfikowane MZ, jest wskazanie bezpiecznych i rzetelnie opracowanych aplikacji dedykowanych pacjentom.

Mimo że aplikacje znajdujące się w PAZ są skierowane do pacjentów, to przewidywane są korzyści także dla wszystkich zaangażowanych stron. Personel medyczny zyska sprawdzone narzędzie, które pomoże np. monitorować stan zdrowia pacjenta, wspierać w realizacji zaleceń, a tym samym zaangażuje pacjenta w proces dbania o zdrowie. Dla właścicieli aplikacji włączenie do PAZ będzie natomiast świadectwem najwyższej jakości i skuteczności ich produktu oraz szansą na jego rozpowszechnienie wśród szerokiego grona pacjentów, a udział organizacji eksperckich i pacjentów w procesie przyczyni się do ich popularyzacji oraz umożliwi nowy sposób realizacji ich założeń statutowych.

PROGRAM PILOTAŻOWY W ZAKRESIE CENTRALNEJ E-REJESTRACJI

Podmioty mające umowę z NFZ na realizację profilaktycznych badań mammograficznych, cytologicznych lub świadczeń w zakresie kardiologii mogą od 26 sierpnia 2024 r. przystępować do programu pilotażowego centralnej e-rejestracji². Stanowi on preludium do

² program pilotażowy w zakresie Centralnej e-Rejestracji wdrożony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 roku w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. (Dz.U. 2024 poz. 1212).

planowanego na koniec 2025 r. na podstawie ustawy obowiązkowego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia.

Celem projektowanej ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz ustalania kolejności ich udzielania za pomocą centralnej elektronicznej rejestracji. System ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom kompleksowy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych dążeń służyć będzie wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych, takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców. Centralna elektroniczna rejestracja na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących, prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę.

Obecnie do pilotażu centralnej e-rejestracji zgłosiło się prawie 200 podmiotów, najwięcej w zakresie mammografii i kardiologii (odpowiednio 96 i 92 podmiotów - niektóre zgłosiły się do udziału w kilku zakresach). Podmioty te mają stosunkowo duży udział w średniomiesięcznej liczbie świadczeń: w mammografii 47 tys. terminów (co stanowi prawie 49% wszystkich terminów miesięcznie), a w kardiologii - 70 tys. terminów (co stanowi 15% wszystkich terminów miesięcznie).

ZMIANY W ZAKRESIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W 2024 r. w wyniku zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wzrosły łącznie o kwotę 24 776 313 tys. zł (porównanie planu ostatecznego do planu pierwotnego zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 września 2023 r.). Ponadto w 2024 r. nastąpiło istotne zwiększenie środków z tytułu dotacji podmiotowej dla NFZ – z kwoty 8,8 mld zł uwzględnionej w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2024 r. do 14,8 mld zł, co oznacza wzrost o blisko 6 mld zł. Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, NFZ otrzymał również w 2024 r. dodatkowe środki na zwiększenie funduszu zapasowego w łącznej kwocie 344,67 mln zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia w związku z zapisami § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2024 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem skutkom powodzi, otrzymał środki z rezerwy celowej z przeznaczeniem na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na łączną kwotę 1 489 954,12 zł.

Kontynuowano finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych obywatelom Ukrainy ze środków Funduszu Pomocy (zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa). W związku z powyższym, na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w 2024 r. sfinansowano świadczenia w łącznej kwocie 747 029 289,68 zł.

Dodatkowo w ramach środków z Budżetu Państwa część 46 – Zdrowie zrealizowano:

1. zakup sprzętu, aparatury medycznej i wyposażenia dla Baz operacyjnych HEMS, Bazy Samolotowego Zespołu Transportowego oraz Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, Działu Szkoleń Medycznych, Działu Logistyki Medycznej, Stacji Obsługi Technicznej, Działu Księgowości, Działu Kadr i Płac, Magazynów, użytkowników EZD oraz majątku trwałego LPR oraz zakup 4 nowych samochodów osobowych dla LPR (Centrala w Warszawie, Stacja Obsługi Technicznej w Warszawie, Stacja Obsługi Technicznej w Szczecinie)
2. w zakresie zakupów inwestycyjnych łącznie na realizację zakupów inwestycyjnych przekazane zostały w 2024 r. środki w wysokości 5 728 824,30 zł, w podziale na:
 - a) zakup sprzętu, aparatury medycznej i wyposażenia dla Baz operacyjnych HEMS, Bazy Samolotowego Zespołu Transportowego oraz Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, Działu Szkoleń Medycznych, Działu Logistyki Medycznej, Stacji Obsługi Technicznej, Działu Księgowości,

Działu Kadr i Płac, Magazynów, użytkowników EZD oraz majątku trwałego LPR – na kwotę 3 058 048,30 zł oraz

b) b) zakup fabrycznie nowych 4 samochodów osobowych dla LPR – na kwotę 478 916,00 zł.

3. zakupy inwestycyjne Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego związane z realizacją zadań w zakresie administrowania Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz w zakresie jego rozbudowy i modyfikacji na kwotę 2 191 860,00 zł.

W ramach środków z funduszy unijnych:

1. Zrealizowano wsparcie istniejących i budowę nowych SOR oraz rozwój Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (wsparcie i budowa nowych lądowisk i baz LPR) w ramach 10 projektów, których realizacja zakończyła się w latach 2023-2024, w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, działania: Infrastruktura ratownictwa medycznego, o łącznej wartości 341 863 755,86 zł (w tym 9 projektów zakończono w 2023 r. a 1 w 2024 r.).
2. Trwa realizacja programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027 (FENIKS), obejmującego inwestycje w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym w rozwój infrastruktury łączności radiowej oraz wsparcie zakupu i instalacji pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W ramach programu FENIKS w 2024 r. rozpoczęto i zakończono nabory wniosków w zakresie:
 - a) inwestycji w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym rozwój infrastruktury łączności na łączną przewidywaną kwotę 113 700 000,00 zł, w tym zawarto dn. 30.12.2024 r. dwa porozumienia o dofinansowanie projektów tj. projektu nr FENX.06.01-IP.03-0002/24 pn. Rozwój infrastruktury łączności radiowej w województwie opolskim na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na kwotę 2 100 000,00 zł oraz projektu nr FENX.06.01-IP.03-0003/24 pn. Modernizacja i rozbudowa sieci łączności radiowej Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie łódzkim na kwotę 2 127 120,41 zł, zaś pozostałe projekty są w trakcie oceny;
 - b) wsparcia zakupu i instalacji pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zawarto umowę o dofinansowanie projektu LPR na kwotę 178 830 000,00 zł.

W zakresie bieżącego finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w systemie PRM wskazać należy, że w planie finansowym NFZ w 2024 r. zabezpieczono na zadania zespołów ratownictwa medycznego środki w wysokości 4 356 069 tys. zł, co oznaczało wzrost w porównaniu do roku 2023 na poziomie 14,91 proc. natomiast w porównaniu do nakładów z 2021 r., od kiedy nastąpiło rozdzielenie finansowania dyspozytorni medycznych i zespołów ratownictwa medycznego, był to wzrost o 77,84 % . W roku 2024 ogólna liczba ZRM wzrosła o 44 - z 1631 do 1675.

Z kolei środki zabezpieczone na funkcjonowanie SOR w 2024 r. wyniosły 4 186 435 tys. zł, co stanowiło wzrost nakładów o 29% w stosunku do 2023 r. W roku 2024 funkcjonowało 250 szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Dodatkowo w 2024 r. na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta, reprezentowanego przez Dyrektora Generalnego Biura RPP, podjęto działania celem uzyskania dofinansowania na realizację projektu niekonkurencyjnego pn. „*Bezpieczny pacjent – działania na rzecz praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia*”, obejmującego tematykę praw pacjenta, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 - 2027.

Złożony w naborze ww. projekt, do końca 2024 r., nie został wybrany do dofinansowania ze względu na trwającą ocenę i poprawę przedkładanych wersji wniosku.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE KOBIET I OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Jednym z priorytetowych obszarów działania Ministerstwa Zdrowia w 2024 r. było (i nadal jest) jest bezpieczeństwo zdrowotne kobiet, w szczególności w aspekcie zdrowia prokreacyjnego i opieki okołoporodowej. Ministerstwo Zdrowia w podejmowanych w tym obszarze działaniach koncentruje się na zapewnieniu pacjentkom realnego dostępu do świadczeń gwarantowanych obejmujących przerwanie ciąży zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zwanej dalej „ustawą o planowaniu rodziny”.

W celu zapewnienia dostępu do świadczeń obejmujących procedurę przerwania ciąży wprowadzono istotną **zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**, obligującą szpitale do wykonywania świadczeń zakończenia ciąży w miejscu udzielania świadczeń, niezależnie od powołania się przez lekarza wykonującego zawód u tego świadczeniodawcy na tzw. „klauzulę sumienia”.

Ustawa o planowaniu rodziny przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”. Świadczenia gwarantowane związane z przerwaniem ciąży zostały uwzględnione w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W świetle obowiązujących przepisów, w tym przede wszystkim rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszystkie podmioty lecznicze (szpitale), które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, mają obowiązek udzielania świadczeń w nim przewidzianych – w pełnym zakresie i zgodnie z obowiązującym prawem. Podpisując umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zobowiązuje się do realizacji wszystkich świadczeń określonych jako gwarantowane w stosownych rozporządzeniach wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w danym zakresie i rodzaju świadczeń, na jaki została zawarta umowa).

W celu **zapewnienia stosowania ww. regulacji w praktyce** (tj. dostępu do świadczeń przerwania ciąży w okolicznościach przewidzianych w ustawie o planowaniu rodziny) **wprowadzono zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**

Zmienione regulacje weszły w życie **30 maja br.** W ich wyniku obecnie świadczeniodawca realizujący z NFZ umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwa i ginekologia, w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego, **jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zakończenia ciąży w miejscu udzielania świadczeń, niezależnie od powstrzymania się przez lekarza wykonującego zawód u tego świadczeniodawcy od wykonania świadczenia**, czyli powołania się na tzw. „klauzulę sumienia”.

Niewykonanie ww. obowiązku skutkuje karą umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie. Niezależnie od tego, w przypadku naruszenia przywołanego obowiązku Prezes NFZ albo dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może również rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Ponadto, w celu zapewnienia właściwego stosowania przepisów prawa, a tym samym faktycznej dostępności do dopuszczalnej prawem procedury przerwania ciąży Ministerstwo Zdrowia opracowało dokument pn.: **„Wytyczne w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerwania ciąży”.**

Dokument ten stanowi zestawienie obowiązujących przepisów prawnych odnoszących się do wskazanej w ich tytule materii, nie wprowadzają nowych norm czy też regulacji. W dokumencie wyraźnie wskazano okoliczności, w których – zgodnie z przepisami ustawy o planowaniu rodziny – możliwe jest przerwanie ciąży. Zawarte w nim informacje pozwolą podmiotom leczniczym na właściwe stosowanie przepisów prawa w tym zakresie, a tym

samym spowodują poprawę faktycznej dostępności do dopuszczalnej prawem procedury przerwania ciąży. To z kolei powinno zapewnić jednakowe i zgodne z prawem traktowanie kobiet, które chcą skorzystać z przysługującego im w tym zakresie prawa.

Dokument został upowszechniony przez Narodowy Fundusz Zdrowia za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji wśród świadczeniodawców realizujących z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwa i ginekologia. Został on również zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, aby zapewnić pełną dostępność do niego lekarzy, dyrektorów szpitali, ordynatorów/kierowników oddziałów, ale także kobiet i ich osób bliskich. Treść dokumentu dostępna jest na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-w-sprawie-obowiazujacychprzepisow-prawnych-dotyczacych-dostepu-do-procedury-przerwania-ciazy> oraz <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-lekarzy-i-podmiotow-leczniczych-wsdostepu-do-procedury-przerwania-ciazy>

OPIEKA OKOŁOPORODOWA

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia wychodząc naprzeciw oczekiwaniom co do zagwarantowania wysokiej jakości opieki okołoporodowej, wyrażonym przez ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, anestezjologii i środowisk reprezentujących kobiety, podjęło pracę nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Opiniowanie i konsultacje społeczne projektu rozpoczęły się 17 grudnia 2024 r. Oczekuje się, że nowy standard zapewni właściwą i jednolitą organizację pracy, w sposób najbardziej efektywny wykorzystującą cały potencjał kadry, przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom. Przedmiotowa regulacja będzie wpływała na ujednolicenie organizacji opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej, poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

Nowelizacja standardu w sposób szczególny podkreśla realizację praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w obszarze opieki okołoporodowej. Oczekuje się, że jednymi z ważniejszych zmian mających na celu wzmocnienie ochrony prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą dostępu, jakości, bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w standardzie będą:

- określenie najważniejszych filarów, które będzie musiał uwzględnić plan porodu, w celu zwiększenia świadomości kobiet czego mogą oczekiwać w czasie porodu,
- większa dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego przez doprecyzowanie warunków, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzących, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej,
- edukacja przedporodowa od momentu stwierdzenia ciąży,
- zwrócenie szczególnej uwagi na potrzeby kobiet w sytuacjach szczególnych (po poronieniu, urodzeniu dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami, urodzeniu chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi,
- szerszy zakres profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu dziecka, kobiety w połogu oraz kobiety w sytuacji szczególnej,
- zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia współorganizowało konferencję pn.: „Opieka okołoporodowa: Klucz do bezpieczeństwa i satysfakcji kobiet” z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta oraz Szpitalem Ginekologiczno- Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu

Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (gospodarz wydarzenia). Konferencja odbyła się 22 listopada 2024 r. Istotną rolę w wydarzeniu odegrały organizacje pozarządowe, które aktywnie uczestniczyły w dyskusjach i panelach. Do najważniejszych tematów poruszanych w trakcie konferencji należały: podmiotowość pacjentki, potrzeby kobiet w okresie okołoporodowym, dobre praktyki oraz kierunki rozwoju opieki okołoporodowej. Ważne miejsce zajmował również temat łagodzenia bólu porodowego. W panelu „Głos matek - głos pacjentek. Standardy opieki okołoporodowej - potrzeby a rzeczywistość” brały udział przedstawicielki następujących organizacji pozarządowych: Fundacja Rodzić po Ludzku (Prezeska Joanna Pietrusiewicz, prowadząca panel), Fundacja Matecznik, Fundacja Czułość, Fundacja Mlekiem Mamy, Stowarzyszenie Tulimy Mamy, Inicjatywa Maluchy Na Brzuchy. Organizacje te wniosły istotny wkład w dyskusję, przedstawiając informacje dotyczące zarówno potrzeb i oczekiwań, jak i zastrzeżeń zgłaszanych przez kobiety w zakresie sposobu organizacji i jakości opieki okołoporodowej w Polsce.

Konferencja stanowiła platformę do wymiany dobrych praktyk, wiedzy i doświadczenia między podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi i ekspertami. W wydarzeniu stacjonarnym brało udział około 200 osób; dostępny był streaming w social mediach Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz Ministerstwa Zdrowia.

Główną grupą docelową był personel medyczny zaangażowany w opiekę zdrowotną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem. Informacje o wydarzeniu dostępna jest na stronie internetowej RPP i MZ: <https://www.gov.pl/web/rpp/zaproszenie-na-konferencje-na-temat-opieki-okoloporodowej> i <https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowe-standardy-opieki-okoloporodowej-zaproszeniena-konferencje>

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

W zakresie reformy opieki długoterminowej w Polsce realizowanej w ramach kamieni milowych A69G i A70G reformy A4.6: Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) w 2024 r. podjęte zostały działania m.in. na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej.

Na bazie opublikowanego w czerwcu 2024 r. Przeglądu strategicznego systemu opieki długoterminowej w Polsce (dostępny na stronie BIP MZ:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-wpolsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>), przygotowanego przez Bank Światowy, w ramach realizacji kamienia milowego A69G, prowadzone były prace międzyresortowe nad wdrożeniem priorytetów reformy opieki długoterminowej. Wśród nich znajduje się m.in. określenie ram monitorowania jakości tej opieki w systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

W ramach prac Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej (której członkami są również przedstawiciele MZ), utworzonej przy Międzyresortowym Zespole ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi w celu wsparcia realizacji przedmiotowej reformy pod koniec 2024 r. rozpoczęto analizę przepisów prawnych i funkcjonujących obecnie rozwiązań umożliwiających definiowanie, monitorowanie i ewaluację jakości opieki długoterminowej oraz gromadzenie i wykorzystywanie danych w tym zakresie.

Prowadzone analizy mają na celu dostosowanie przepisów prawnych dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w każdym z systemów, a także wypracowanie i przyjęcie dokumentu, w którym zaproponowany zostanie zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości i oraz gromadzenia i wykorzystywania danych dotyczących tej opieki.

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY WPROWADZONE W 2024 R. PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH:

- Umożliwiono realizację dwóch świadczeń opieki zdrowotnej „porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci” oraz „porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci” lekarzom

w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dla dzieci³. Celem zmiany było zwiększenie dostępności do porad specjalistycznych z zakresu diabetologii dla dzieci oraz endokrynologii dla dzieci.

- Wprowadzono do systemu jako świadczenia gwarantowane, finansowane ze środków publicznych dwa nowe badania genetyczne⁴:

- 1) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) oraz
- 2) badanie analiza ekspresji genu lub kilku genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction).

Badania te wykorzystywane są zarówno w diagnostyce prenatalnej, jak i postnatalnej w przypadku chorób rzadkich oraz w diagnostyce w kierunku nowotworów układu mieloidalnego lub limfoidalnego lub monitorowaniu odpowiedzi na leczenie lub monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej (MRD - Minimal Residual Disease) w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, w nowotworach układu mieloidalnego i limfoidalnego. Wprowadzenie wskazanych wyżej badań genetycznych do wykazu świadczeń gwarantowanych miało na celu zwiększenia dostępu do nowoczesnej i efektywnej diagnostyki genetycznej.

- Zmieniono warunki realizacji badania TK tętnic wieńcowych⁵. Celem zmiany było zwiększenie dostępu do badania TK tętnic wieńcowych, które jest nieinwazyjnym badaniem obrazowym pozwalającym na ocenę anatomii krążenia wieńcowego i które zapewnia wysoką skuteczność w rozpoznawaniu zwężeń tętnic wieńcowych oraz anomalii ich rozwoju.

- Wprowadzono zmiany dotyczące zakwalifikowania leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁶. Oczekiwane efekty to:

- 1) zapewnienie płynnej nieprzerwanej dostępności do leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych od dnia 1 lipca 2024 r., a więc po zakończeniu realizacji programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, w ramach którego leczenie to było finansowane;
- 2) umożliwienie świadczeniobiorcom realizacji świadczeń z wykorzystaniem metod terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności klinicznej, zwiększenie kompetencji personelu medycznego w zakresie stosowania nowych metod terapeutycznych;
- 3) opracowanie, wdrożenie i stosowanie sformalizowanej procedury określającej zasady współpracy pomiędzy lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lutego 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 224) - weszło w życie w dniu 6 marca 2024 r.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1318) - weszło w życie w dniu 1 stycznia 2025 r.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2024 poz. 1977) – weszło w życie w dniu 1 stycznia 2025 r.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 961) – weszło w życie w dniu 1 lipca 2024 r.

- Wprowadzono zmiany dotyczące zakwalifikowania przezskórnych termoablacji i krioablacji zmian nowotworowych płuc i oskrzeli oraz w obrębie klatki piersiowej, a także kości i nadnerczy⁷. Oczekiwane efekty to:

- 1) wydłużenie życia pacjentów, a tym samym skrócenie czasu leczenia systemowego związanego z zastosowaniem chemioterapii lub radioterapii, szybki powrót do życia społecznego i zawodowego;
- 2) zmniejszenie liczby wizyt ambulatoryjnych oraz liczby pobytów szpitalnych, a także obniżenie kosztów leczenia powikłań po chemioterapii jak i obniżenie kosztów stosowania terapii przeciwnowotworowej m.in. w ramach programów lekowych;
- 3) realizacja nowych procedur będzie się odbywała w ośrodkach spełniających dodatkowe restrykcyjne warunki realizacji ablacji, w tym dotyczące doświadczenia i specjalistycznego szkolenia kadr medycznych realizujących zabiegi, przygotowania organizacyjnego jak i wyposażenia w dodatkowy sprzęt, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w bezpieczeństwie, skuteczności i wysokiej jakości realizowanych procedur.

- Zmiany z zakresu programów zdrowotnych, które mają na celu zwiększenie dostępu do badań prenatalnych dla kobiet w ciąży⁸. Wprowadzone zmiany dotyczyły Programu badań prenatalnych, w szczególności:

- 1) usunięto kryterium wieku jako kryterium kwalifikacji do udziału w programie ze wszystkich etapów programu;
- 2) usunięto obecnie obowiązujących kryteriów kwalifikacji do udziału w programie z etapu Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- 3) doprecyzowano w etapie Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, terminu, w którym powinny zostać wykonane priorytetowe badania prenatalne.

Wprowadzenie zmian do rozporządzenia ma na celu zwiększenie dostępu do badań prenatalnych dla wszystkich kobiet niezależnie od wieku. Natomiast usunięcie kryteriów kwalifikacji do pierwszych dwóch etapów Programu badań prenatalnych spowoduje zwiększenie dostępu do badań prenatalnych, które umożliwiają wczesne wykrycie wad płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży oraz, o ile to możliwe, podjęcie leczenia jeszcze w okresie płodowym.

- Zmiana w zakresie zasad przekazywania przez usługodawców do Systemu Informacji Medycznej danych zdarzenia medycznego w zakresie ciąży⁹. Obowiązek przekazywania informacji o ciąży pacjentki stał się działaniem usługodawcy na wniosek usługobiorcy (pacjentki). Wprowadzone rozwiązanie realizuje potrzebę zgłaszaną Ministrowi Zdrowia stosowania mechanizmów ograniczających zakres danych przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej. Nowelizacja rozporządzenia przyczyniła się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa oraz komfortu pacjentek poprzez zagwarantowanie im możliwości samostanowienia w zakresie udostępniania personelowi medycznemu informacji w zakresie ciąży.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1798) – weszło w życie w dniu 1 stycznia 2025 r.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 767) – weszło w życie w dniu 5 czerwca 2024 r.

⁹ zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 738) polegająca na reorganizacji

- Zmiany w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, które poprawią dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodach naturalnych¹⁰. Zmienił się model rozliczania świadczeń znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodach naturalnych. Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje współczynniki korygujące – w zależności od liczby porodów naturalnych w znieczuleniu. Szpitale są premiowane, jeśli zapewniają znieczulenie zewnątrzoponowe lub (w uzasadnionych przypadkach) znieczulenie podpajęczynówkowe na poziomie powyżej 10% wszystkich porodów naturalnych. Im więcej takich porodów, tym lepsza będzie ich ogólna wycena w danej placówce medycznej. Premia za zwiększenie odsetka porodów naturalnych ze znieczuleniem może wynieść nawet 21%. NFZ będzie monitorował system premiowania szpitali.
- od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Zniesienie limitów oznacza, że świadczeniodawcy mają gwarancję otrzymania środków za wszystkie świadczenia zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262).
- od 1 lipca 2024 r. nastąpił wzrost wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z zarządzeniem 54/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, wprowadzającym nowe taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, określone w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 28 marca 2024 r. Poza wzrostami wycen świadczeń wprowadzono dodatkowo porady kwalifikacyjne, aby zwiększyć finansowanie w pierwszym dniu opieki. Poprawiono również model finansowania poradni medycyny paliatywnej.

INNE DZIAŁANIA Z ZAKRESU ZWIĘKSZANIA DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W kontekście dostępu do świadczeń opieki dla dzieci i ich bezpieczeństwa wystąpiono z propozycją kontroli dot. realizacji protonoterapii, która dotyczy w dużej mierze bezpiecznego udzielania omawianego świadczenia na rzecz dzieci.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 czerwca 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. 2024 poz. 856) przedłużono program pilotażowy do 30 czerwca 2026 r., dzięki czemu zwiększono liczbę pacjentów mogących skorzystać z ww. świadczenia.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia przygotowało pismo skierowane do szpitali przypominające o prawnym obowiązku zapewnienia pacjentom żywienia adekwatnego do stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia bezpiecznych diet bezglutenowych pacjentom z celiakią. W piśmie zawarto odniesienie do nagrania z posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Celiakii 17 października 2024 r., w celu umożliwienia szpitalom zapoznania się z przedstawionymi na posiedzeniu praktykami, które mogą stanowić cenne wskazówki dla wielu szpitali w zakresie m.in. odpowiedniego przechowywania, przygotowywania i wydawania produktów oraz posiłków bezglutenowych tak, aby uniknąć ich wtórnego zanieczyszczenia glutenem, jak również w zakresie kontaktu pomiędzy dietetykami/koordynatorami ds. żywienia, a personelem przygotowującym posiłki bezglutenowe.

W piśmie poinformowano również, że Rzecznik Praw Pacjenta we współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej przeprowadzi szkolenie dla Pełnomocników do spraw praw pacjenta, podczas którego zostanie przedstawiony problem

¹⁰ Od dnia 1 lipca 2024 r. weszły w życie zmiany (zgodnie z zarządzeniem nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego - świadczenia wysokospecjalistyczne), które poprawią dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodach naturalnych.

związany z zapewnianiem bezpiecznych diet bezglutenowych dla pacjentów z celiakią przebywających w szpitalach wraz ze wskazaniem potrzeby podjęcia stosownych działań w tym zakresie. Przedmiotowe pismo 22 listopada 2024 r. zostało przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o rozesłanie go do wszystkich szpitali w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.), z którymi NFZ ma podpisane umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejno należy wskazać, że za działania wspierające, które mogą służyć do poprawy przestrzegania praw pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, należy uznać opracowanie i aktualizację standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne oraz standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które weszły w życie w formie:

- 1) Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 145);
- 2) Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 73).

Postępowanie o udzielenia akredytacji jest procedurą dobrowolną, której wszczęcie jest uzależnione od indywidualnej decyzji podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak, w przypadku złożenia wniosku o udzielenie akredytacji przez taki podmiot jednym z obszarów standardów akredytacyjnych, które są weryfikowane w trakcie procedury oceniającej jest dział poświęcony przestrzeganiu praw pacjenta.

NAJWAŻNIEJSZE PROGRAMY I PROJEKTY REALIZOWANE PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA W 2024 r.

1. PROJEKT „ODWRÓCONA PIRAMIDA ŚWIADCZEŃ”

Celem projektu jest:

- odciążenie kosztochłonnego systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ,
- wprowadzenie płacenia za wynik (*paying for performance*) oraz różnicowania płatności w zależności od stopnia złożoności przypadku,
- opracowanie schematów współpracy/komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia.

Oczekiwane rezultaty:

- zwiększenie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnej optymalizacji zaangażowania zasobów,
- zwiększenie udziału świadczeń outpatient (ambulatoryjnych i jednodniowych),
- racjonalizacja wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- zwiększenie efektywności wymiany informacji medycznej pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki zdrowotnej m.in. POZ, AOS i LSZ w celu zapewnienia całościowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta.

2. PROJEKT „PODSTAWOWE REGIONY ZABEZPIECZENIA”

Projekt przewiduje:

- określenie obszarów zabezpieczenia w zakresie usług ochrony zdrowia,
- tworzenie warunków umożliwiających zwiększanie dostępności (w tym przestrzennej) do świadczeń z zakresu zdrowia i budowania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Oczekiwane rezultaty:

- wytyczne dla kształtowania systemu opieki zdrowia uwzględniającego regionalne uwarunkowania epidemiologiczne i demograficzne,

- wsparcie dla prowadzenia polityki w zakresie ochrony zdrowia, w tym decyzji zarządczych podejmowanych przez decydentów na centralnym i regionalnym szczeblu administracji publicznej,
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadających regionalnym i lokalnym potrzebom zdrowotnym obywateli,
- wsparcie dla prowadzenia polityki wrażliwej terytorialnie uwzględniającej m.in. obszary koncentracji negatywnych zjawisk epidemiologicznych i demograficznych.

3. PROJEKT „EWIDENCJA POTENCJAŁU ŚWIADCZENIODAWCY”,

W ramach projektu założono zaprojektowanie i wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego, który pozwoli na gromadzenie i monitorowanie w czasie rzeczywistym informacji o aktualnie dostępnych zasobach:

- 1) łóżek szpitalnych,
- 2) pracowników medycznych,
- 3) infrastruktury,
- 4) wyrobów medycznych,
- 5) środków ochrony indywidualnej,
- 6) gazów medycznych,
- 7) krwi i jej składników

oraz częściowym lub całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Oczekiwane rezultaty:

- ograniczenie zadań sprawozdawczych obciążających personel świadczeniodawców oraz budowa bazy danych o charakterze referencyjnym dla interesariuszy nadzorujących system ochrony zdrowia w Polsce,

z perspektywy pacjenta, wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (m.in. zapobieganie odmowom przyjęcia pacjenta) i ograniczenie przewożenia pacjenta pomiędzy szpitalami, zapewnienie łóżka oraz odpowiedniej do zdiagnozowanego stanu pacjenta opieki medycznej, itp.), a także na podniesienie jakości procesu decyzyjnego w ochronie zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń,

- proces decyzyjny oparty o aktualne dane, także w zarządzaniu i planowaniu obronnym,
- optymalizacja wykorzystania potencjału do realizacji świadczeń (w szczególności w sytuacji kryzysowej).

4. PROGRAM „LECZENIE NIEPŁODNOŚCI OBEJMUJĄCE PROCEDURY MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI, W TYM ZAPŁODNIENIE POZAUSTROJOWE PROWADZONE W OŚRODKU MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI, NA LATA 2024-2028”.

Podjęto również istotne działania w celu zapewnienia dostępu do świadczeń związanych z leczeniem niepłodności. W dniu 1 czerwca 2024 r. rozpoczęto realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”.

Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury in vitro oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (ocytów lub nasienia) na przyszłość. Program jest realizowany przez 58 ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji zlokalizowanych na terenie całej Polski. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw zdrowia przeznaczy corocznie z budżetu państwa z części będącej w jego dyspozycji nie mniej niż 500 mln zł na realizację Programu.

5. PROGRAM PILOTAŻOWY W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Program wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów z dnia 15 września 2023 r. (Dz. . z 2023 r. poz. 2212). Rozporządzenie zostało opublikowane i weszło w życie pod koniec 2023 r., natomiast realizacja świadczeń w ramach programu pilotażowego rozpoczęła się w 2024 roku.

Oczekiwane efekty to:

1. poprawa dostępności do świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem wczesnego zapalenia stawów w specjalistycznych ośrodkach reumatologicznych rozmieszczonych na terenie 14 województw w Polsce.
2. poprawa jakości życia pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów i ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej chorobą, a także powrót do pełnej sprawności w środowisku rodzinnym, jak i zawodowym.
3. bieżąca weryfikacja realizacji opieki KOWZS i dokonywanie oceny oraz wprowadzanie ewentualnych koniecznych modyfikacji w zakresie poprawności wdrożenia i funkcjonowania wytycznych postępowania w programie pilotażowym KOWZS.
4. opracowanie krajowych wytycznych postępowania medycznego wraz ze standardami prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w zakresie opieki nad pacjentami z wczesnym zapaleniem stawów i ocena organizacyjna nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców w Polsce.

6. PLAN DLA CHOROÓB RZADKICH NA LATA 2024–2025

W dniu 13 sierpnia 2024 r. została przyjęta Uchwała Rady Ministrów nr 88 w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025. Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025 jest kontynuacją działań podjętych podczas realizacji I edycji Planu w latach 2021–2023. Celem II edycji Planu jest poprawa sytuacji polskich pacjentów cierpiących na choroby rzadkie oraz ich rodzin, poprzez stworzenie modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej, który umożliwi kompleksową i skoordynowaną opiekę. Plan dla Chorób Rzadkich to dokument strategiczny, który określa kierunki działań w sześciu obszarach:

- 1) Powołanie Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich (OECR) oraz analiza wprowadzonych dla OECR produktów rozliczeniowych. Zasadniczym zadaniem OECR jest zapewnienie pacjentom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej opieki medycznej, leczenie oraz monitorowanie stanu pacjenta. W 2024 r. NFZ wprowadził 3 typy porad w zakresie AOS dla OECR, które przyczyniają się do poprawy dostępu do konsultacji dla pacjentów z chorobą rzadką.
- 2) Poprawa dostępu do badań diagnostycznych wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich. Dostęp do nowoczesnej diagnostyki genetycznej ma szczególnie duże znaczenie w opiece nad pacjentami z podejrzeniem choroby rzadkiej. Wprowadzono dwa nowe badanie genetyczne jako świadczenia gwarantowane. Badania te finansowane są ze środków publicznych zarówno w diagnostyce prenatalnej, jak i postnatalnej, w przypadku chorób rzadkich oraz w diagnostyce niektórych nowotworów.
- 3) Dostęp do leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w chorobach rzadkich.
- 4) Polski Rejestr Chorób Rzadkich.
- 5) Karta Pacjenta z chorobą rzadką.
- 6) Platforma Informacyjna „Choroby Rzadkie”.

W ramach systemu powstanie Polski Rejestr Chorób Rzadkich. Z tego systemu będzie generować się Karta Pacjenta z Chorobą Rzadką, która będzie regularnie aktualizowanym zbiorem podstawowych, kluczowych informacji na temat sytuacji zdrowotnej pacjenta. Szczegółowe informacje na temat danej choroby znajdują się na aktualizowanej Platformie Informacyjnej, uruchomionej jesienią 2023 r.

BEZPIECZEŃSTWO LEKOWE

W dniu 5 grudnia 2024 r. została uchwalona przez Sejm RP ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2025 r. poz. 129). Ustawa ta wprowadziła możliwość wystawiania recept na darmowe leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne dla osób przed ukończeniem 18. albo po ukończeniu 65. roku życia, przez osoby, które wcześniej nie posiadały takich uprawnień.

Ustawa objęła ww. możliwością lekarzy działających na podstawie innych umów niż z zakresu dotychczasowych, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego. Oznacza to, że ww. możliwość zaczęła przysługiwać lekarzom działającym na podstawie umów np. z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, czy też opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Omawiana ustawa umożliwiła ponadto wystawianie ww. recept lekarzom działającym bez jakichkolwiek umów, czyli w formule praktyk zawodowych (prywatnie).

Omawiana zmiana dot. recept bezpłatnych objęła przy tym nie tylko lekarzy, ale również felczerów i pielęgniarki w zakresach, w jakich przedstawiciele tych zawodów mają prawo wystawiania recept (w ogóle), jak również farmaceutów w zakresie, w jakim mają oni prawo wystawiania recept farmaceutycznych. Co więcej, ta sama ustawa wprowadziła możliwość przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych w aptekach ogólnodostępnych na podstawie wystawianych tamże przez farmaceutów recept farmaceutycznych. (Dotychczas możliwość taka występowała jedynie w przypadku grypy.) Obecnie jest możliwość wystawienia recepty farmaceutycznej oraz zaszczepienia na jej podstawie w aptecę w zakresie wszystkich szczepień zalecanych (jest ich blisko 30 rodzajów). Dodatkowo wszystkie takie recepty mogą być refundowane (jeżeli sama szczepionka jest refundowana), w tym również bezpłatne (w przypadku uprawnień „S” i „DZ”, jeżeli recepta na szczepionkę jest wystawiana we wskazaniach podlegających refundacji). Dotychczas zaś recepty farmaceutyczne mogły być refundowane tylko w przypadku wystawiania ich dla siebie („pro auctore”), albo najbliższych farmaceuty („pro familiae”).

Jakkolwiek efekt prowadzonych prac, czyli wejście w życie ww. ustawy nastąpiło już w 2025 r. (14 lutego), którego sprawozdanie nie dotyczy, to jednak całość procesu opracowania i procedowania tych zmian miało miejsce przez większość 2024 r. i wymaga to odnotowania.

Dzięki umożliwieniu szerszej grupie przedstawicieli zawodów medycznych wystawiania recept na darmowe leki dla seniorów i osób niepełnoletnich, zwiększył się dostęp do tych świadczeń. Ewentualny koszt leku, środka spożywczego lub wyrobu medycznego w tych przypadkach nie jest już elementem, który może zniechęcać do uzyskania świadczenia (zwłaszcza w systemie publicznym). Równocześnie wzrasta szansa na zdecydowanie się przez osobę, która z określonych przyczyn nie chce lub nie może leczyć się w systemie publicznym, na wizytę prywatną, jeżeli w jej wyniku może uzyskać receptę, którą będzie mogła zrealizować bezpłatnie. To z kolei skutkuje zmniejszeniem się liczby pacjentów zainteresowanych uzyskaniem wizyty u specjalisty w systemie publicznym tylko ze względów refundacyjnych.

Bardziej jaskrawym przejawem zwiększania tego dostępu jest druga z opisanych wyżej zmian (wystawianie recept farmaceutycznych w aptekach na szczepionki wykorzystywane do szczepień zalecanych wraz z wykonaniem szczepienia w aptecę ogólnodostępną na podstawie takich recept). W oczywisty sposób zmiana ta zwiększa dostęp do ww. świadczeń zarówno w aspekcie dostępności fizycznej (dywersyfikacja kanałów dostępu do nich poprzez dodanie kanału aptecznego), jak i dostępności ekonomicznej – poprzez eliminację bariery finansowej (dzięki refundacji).

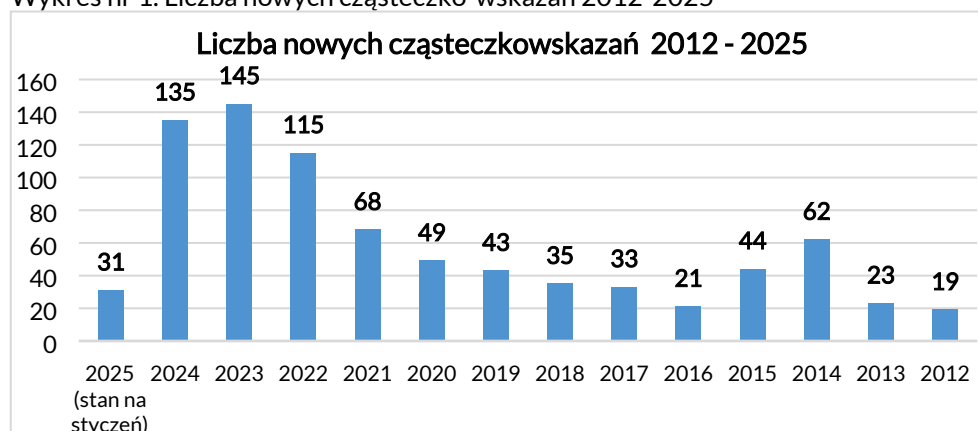
Ponadto od maja 2024 r. wprowadzony został (stosownym rozporządzeniem Ministra Zdrowia) program pilotażowy w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. W ramach programu pilotażowego farmaceuta może w aptecę ogólnodostępną, po przeprowadzeniu odpowiedniego wywiadu z pacjentką, wystawić jej receptę farmaceutyczną na środek antykoncepcji postkoitalnej (awaryjnej, „dzień po”). Zmiana ta wpłynęła na fizyczną dostępność do tego rodzaju środków antykoncepcyjnych

poprzez wprowadzenie dodatkowego (poza lekarskim) kanału dostępu do recept na nie. W 2024 r. na ww. środki wystawiono i zrealizowano blisko 25 tysięcy recept farmaceutycznych (z około 300 tysięcy wystawionych recept na takie same albo podobne środki w ogóle w analizowanym roku). Jakkolwiek udział ten nie jest spektakularnie duży, to jednak jest godny odnotowania, zwłaszcza jeżeli ww. liczbę odnieść do roku 2023, w którym na omawiane środki wystawiono mniej niż 1 tys. recept farmaceutycznych. Niewątpliwie zatem zmiana ta wpłynęła na dostęp do tego rodzaju świadczeń, ale również ich jakość (dzięki poprzedzającemu wystawienie recepty wywiadowi, który ma bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo stosowania środka). Jakość ma tu szczególny wymiar w kontekście tego, że w niektórych z poprzednich lat większość wystawień recept na antykoncepcję awaryjną recept następowała za pośrednictwem tzw. „receptomatów”, czyli najczęściej z powierzchownym-, a w najgorszym razie pozorowanym wywiadem medycznym, albo bez takiego wywiadu w ogóle.

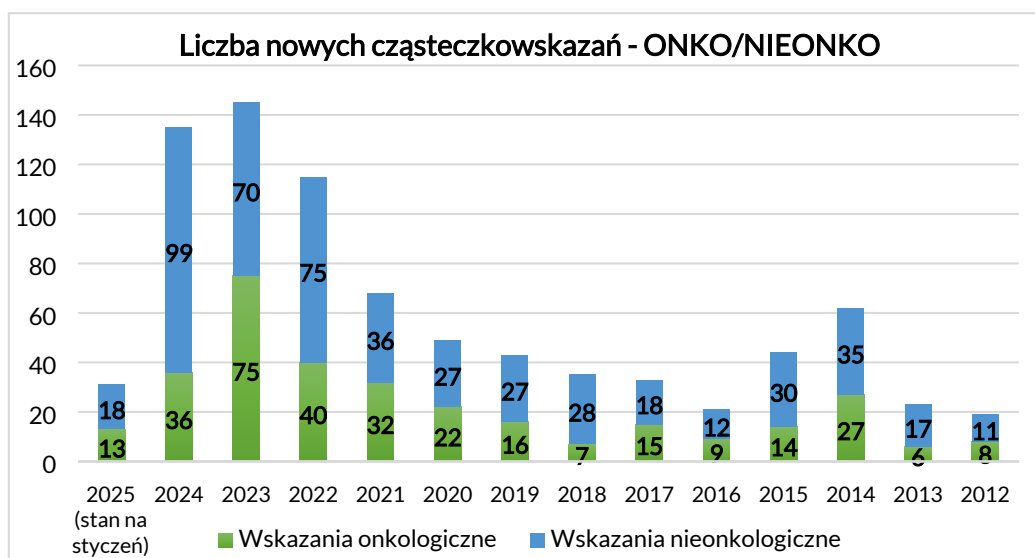
REFUNDACJA LEKÓW

W kwestii dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez refundację leków wskazać należy, że ostatnie lata stanowiły przełom w liczbie nowych terapii obejmowanych refundacją. Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie rozwija listę leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre wiadomości dla wielu pacjentów. Zwiększająca się liczba nowych objęć jest obserwowana szczególnie od 2019 r., gdzie wyraźnie zauważalny jest wzrost obejmowania refundacją wskazań onkologicznych oraz dotyczących chorób rzadkich. Należy przypomnieć, że w roku 2023 refundacją objęto aż 145 innowacyjnych terapii (w tym 75 onkologicznych, 43 wskazania w chorobach rzadkich). Od początku funkcjonowania ustawy refundacyjnej to właśnie w 2023 r. zaoferowano polskim pacjentom najwięcej możliwości w dostępie do innowacyjnych terapii. Kontynuacja tego trendu w roku 2024 przyniosła 135 nowych cząsteczkowskazań, z czego 36 dotyczyło onkologii oraz 36 dotyczyło chorób rzadkich.

Wykres nr 1. Liczba nowych cząsteczeko-wskazań 2012-2025



Wykres nr 2. Liczba nowych cząsteczeko-wskazań – ONKO/NIEONKO



Wykres nr 3. Liczba nowych cząsteczko wskazań –wskazania rzadkie



- Niezaprzeczalny wydaje się fakt, iż resort zdrowia przykłada bardzo dużo uwagi do problemu osób chorych na choroby onkologiczne.
- Zdecydowana większość nowych cząsteczko-wskazań dotyczy terapii najdroższymi substancjami czynnymi (w zakresie programów lekowych).

Szczególnym rodzajem sukcesywnie implementowanych modyfikacji w systemie refundacyjnym są zmiany kategorii dostępności z programów lekowych na katalog chemioterapii. Takie działania korzystnie wpływają na dostępność pacjentów onkologicznych do terapii selektywnych oraz mniejsze nakłady pracy personelu medycznego związane z monitorowaniem i sprawozdawczością procesu terapeutycznego.

W celu **poszerzenia dostępności do onkologicznych terapii refundowanych** Minister Zdrowia wydaje z urzędu decyzje zmieniające kategorię dostępności refundacyjnej leków stosowanych w ramach programów lekowych na leki stosowane w ramach chemioterapii. Proces zmiany kategorii dostępności refundacyjnej skupia się przeważnie na cząsteczkach:

- o udowodnionej skuteczności klinicznej,
- o znanym profilu bezpieczeństwa,
- ugruntowanej pozycji w międzynarodowych rekomendacjach klinicznych,
- o szerokim zakresie wskazań refundacyjnych,
- zgenerowanych - dla których wygasły okresy ochrony patentowej.

Obowiązuje od	Substancja czynna	Obszar terapeutyczny/ jednostka chorobowa
01.01.2021	RITUXIMABUM	Chłoniak grudkowy i chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL)
	GEFITYNIBUM	Niedrobnokomórkowy rak płuca
	ERLOTINIBUM	Niedrobnokomórkowy rak płuca
01.11.2022	BEVACIZUMABUM	Rak jajnika, jajowodu lub otrzewnej
01.05.2022	BEVACIZUMABUM	Rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak wątrobowokomórkowy
01.01.2023	LENALIDOMIDUM	Szpiczak plazmocytowy, Anemia zależna od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych, Chłoniak z komórek płaszczka
01.03.2023	TRASTUZUMABUM I.V.	Rak piersi, rak żołądka
	OCTAN ABIRATERONU	Rak gruczołu krokowego
01.05.2023	SUNITINIB	Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), Mięsaki tkanek miękkich, Rak nerki, Nowotwór neuroendokrynnny trzustki
	SORAFENIB	Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), Rak wątrobowokomórkowy, Rak nerki
	IMATINIB	Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)
	EVEROLIMUS	Rak nerki, Nowotwór neuroendokrynnny trzustki
01.11.2023	DASATINIB	Przewlekła białaczka szpikowa, Ostra białaczka limfoblastyczna
01.10.2024	TRABECTEDIN	Mięsaki tkanek miękkich, Rak jajnika
	PANITUMUMAB	Rak jelita grubego
	CETUXIMAB	Rak jelita grubego, Rak narządów głowy i szyi
	LAPATINIB	Rak piersi
	CABAZITAXEL	Rak gruczołu krokowego
	RADIUM (223RA) DICHLORIDE	Rak gruczołu krokowego
	AKSITINIB	Rak nerki
	TEMSIROLIMUS	Rak nerki
1.01.2025 r.	POMALIDOMIDUM	Szpiczak plazmocytowy

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1938) wprowadziła szereg przepisów dotyczących zarówno bezpośrednio bezpieczeństwa lekowego Polski, jak i pośrednio wpływających na dostępność leków dla pacjentów. Od 1 listopada 2023 r. wnioskodawcy mogą składać wnioski o objęcie refundacją leków zgodnie z procedurą opisaną w art. 13a ustawy o refundacji pozwalającą na ustalenie, że dany lek lub substancja czynna są wytwarzane w Polsce. Wydanie decyzji o objęciu refundacją leku, dla którego złożono wniosek o objęcie refundacją i Minister Zdrowia wydał postanowienie o przyznaniu preferencji, o których w art. 13a ust. 2 ustawy o refundacji, jest podstawą zamieszczenia jej na wykazie leków refundowanych w części stanowiącej, że lek został uznany:

- wykaz G1 - Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- wykaz G2 - Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

a co za tym idzie do obniżenia kwoty odpłatności dla pacjenta (art. 6 ust. 2a ustawy o refundacji), bowiem wraz z nadaniem statusu „polskiego leku” redukcji ulega poziom odpłatności pacjenta za lek refundowany w aptece o 10%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce albo do jego wytworzenia wykorzystano substancję czynną wyprodukowaną na terenie Rzeczypospolitej Polskiej albo o 15%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce.

Publikacja pierwszego wykazu dotyczącego leków tzw. polskich producentów, miała miejsce na *obwieszczeniu refundacyjnym* obowiązującym od 1 kwietnia 2024 r.

W oparciu o obwieszczenie 77W obowiązujące od 1.01.2025 r. należy wskazać, że wykaz G1 zawiera 605 leków rozumianych jako indywidualne kody GTIN. Lista leków wytwarzanych w Polsce albo z substancji czynnej wytwarzanej w Polsce obejmuje 135 substancji czynnych lub ich połączeń. Leki umieszczone na wykazie G1 objęte są 10% redukcją kwoty stanowiącej dopłatę pacjenta. Wśród tej grupy produktów leczniczych znalazły się m.in. leki: antyhistaminowe, cytostatyczne, hipoglikemizujące, hipolipemizujące, hipotensyjne, przeciwartymiczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe, przeciwbólowe, przeciwdrgawkowe, przeciwpsychotyczne, przeciwreumatyczne, przeciwparkinsonowskie, przeciwzakrzepowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych, stosowane w chorobach urologicznych, stosowane w chorobach układu pokarmowego.

Wykaz G2 zawiera 37 leków rozumianych jako indywidualne kody GTIN. Lista leków wytwarzanych w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce obejmuje 13 substancji czynnych lub ich połączeń. Leki umieszczone na wykazie G2 objęte są 15% redukcją kwoty stanowiącej dopłatę pacjenta. Wśród tej grupy produktów leczniczych znalazły się m.in. leki: hipoglikemizujące, hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwpsychotyczne, przeciwzakrzepowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych.

Dodatkowo, znowelizowana ustawa o refundacji wprowadziła nową ścieżkę procedowania wniosków refundacyjnych w ramach art. 30a. Przepisy określone w art. 30a ustawy o refundacji dotyczą leków wymagających stosowania dłużej niż 30 dni w określonym stanie klinicznym, rekomendowanych w wytycznych postępowania klinicznego, dla których wnioskodawca nie złożył dotychczas wniosku o objęcie refundacją i upłynął okres wyłączności rynkowej. Na podstawie art. 30a ustawy o refundacji Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, po zasięgnięciu opinii Rady Przejrzystości, Konsultantów Krajowych oraz Rzecznika Praw Pacjenta, przygotowała pierwszy wykaz leków o ugruntowanej skuteczności, dotyczący leków we wskazaniach kardiologicznych. Na podstawie ww. wykazu 11 października 2024 r. Minister Zdrowia opublikował **listę kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności**, na której znalazło się **14 cząsteczkowskazań** informując tym samym podmioty odpowiedzialne, których technologie znalazły się na ww. liście o możliwości składania wniosków refundacyjnych. W związku ze złożonymi wnioskami o objęcie refundacją leków w ramach ww. listy kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności od 1 stycznia 2025 r. refundacją zostało objętych 6 nowych cząsteczek – wskazań dedykowanych kardiologicznym jednostkom chorobowym, co wiązało się z wydaniem dodatkowych 67 decyzji refundacyjnych:

Substancja czynna	Nazwy handlowe	Wskazanie
<i>dabigatran</i>	Daxanlo Telexer Dabigatran Eteksylan Stada	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy

		udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa $\geq II$ wg NYHA)
<i>eplerenon</i>	Espiro Nonpres	Niewydolność mięśnia sercowego
<i>metylidopa</i>	Dopegyt	Nadciśnienie tętnicze w ciąży
<i>rywaroxaban</i>	Xanirva Xiltess Kardatuxan Mibrex Rixacam Vixargio Thinban Bevimlar Runaplast Zarixa	Profilaktyka udaru i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca
<i>torasemid</i>	Ebozan Toramide Diuver Toradiur Diured	Niewydolność mięśnia sercowego
<i>trimetazydyna</i>	Predictal MR Protevasc SR Metazydyna	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane

Produkty lecznicze z *rywaroksabanem* i *dabigatranem* są dostępne w wyżej wymienionych wskazaniach klinicznych wyłącznie za odpłatnością 30% - nowe wskazanie nie zostało uwzględnione na wykazie bezpłatnych leków dla pacjentów po ukończeniu 65. roku życia. Nadal przedkładane oraz procedowane są kolejne wnioski o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto kolejnych leków, które znalazły się liście kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności. Należy jednocześnie zaznaczyć, że lista leków o ugruntowanej skuteczności dotycząca leków we wskazaniach kardiologicznych nie będzie jedyną listą leków o ugruntowanej skuteczności - planowane jest opublikowanie kilku list, w podziale na poszczególne dziedziny medycyny.

Aktualnie trwają prace nad przygotowaniem listy leków o ugruntowanej skuteczności we wskazaniach onkologicznych.

Dostrzegając potrzebę informowania pacjentów (prawo do informacji), jak również personelu medycznego (lekarze, farmaceuci), o zmianach i możliwościach systemu refundacyjnego Ministerstwo Zdrowia regularnie udziela stosownych wyjaśnień przez publikację komunikatów w kwestiach ważnych dla danej grupy zainteresowanych.

Jako przykłady można wskazać m.in.:

- Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie odpowiedników doustnych leków przeciwzakrzepowych nowej generacji
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-odpowiednikow-doustnych-lekow-przeciwzakrzepowych-nowej-generacji>
- Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie kontynuacji refundacji produktów od 1 stycznia 2025 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-kontynuacji-refundacji-produktow-od-1-stycznia-2025-r>
- Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie refundacji leków z rywaroksabanem i dabigatranem w leczeniu pacjentów z migotaniem przedsionków
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-refundacji-lekow-z-rywaroksabanem-i-dabigatranem-w-leczeniu-pacjentow-z-migotaniem-przedsionkow>

- Komunikat ws. zmian preskrypcji produktów umieszczonych na bezpłatnych wykazach dedykowanych pacjentom do ukończenia 18. roku życia oraz po ukończeniu 65. r.ż. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ws-zmian-preskrypcji-produktow-umieszczonych-na-bezpłatnych-wykazach-dedykowanych-pacjentom-do-ukonczenia-18-roku-zycia-oraz-po-ukonczeniu-65-rz>

Ponadto, w 2024 r. kompleksowo zmodernizowana została strona Komisji Ekonomicznej. Komisja Ekonomiczna jest ciałem doradczym działającym przy Ministrze Zdrowia, a jej zadaniem jest wspieranie Ministra Zdrowia w kształtowaniu krajowego systemu refundacyjnego. Na stronie publikowane są m.in. harmonogramy negocjacji cenowych, protokoły posiedzeń Komisji, jak również protokoły uchwał negatywnych, co znacząco zwiększa transparentność procesów refundacyjnych.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komisja-ekonomiczna>

Natomiast w odniesieniu do wyrobów medycznych wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z dnia 4 lipca 2024 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 1055), którym wprowadzono zmiany będące odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjentów.

Celem tych propozycji była korekta i uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoliło na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych.

Najważniejsze zmiany zawarte w tym rozporządzeniu objęły:

- 1) korektę katalogu osób uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne polegającą na przywróceniu możliwości wystawiania zleceń osobom uprawnionym posiadającym te uprawnienia przed 1 stycznia 2024 r.;
- 2) ujednolicenie na format procentowy w kolumnie 5 w załączniku do rozporządzenia wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych (kody Z.03.01, Z.03.02 i Z.03.03);
- 3) korektę wzajemnych wyłączeń jednoczesnego zaopatrzenia w ramach kryteriów przyznawania dla wyrobów medycznych wspomagających układ oddechowy (kody U.03.01, U.03.02, U.04.01 i U.04.02), wózków inwalidzkich (kod S.15.01) oraz sensorów do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (kod R.05.01);
- 4) korektę mającą na celu przywrócenie limitu cen napraw dla wózków inwalidzkich dziecięcych (kod S.14.01);
- 5) korektę polegającą na przywróceniu możliwości jednoczesnego zaopatrzenia w okulary lornetkowe do bliży i do dali poprzez wydzielenie dwóch odrębnych kodów dla okularów lornetkowych do bliży i okularów lornetkowych do dali (kody O.09.01 i O.09.02);
- 6) doszczegółowienie kryteriów przyznawania dla gorsetów (biustonoszy) kompresyjnych (kod N.16.01) i biustonoszy pooperacyjnych lub do protez piersi (kod Z.01.02) przez wyłączenie możliwości zaopatrzenia w stroje kąpielowe;
- 7) przywrócenie możliwości skrócenia okresu użytkowania dla obuwia ortopedycznego (kody M.01.01, M.02.01, M.03.01, M.04.01 i M.05.01);
- 8) korektę kryteriów przyznawania umożliwiającą zaopatrzenie w soczewki okularowe korekcyjne do bliży i do dali z mocą pryzmatyczną w przypadku wad wzroku wymagających korekcji sfera od $\pm 6,25$ dptr i cylinder od 0,00 dptr (kody O.01.01 i O.01.02);
- 9) doprecyzowanie przysługującej maksymalnej liczby sztuk zaopatrzenia dla transponderów/nadajników do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagających wymiany rzadziej niż raz na 3 miesiące w sposób odpowiadający wymaganej częstotliwości wymiany w skali ustalonej w załączniku do zmienianego rozporządzenia okresu użytkowania, który obecnie wynosi raz na rok (kod R.04.02);
- 10) korektę kryteriów przyznawania doprecyzowującą maksymalną liczbę sensorów do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM) podlegających refundacji w przedziale kolejnych 6 miesięcy kalendarzowych (kod R.05.01); 11) przywrócenie doprecyzowania stronności ortez stawu biodrowego (kody H.05.01 i H.05.02) oraz

brzmienia określonych przez kody G.05.01 i G.05.02 części kończyny dolnej obejmowanych przez ortozy.

Ponadto w analizowanym okresie prowadzone były działania w zakresie szeroko rozumianej dostępności produktów leczniczych, które znacząco przyczyniły się do usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Przez stałe monitorowanie sytuacji dostępności rynkowej poszczególnych produktów leczniczych, wydawanie tzw. list antywywózowych (obwieszczenia Ministra Zdrowia wydawane co najmniej raz na 2 miesiące, określające wykaz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, najbardziej zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, by w celu prewencyjnym ochronić umieszczone w wykazie produkty przed sprzedażą poza granice Polski, co mogłoby prowadzić do powstawania niedoborów niektórych produktów na polskim rynku farmaceutycznym), liczne kontakty z podmiotami odpowiedzialnymi, hurtowniami farmaceutycznymi, ale również realizując ustalenia zapadłe podczas posiedzeń Zespołu do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych, analizy sytuacji rynkowej zarówno leków, dla których Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych otrzymał informacje od podmiotów odpowiedzialnych o czasowym lub stałym wstrzymaniu dostaw na rynek, leków zamieszczonych na tzw. liście antywózowej, leków objętych finansowaniem ze środków publicznych oraz innych produktów, dla których otrzymywano sygnały o problemach w dostępności, udało się zapobiec systemowym brakom leków, a ewentualne utrudnienia występowały na poziomie lokalnym i tylko dla poszczególnych, konkretnych leków określonych podmiotów odpowiedzialnych.

W 2024 r. opublikowano 6 obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a liczba pozycji w nich zawartych oscylowała w granicach 220 – 260, co stanowiło około 1% z sumarycznej liczby wszystkich pozwoleń na dopuszczenie do obrotu.

Dodatkowo, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2019 r. poz. 57) utworzony został Zespół do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych, którego pracami kieruje Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny za politykę lekową. Spotkania Zespołu odbywają się cyklicznie, nie rzadziej niż raz na trzy miesiące. Od chwili utworzenia zespołu odbyło się już ponad dwadzieścia spotkań, w tym w 2024 r. – 4 posiedzenia. Zespół analizuje sytuację rynkową leków, w odpowiedzi na zgłoszenia dotyczące problemów z nabyciem leku i rekomenduje odpowiednie działania. Zespół dokonuje analiz dotyczących dostępności:

- leków, dla których Prezes URPL otrzymał informacje od podmiotów odpowiedzialnych o czasowym lub stałym wstrzymaniu obrotu,
- leków zamieszczonych na liście antywózowej,
- leków objętych finansowaniem ze środków publicznych,
- leków, dla których otrzymano sygnały o problemach z dostępnością.

Analizie podlegają również produkty lecznicze wskazane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, dla których wystąpiły odmowy realizacji recept. Jednym z zadań Zespołu jest przygotowywanie rekomendacji dla Ministra Zdrowia oraz organów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia w zakresie działań, które powinny zostać podjęte w celu przeciwdziałania brakom dostępności produktów leczniczych. Dodatkowo, ze względu na konieczność wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego Polski, a także w odpowiedzi na oczekiwania polskiego rynku farmaceutycznego, Minister Zdrowia w dniu 20 grudnia 2024 r. przedstawił pierwszą w Polsce Krajową Listę Leków Krytycznych, obejmującą 301 substancji czynnych, stosowanych w leczeniu schorzeń gastroenterologicznych, hematologicznych, kardiologicznych, dermatologicznych, urologicznych oraz ginekologicznych, endokrynologicznych, zakaźnych oraz pasożytniczych, onkologicznych, reumatologicznych, neurologicznych, pulmonologicznych oraz laryngologicznych. Lista ta stanowi ważne narzędzie wspierające zapewnienie suwerenności lekowej Polski. Krajowa Lista Leków Krytycznych wskazuje substancje

czynne, które zostały uznane za krytyczne, gdyż leki zawierające te substancje są stosowane w leczeniu poważnych chorób i w przypadku ich niedoboru na rynku, nie można ich łatwo zastąpić innymi produktami leczniczymi (brak odpowiedników i/lub możliwości zastosowania alternatywnych technologii medycznych), a zapobieganie niedoborom tych właśnie leków jest szczególnie ważne, gdyż mogą one spowodować poważne zagrożenia dla życia i zdrowia polskich pacjentów.

Jednocześnie Minister Zdrowia wskazuje, że planowane są aktualizacje przedmiotowej listy, które będą odpowiedzią na zmieniającą się sytuację rynku farmaceutycznego. W tym miejscu należy wskazać, że w ocenie Ministra Zdrowia istotnym jest również wypracowanie zachęt oraz zapewnienie wsparcia dla krajowego przemysłu, które realnie przełożyłyby się na podjęcie decyzji o rozpoczęciu produkcji lub utrzymaniu produkcji leków krytycznych w naszym kraju. W tym celu Minister Zdrowia prowadzi rozmowy z innymi resortami, jednostkami podległymi oraz instytucjami by wypracować rozwiązania, które przyczynią się do wzmocnienia możliwości produkcyjnych w Polsce i będą stanowić odpowiedzi na oczekiwania rynku farmaceutycznego.

Minister Zdrowia uczestniczył również w spotkaniach związanych z działalnością Polski na arenie międzynarodowej (współpracując z EMA, HERA, OECD). W porównaniu do poprzednich lat w 2024 r. ilość zadań w powyższym zakresie znacznie się zwiększyła. W porozumieniu z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Minister Zdrowia wziął udział w opracowaniu listy leków krytycznych przyjętej przez grupę zadaniową EMA/HMA ds. dostępności leków dopuszczonych do obrotu. Lista ta, opublikowana po raz pierwszy w grudniu 2023 r., nie tylko wskazała produkty lecznicze krytyczne dla systemu ochrony zdrowia zagrożone brakiem dostępności na rynku, ale również stanowiła przyczynek do dyskusji nad możliwościami w zakresie poprawy bezpieczeństwa lekowego całej Unii Europejskiej. Lista ta jest systematycznie aktualizowana, druga wersja unijnej listy leków krytycznych została opublikowana w grudniu 2024 r.

Przedstawiciele Ministra Zdrowia uczestniczyli również w pracach grup roboczych oraz spotkaniach forum powołanego w styczniu 2024 r. Sojuszu na rzecz Leków Krytycznych. Prace te dotyczyły zarówno możliwości zwiększenia bezpieczeństwa lekowego państw członkowskich Unii Europejskiej poprzez wzmocnienie zdolności produkcyjnych leków krytycznych w państwach członkowskich Unii Europejskiej jak też problematyki partnerstwa międzynarodowego i mechanizmów solidarnościowych, aby wzmocnić globalne łańcuchy dostaw.

W przypadku konieczności zastosowania w terapii pacjenta produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Polsce lub niedostępnego w obrocie możliwe jest sprowadzenie z zagranicy na podstawie zapotrzebowania na import docelowy takiego produktu z zagranicy (produkty lecznicze - art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz środki spożywcze art. 29a ust. 5 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia). W roku 2024 Minister Zdrowia rozpatrzył 13 207 zapotrzebowań na import docelowy produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, co umożliwiło sprowadzanie z zagranicy tych produktów w celu zapewniania terapii pacjentów.

W sytuacji utrudnionego dostępu do produktów leczniczych w skali całego kraju Minister Zdrowia posiada uprawnienia do zastosowania procedury tzw. importu interwencyjnego, czyli dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego na czas określony zgodnie z zapisami art. 4 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne, W 2024 r. Minister Zdrowia rozpatrzył 1 797 takich zgłoszeń.

W przypadku uzyskania zgody Ministra Zdrowia na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, pacjent, który będzie stosował ten produkt poza podmiotem leczniczym (w warunkach domowych) może ubiegać się o jego refundację, zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826). W 2024 r. Minister Zdrowia rozpatrzył 4 465 wniosków o wydanie indywidualnej zgody na refundację, w tym zostało wydane

4 125 zgód na refundację, co umożliwiło pacjentom nabycie tych produktów w aptekach ogólnodostępnych za opłatą ryczałtową, czyli 3,20 zł za opakowanie jednostkowe. Ponadto zaproponowano zmiany legislacyjne do ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, usuwające bariery prawne w wydawaniu zgód na refundację dla sierocych produktów leczniczych, które stosowane są w chorobach rzadkich, a w obowiązującym porządku prawnym nie mogły być refundowane. Powyższe przełoży się bezpośrednio na zwiększenie dostępności pacjentów do terapii poprzez likwidację barier administracyjnych. Odnosząc się wydatkowania środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL, należy wskazać, że powyższa procedura umożliwia wydanie zgody na pokrycie kosztów leku, który posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pozostaje w obrocie lub jest dostępny na polskim rynku i który nie znajduje się na wykazie produktów leczniczych niefinansowanych w ramach procedury RDTL, publikowanym cyklicznie przez Ministra Zdrowia. Warunkiem uzyskania zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL jest przedłożenie przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pozytywnej opinii konsultanta wojewódzkiego lub krajowego z dziedziny medycyny właściwej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny stwierdzony u danego świadczeniodawcy (dla wniosku pierwszorazowego) lub zgłoszenia o kontynuacji terapii wraz z potwierdzeniem dotychczasowej skuteczności leczenia pacjenta w ramach procedury RDTL (dla wniosków kontynuacyjnych). Finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL odbywa się na zasadzie dotacji celowych przekazywanych przez Ministra Zdrowia na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia comiesięcznych sprawozdań finansowych dotyczących świadczeń udzielonych pacjentom w ramach procedury RDTL. Po udzieleniu przez Ministra Zdrowia przedmiotowej dotacji, Narodowy Fundusz Zdrowia rozdysponowuje kwotę udzielonej dotacji na poszczególnych świadczeniodawców wskazanych w rzeczonych sprawozdaniach. Aktualnie wszystkie wpływające wnioski o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL ewidencjonowane są w Centralnej Bazie Wniosków i Decyzji zarządzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po uzyskaniu od właściwego świadczeniodawcy kompletu dokumentów niezbędnych do uruchomienia płatności za dane leczenie, Narodowy Fundusz Zdrowia podejmuje decyzję w sprawie ewentualnego uruchomienia płatności za leczenie prowadzone w ramach procedury RDTL. Jednocześnie należy wskazać, że sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące finansowania leczenia w ramach procedury RDTL w danym miesiącu kalendarzowym są każdorazowo weryfikowane pod kątem merytorycznym przez Ministerstwo Zdrowia. W latach 2020 – 2024 ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego na finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL przekazano łącznie 835 050 339,82 zł, w tym:

- a) w 2021 r. - 99 528 745,33 zł z dostępnej puli 154 418 000 zł, co stanowiło ok. 64,5% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2021 r.
- b) w 2022 r. - 164 187 057,91 zł z dostępnej puli 180 000 000 zł, co stanowiło ok. 91,2% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2022 r. (wzrost o ~65% w ujęciu r/r)
- c) w 2023 r. - 278 226 211,36 zł z dostępnej puli 331 115 000 zł, co stanowiło ok. 84% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2023 r. (wzrost o ~69,5% r/r)
- d) w 2024 r. - 293 108 325,22 zł z dostępnej puli 326 679 450,00 zł, co stanowiło ok. 89,7% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2024 r. (wzrost o 5,3% r/r).

PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE

W 2024 r. kontynuowano prace nad zmianą ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wśród najważniejszych zmian zawartych w projekcie nowelizacji i wpływających na zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego wymienić należy:

1. Wprowadzenie odrębnego rodzaju zespołów ratownictwa medycznego, czyli motocyklowych jednostek ratowniczych. Motocykl ratunkowy będzie docierać w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, a także np. w czasie zgromadzeń czy korków na drodze. Przyspieszy to moment uzyskania pomocy medycznej przez osoby w stanie nagłym.
2. Wprowadzenie rozróżnienia podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na dwu- i trzyosobowe. Dotychczas ustalony był minimalny skład zespołów na poziomie dwóch osób. Pozwoli to na poprawę komfortu pracy i bezpieczeństwa członków zespołów, co przełoży się na jakość udzielanej pomocy.
3. Wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym jeden Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) zabezpieczy teren nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, na którym czas dotarcia zespołów z miejsca zdarzenia do SOR, nie będzie dłuższy niż 45 minut. Przyczyni się to do planowania bardziej równomiernego rozłożenia SOR w terenie.
4. Wyznaczenie maksymalnego czasu na przekazanie pacjenta w SOR/ IP do 15 minut. W ten sposób ZRM będą spędzały mniej czasu na przekazaniu pacjenta w szpitalu i szybciej będą mogły być dysponowane do kolejnych zdarzeń.
5. Bezterminowe utrzymanie możliwości bezpośredniego kierowania do dyspozytorni medycznych połączeń alarmowych napływających na nr 999, co skróci czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego osób potrzebujących pomocy medycznej. W ten sposób do pacjentów dzwoniących na nr 999 ZRM zostanie wysłany szybciej w porównaniu do osób dzwoniących na nr 112, gdzie w przekazaniu zgłoszenia pośredniczy operator numerów alarmowych.
6. Umożliwienie wojewodom utworzenia 4 nowych dyspozytorni medycznych w województwach małopolskim, wielkopolskim, mazowieckim oraz śląskim. Pozwoli to na zapewnienie płynnej obsługi zgłoszeń wpływających na numer alarmowy 999.

Ustawa w dniu 19 lutego br. została skierowana do Sejmu.

Ponadto w 2024 r. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1877). Przedmiotowe rozporządzenie umożliwiło dalsze funkcjonowanie tych SOR, które po dniu 31 grudnia 2024 r. mogły nie spełnić wymagań rozporządzenia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 336, z późn. zm.) w zakresie posiadania m.in. lądowiska i punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przy SOR. Tym samym została zapewniona ciągłość dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Na poprawę dostępności i jakości świadczeń udzielanych w ramach systemu PRM wpływ mają również inwestycje w infrastrukturę systemu PRM poczynione w ramach środków przekazanych z Funduszu Medycznego, Budżetu Państwa oraz środków europejskich. W ramach środków z Funduszu Medycznego w wyniku rozstrzygniętych konkursów:

1. Na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnego w zakresie zadań polegających na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR zawarto 152 umowy o dofinansowanie z terminem realizacji od 1 stycznia 2024 r. na łączną kwotę dotacji 1 455 857 389,47 zł¹¹.

¹¹ nr FM-SMPL.01.MDSOR.2023

W ramach programu inwestycyjnego w zakresie zadań polegających na modernizacji i doposażeniu SOR:

- 2 umowy zostały rozwiązane,
 - 43 umowy zostały zakończone w 2024 r.,
 - 107 umów jest dalej realizowanych z terminem realizacji do 31 grudnia 2025 r.
2. w zakresie zakupu ambulansów dla zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) wraz z dodatkowym wyposażeniem zawarte zostały 72 umowy o dofinansowanie z terminem realizacji od 1 stycznia 2024 r. na łączną kwotę dotacji 72 429 573 zł, na zakup 121 ambulansów. W ramach 72 umów na zakup ambulansów z wyposażeniem zakupiono 120 ambulansów (1 umowa na zakup 1 ambulansu wygasła)¹².

DZIAŁANIA MINISTERSTWA ZDROWIA W ZAKRESIE PRAWA PACJENTA DO INFORMACJI

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom społecznym oraz biorąc pod uwagę prawo pacjentów do informacji, Ministerstwo Zdrowia popularyzuje wiedzę o zdrowiu i informuje o badaniach przesiewowych, nowych rozwiązaniach medycznych, jak też planowanych i realizowanych zmianach w systemie ochrony zdrowia, kierując swój przekaz do różnych grup społecznych.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi działania informacyjne, edukacyjne i promocyjne dotyczące szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia prowadzi szeroką kampanię „Planuję Długie Życie”.

W celu dotarcia do licznych i zróżnicowanych odbiorców, kampania społeczna „Planuję długie życie” realizowana jest w oparciu o telewizję, radio, prasę, internet.

Działania prowadzone w ramach kampanii realizowane są m.in. głównie poprzez:

- emisję spotów telewizyjnych oraz radiowych w stacjach o zasięgu ogólnopolskim,
- publikację artykułów opracowanych przez ekspertów z Narodowego Instytutu Onkologii PIB na stronie www.planujedlugiezycie.pl oraz na stronie pacjent.gov.pl przy wsparciu ich promocji w mediach społecznościowych typu Facebook i Instagram,
- prowadzenie dedykowanej kampanii strony www.planujedlugiezycie.pl, na której znajdują się artykuły, spoty, filmy z ekspertami, a także informacje na temat bezpłatnych badań, z adresami miejsc, w których można wykonać badanie,
- emitowanie filmów z udziałem ekspertów na temat m.in. profilaktyki przeciwnowotworowej oraz zdrowego odżywiania, które opublikowane zostały na stronie www.planujedlugiezycie.pl, kanale YouTube oraz w mediach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia,
- realizację cyklu audycji promujących profilaktykę zdrowotną, w tym zachęcających do wykonywania badań, realizowanych wspólnie z największymi ogólnopolskimi stacjami telewizyjnymi oraz radiowymi.

Działania, które obejmują m.in. telewizję i radio prowadzone są w stacjach o zasięgu ogólnopolskim, przy wsparciu stacjami regionalnymi, tematycznymi z wykorzystaniem dwóch formatów komunikacyjnych: audycji edukacyjnych i spotów społecznych.

W audycjach oraz w spotach społecznych MZ zachęcało do wykonywania badań przesiewowych, podkreślamy, że regularne badania ratują zdrowie i życie. Emitowane przez MZ spoty telewizyjne oraz audycje opatrzone są napisami oraz zawierają tłumaczenie na język migowy.

W 2024 r. kampania „Planuję Długie Życie” była szeroko promowana również w Internecie (banery, spoty i reklama tekstowa) na portalach i serwisach internetowych.

Ponadto, w ramach ww. kampanii 3 marca 2024 r. do kobiet w wieku od 18 roku życia wysłano wiadomość PUSH za pośrednictwem IKP zachęcającą do badań profilaktycznych.

Analogiczna wiadomość PUSH nakłaniającą do zrobienia mammografii lub usg piersi została również wysłana pod koniec października 2024 r., a w listopadzie 2024 r. do

¹² nr FM-SMPL.02.ZRM.2023

mężczyzn – wiadomość skierowana do mężczyzn miała na celu zachęcenie ich do samobadania jąder i wizyty u urologa.

Biorąc pod uwagę prawo pacjentów do informacji, w 2024 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło również kampanię dot. bezpłatnego rządowego programu in vitro. W telewizji kampania dot. rządowego programu in vitro prowadzona była od początku czerwca do początku lipca 2024 r. Postawiono na dwa formaty – emisję spotów oraz produkcję i emisję audycji w mediach ogólnopolskich. Celem kampanii było poinformowanie osób mieszkających w Polsce o przywróceniu możliwości bezpłatnego skorzystania z procedury in vitro. Przez lata procedura ta była dostępna wyłącznie dla osób, które mogły za takie zabiegi zapłacić. Stąd też Ministrowi Zdrowia zależało na poinformowaniu o wprowadzeniu tej jakże istotnej zmiany..

Działania promocyjne dotyczące profilaktyki zdrowotnej są także prowadzone na profilach MZ w mediach społecznościowych.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia promuje Telefoniczną Informację Pacjenta poprzez umieszczanie numeru infolinii w artykułach (w czasopismach drukowanych oraz w Internecie), planszach końcowych audycji, stronie internetowej

<https://planujedlugiezycie.pl/>

Telefoniczna Informacja Pacjenta to bezpłatna infolinia obsługiwana 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, a za jej pośrednictwem pacjenci mogą uzyskać informacje o nocnej i świątecznej opiece lekarskiej, najbliższym SOR i aptece, w której znajdą swój lek. Infolinia obsługiwana jest w językach polskim, angielskim, ukraińskim i rosyjskim.

Ministerstwo Zdrowia współorganizuje również eventy lub wspiera organizowane tzw. miasteczka zdrowia i wiele wydarzeń profilaktycznych. I tak, 17 listopada 2024 r. w Bydgoszczy odbyła się druga edycja „Biegu dla jaj. Wspieraj z nami profilaktykę i leczenie męskich nowotworów”. W miasteczku biegowym zorganizowano stoisko Ministerstwa, gdzie można było wykonać bezpłatnie badania profilaktyczne oraz zadać pytania ekspertom i lekarzom. Był także prowadzony instruktaż nt. samobadania jąder.

Celem imprezy jest budowanie szerszej świadomości istoty badań profilaktycznych wśród mężczyzn, a także podnoszenie ich wiedzy na temat ryzyka wystąpienia raka jąder i prostaty. Akcja Movember stanowi doskonałą okazję do zwrócenia uwagi na te istotne kwestie. Bezpłatne badania, konsultacje były dostępne dla wszystkich odwiedzających.

Na miejscu czekali również specjaliści z jednostek podległych:

- Dietetycy PZH – Medyczne Centrum Dietetyki i Edukacji Zdrowotnej, z analizą składu ciała i udzielił porad dotyczących zdrowego stylu życia.
- Fizjoterapeuci z Krajowej Izby Fizjoterapeutów – doradzali, jak dbać o zdrową postawę, prawidłowo ćwiczyć z taśmami oporowymi, udzielił porad dot. profilaktyki bólów kręgosłupa;
- Eksperci z Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej – m.in. uczyli, jak przeprowadzać samobadanie jąder i piersi na fantomach; pokazywali jak działają narkogogle, alkogogle i smokerlyzer, fantom płuc oraz kolportowali materiały dot. szczepień: HPV, grypy, boreliozy, profilaktyki raka jąder;
- Lekarz dermatolog – oceniał znamiona skóry pomocne w wczesnym wykrywaniu zmian nowotworowych.
- Konsultacje pulmonologiczne – spirometria.
- Pomiar ciśnienia tętniczego, poziomu cholesterolu, glukozy oraz natlenienia krwi – profilaktyka chorób układu krążenia.

Ponadto, MZ włączyło się do akcji Telewizji Polskiej „Polska na Tak” – w 8 miastach Polski wspólnie z NFZ i Narodowym Instytutem Onkologii przygotowano miasteczka zdrowia. Podczas eventów mieszkańcy miast mogli wykonać badania profilaktyczne. Cykl ten oprócz organizacji badań na miejscu zakładał kilkukrotne wejścia na ogólnopolską antenę TVP Info, gdzie nasi eksperci namawiali do badań i tłumaczyli ich znaczenie.

W 2024 r. na na Pol'and'Rock Festival MZ stworzył wraz z Jednostkami Podległymi stoisko informacyjno-edukacyjne w Miasteczku Zdrowia Pomorza Zachodniego, gdzie przeprowadzano badania i konsultacje w ramach profilaktyki NSO i NPCHUK. Stoisko MZ przez 3 dni festiwalu odwiedziło i poddało się badaniom ok. 1000 osób.

W 2024 r. MZ uczestniczyło również w I Forum Aktywności Senioralnych na Stadionie Narodowym w Warszawie. Było to wydarzenie informacyjno-promocyjne skierowane do społeczności seniorów skupionej wokół programu Senior Plus (dzienne domy pobytu i kluby seniora z całej Polski). Wraz z Jednostkami Podległymi - NIO, NFZ, GIS, PZH, NIK oraz Instytutem Geriatrii, RPP i POZ Warszawa Praga-Północ zorganizowano stoiska z zakresu ochrony zdrowia, na których przeprowadzono badania profilaktyczne oraz edukację zdrowotną dla seniorów.

Działaniami mającymi na celu wzmocnienie ochrony praw pacjenta w zakresie prawa do dokumentacji medycznej była zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.) polegająca na dostosowaniu dokumentacji medycznej do sytuacji związanych z możliwością skierowania pacjenta niebędącego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ze szpitalnego oddziału ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej bez konieczności oczekiwania do lekarza dyżurnego SOR. Dodatkowo uregulowane zostało prowadzenie dokumentacji medycznej przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, w przypadku awarii systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.).

DZIAŁANIA MINISTERSTWA ZDROWIA W ZAKRESIE PRAWA PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI

Do najważniejszych działań w zakresie wzmocnienia prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, należy zaliczyć:

1. wdrażanie we współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową Państwowym Instytutem Badawczym (NASK) systemu platformy analitycznej S46 (infrastruktura i oprogramowanie wzmocniające technicznie i kompetencyjnie potencjał podmiotów objętych ustawą o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa w obszarze zapobiegania i reagowania na incydenty);
2. rozwój sektorowego Zespołu Reagowania na Incydenty Komputerowe- CSIRT CeZ,
3. przekazywanie operatorom usług kluczowych, w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, rekomendacji wdrażania zabezpieczeń w celu podniesienia poziomu cyberbezpieczeństwa.

STATYSTYKI W ZAKRESIE LICZBY SKARG I WNIOSKÓW KIEROWANYCH PRZEZ PACJENTÓW DO MINISTERSTWA ZDROWIA W 2024 ROKU

W zakresie rozpatrywanych skarg i wniosków wskazać należy, iż w 2024 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 282 skarg i wniosków, spośród których 71 rozpatrzono we własnym zakresie. Główną problematyką zgłoszonych skarg analogicznie jak w roku ubiegłym stanowiły skargi na organy i jednostki podległe lub nadzorowane.

Tab. 1. Zestawienie wszystkich zgłoszonych spraw

Lp.	Wyszczególnienie	Załatwione w okresie sprawozdawczym			Sposób załatwienia spraw we własnym zakresie		
		Ogółem	w tym		zasadna	bezzasadna	Inna
			przekazano wg właściwości	załatwiono we własnym zakresie			
1.	Skargi	276	211	65	4	57	4
2.	Wnioski	6	0	6	1	5	0
Razem		282	211	71	5	62	4

Tab. 2. Problematyka wniosków rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Problematyka wniosków rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1	Postępowanie na podstawie ustawy o refundacji	2
2	Zmiana regulacji prawnych	1
3	Ochrona interesów ekonomicznych płatnika publicznego oraz interesu publicznego	1
4	Zmiany regulacji prawnych w zakresie uprawnień Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi	1
5	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia realizacji prawa do nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry na Oddziałach Położniczych	1
Razem		6

Tab. 3. Problematyka skarg rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Problematyka skarg rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1	Nieprawidłowości dot. przeprowadzenia egzaminu nostryfikacyjnego dla lekarzy w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi	21
2	Skargi na pracowników Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji	13
3	Skargi na pracowników Biura Administracyjnego	5
4	Skargi dot. działalności Ministerstwa Zdrowia (brak odpowiedzi na korespondencję, zastrzeżenia do prowadzenia sprawy)	5
5	Zastrzeżenia do prowadzenia sprawy i udzielonej odpowiedzi	4
6	Zastrzeżenia do funkcjonowania Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie	3
7	Zastrzeżenia do funkcjonowania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego	2
8	Skarga na działania Głównego Inspektora Sanitarnego i na sposób rozpatrywania spraw	2
9	Skarga na Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie sposobu obsługi wniosków o zwrot kosztów świadczeń medycznych poniesionych w ramach działalności transgranicznej	2
10	Zastrzeżenia do funkcjonowania Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie	1
11	Skarga na sposób leczenia i potraktowania pacjentki przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	1
12	Zastrzeżenia do prowadzenia sprawy i udzielonej odpowiedzi przez Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia w kwestii leczenia sanatoryjnego	1
13	Skarga na Śląski Uniwersytet Medyczny w kwestii nierzetelnego prowadzenia sprawy oraz podania błędnych i niepełnych informacji na temat nostryfikacji dyplomu	1

14	Skarga na działania Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz zasadności przeprowadzania kontroli w firmie Skarżącego	1
15	Skarga na Instytut Psychiatrii i Neurologii	1
16	Polityka zdrowotna	1
17	Skarga na Biuro do spraw Substancji Chemicznych i Inspekcję Sanitarną	1
Razem		65

Ponadto w 2024 r. do MZ wpływały zgłoszenia od obywateli wyrażające zastrzeżenia do funkcjonowania jednostek systemu PRM:

- w sprawie wydłużonego czasu oczekiwania w SOR Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie – korespondencja przekazana za pośrednictwem KPRM;
- w sprawie nieprawidłowości podczas przyjęcia do SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- w sprawie wadliwych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach;
- w sprawie złego funkcjonowania SOR – korespondencja przekazana za pośrednictwem KPRM.

Na ww. korespondencję udzielone zostały odpowiedzi wyjaśniające zasady funkcjonowania SOR. Wnoszący zostali poinformowani, że w razie podtrzymywania zastrzeżeń co do prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych w danym SOR, mogą oni wnieść skargę do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, dyrekcji danego szpitala, do wojewody, który sprawuje nadzór nad działaniem systemu PRM na terenie danego województwa, do Ministra Zdrowia lub, gdy zachodzi podejrzenie, że doszło do naruszenia prawa pacjenta, również do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Cały czas monitorowane jest działanie systemu PRM poprzez analizę codziennych raportów napływających z Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego działającego w strukturze LPR. W razie zidentyfikowania jakichkolwiek nieprawidłowości (np. wydłużone czasy oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR), Departament Bezpieczeństwa w MZ występuje do wojewodów (do wiadomości OW NFZ) z prośbą o podjęcie działań mających na celu poprawę sytuacji.

Pozostałe działania zmierzające do poprawy dostępu, jakości i bezpieczeństwa świadczeń gwarantowanych polegały bądź na przekazywaniu spraw dot. zapytań, próśb o pomoc, zastrzeżeń w związku z długim czasem oczekiwania czy też odmową przyjęcia na leczenie itp., zgłaszanych przez pacjentów indywidualnie (a niezakwalifikowanych jako skargi lub wnioski w rozumieniu KPA) do oddziałów wojewódzkich NFZ zgodnie z właściwością terytorialną (albo do Centrali NFZ w przypadku braku miejsca zamieszkania pacjenta lub siedziby świadczeniodawcy), a następnie monitorowaniu sposobu rozpatrzenia sprawy, bądź na udzielaniu bezpośrednich odpowiedzi pacjentom (szczególnie zgłaszającym zastrzeżenia co do sposobu leczenia) na temat przysługujących im praw i procedur wnoszenia skarg i zażaleń na postępowania lekarzy do RPP, Rzeczników Dyscyplinarnych przy OIL, oraz OW NFZ.

Dodatkowo przekazujemy informacje o czynnościach podjętych w 2024 r. w poniższych sprawach:

W sprawie znak: NKN.054.11.2024, w wyniku wystąpienia Rzecznika Praw Dziecka dotyczącego realizacji środka leczniczego orzeczonego wobec nieletniej, podjęte zostały czynności wyjaśniające co do prawidłowości działań Instytutu Psychiatrii i Neurologii, a nieletnia pacjentka przyjęta została (zgodnie z postanowieniem właściwego sądu) na Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży w ww. Instytucie. Z posiadanych informacji wynika, że Rzecznik Praw Pacjenta wszczął postępowanie wyjaśniające wobec Instytut

Psychiatrii i Neurologii w przedmiotowej sprawie (znak: RzPP-DZP-RzSP-DM.470.48.2024).

W sprawie znak: NKN.054.22.2024, podjęte zostały czynności wyjaśniające na skutek wystąpienia Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię z siedzibą w Warszawie działającego na rzecz pacjentów chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, dotyczącego w sytuacji Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii. Ww. Instytut udzielił odpowiedzi na przedmiotowe wystąpienie, a Ministerstwo Zdrowia przekazało ww. Stowarzyszeniu informacje uzupełniające.

Analiza funkcjonowania dyspozytorni medycznych (od 2022 r. w strukturach urzędów wojewódzkich) stanowi podstawę do typowania dyspozytorni do kolejnych kontroli MZ. W roku 2023 i 2024 przeprowadzone zostały kontrole w DM01-01 Wrocław oraz DM16-01 Szczecin. Kontrole dotyczyły oceny prawidłowości funkcjonowania dyspozytorni medycznych w zakresie organizacji stanowisk pracy, sposobu funkcjonowania, obsady stanowiska kierownika dyspozytorni i psychologa, obsady dyspozytorskiej oraz jej zgodności z Wojewódzkim Planem Działania Systemu, elementów technicznych dyspozytorni medycznej, wyposażenia stanowisk pracy Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)/Podsystem Zintegrowanej Łączności SWD PRM w dyspozytorniach medycznych oraz stosowania ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytorów medycznych, algorytmu zbierania wywiadu przez dyspozytorów medycznych oraz wytycznych przekazywanych przez MZ i instrukcji do poszczególnych modułów SWD PRM przekazywanych przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

Data: 28.02.2025 r.

Znak sprawy: NFZ-BPPiL.660.1.2025
2025.94045.ANS

Pan

Adresat: **Bartłomiej Chmielowiec**
Rzecznik Praw Pacjenta

Przekazanie danych potrzebnych do sporządzenia sprawozdania z przestrzegania praw pacjenta na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 2024 roku, przygotowywanego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na pismo z dnia 7 lutego 2025 r. znak: znak: RzPP-DWS-WPS.033.1.2025, dotyczące działań mających na celu realizację ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Ad.1. Rozpatrywanie skarg i wniosków.

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2024 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia regulowały następujące przepisy:

1. ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572);
2. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. Nr 5, poz. 46);
3. procedura do procesu Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów wersja 2.1; procedura obowiązuje od 26.04.2023 r.

W 2024 r. ewidencjonowanie skarg i wniosków odbywało się w rejestrze skarg i wniosków prowadzonym w aplikacji WEB.

Tabela nr 1. Liczba skarg i wniosków wpływających, rozpatrzonych i przekazanych zgodnie z właściwością.

Na:	Skargi:				Wnioski:			
	wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
1	2	3	4	5	6	7	8	9
świadczeniodawcę	6 919	4 466	718	614	5	2	1	2
aptekę	45	31	1	2	0	0	0	0
osobę uprawnioną	2	0	0	1	0	0	0	0
NFZ	599	520	1	44	3	1	0	1
inne	118	6	81	7	3	0	2	0
razem	7 683	5 023	801	668	11	3	3	3

W oddziałach wojewódzkich NFZ rozpatrzono: 4 357 skarg i 3 wnioski, przekazano zgodnie z właściwością: 1 435 skarg i 6 wniosków, w trakcie rozpatrywania pozostało: 321 skarg.

Pozostawiono bez rozpatrzenia i ad acta 1 054 skargi i 2 wnioski. W Centrali NFZ rozpatrzono 669 skarg, przekazano zgodnie z właściwością: 34 skargi, w trakcie rozpatrywania pozostało 40 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 168 skarg. Z poprzedniego okresu sprawozdawczego rozpatrzono łącznie 392 skargi. Pozostawienie skarg i wniosków bez rozpatrzenia i ad acta było spowodowane m.in.: wycofaniem skargi, brakami formalnymi, które uniemożliwiały wezwanie do uzupełnienia wniesionej skargi, nieuzupełnieniem danych umożliwiających procedowanie sprawy lub jednoczesowym rozpatrywaniem skarg przez oddział wojewódzki i Centralę NFZ.

Tabela nr 2. Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków.

Na:	Liczba skarg:			Liczba wniosków:		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
1	2	3	4	5	6	7
świadczeniodawcę	1 969	1 896	601	0	2	0
aptekę	15	15	1	0	0	0
osobę uprawnioną	0	0	0	0	0	0
NFZ	22	470	28	1	0	0
inne	1	4	1	0	0	0
razem	2 007	2 385	631	1	2	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ 1 854 skargi i 1 wniosek uznano za zasadne, 1 956 skarg i 2 wnioski uznano za niezasadne, 544 skarg – za częściowo zasadne. W Centrali NFZ za zasadne uznano 153 skargi, 429 skarg za niezasadne i 87 skarg za częściowo zasadne.

Tabela nr 3. Skargi i wnioski dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawców.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
1	2	3	4	5	6
podstawowa opieka zdrowotna	świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	1 155	95	56	1 306
	świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej	43	4	3	50
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	10	2	4	16
	świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej	2	0	1	3
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	135	23	5	163
	transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej	10	4	2	16
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	842	118	48	1 008
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	97	25	16	138
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	28	6	2	36
leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	437	96	32	565
	świadczenia wysokospecjalistyczne	1	0	0	1
gospodarka lekiem	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	9	0	0	9
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	8	7	0	15
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	6	3	0	9
	w warunkach ambulatoryjnych	66	7	6	79
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	122	16	7	145
	w warunkach domowych	42	1	3	46
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	40	4	4	48
	w warunkach stacjonarnych	46	4	3	53
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	1	1	0	2
	świadczenia w hospicjum domowym	2	4	2	8
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	1	2	0	3
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	9	1	1	11
	ZOL/ZPO	6	7	1	14
leczenie	stomatologia ogólna	190	44	40	274

stomatologiczne	protetyka	34	58	5	97
	ortodoncja	24	2	3	29
	inne	16	4	3	23
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	6	28	17	51
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	4	2	1	7
	świadczenia uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego	0	2	0	2
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	1	10	2	13
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	2	0	1	3
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	2	5	1	8
profilaktyczny program zdrowotny	profilaktyka raka szyjki macicy	4	0	0	4
	profilaktyka raka piersi	18	8	1	27
	program badań prenatalnych	4	1	3	8
	program badań przesiewowych raka jelita grubego	4	0	0	4
świadczenia odrębnie kontraktowane	dializa otrzewnowa	0	2	0	2
	hemodializoterapia	1	0	0	1
	tlenoterapia domowa	1	0	0	1
	żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych	1	0	0	1
	badania genetyczne	0	1	0	1
	badania izotopowe	1	0	0	1
	pozytonowa tomografia emisyjna	1	0	0	1
wyroby medyczne	wykonanie na zamówienie, po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy	2	1	1	4
	protezy kończyn dolnych	1	2	0	3
	protezy kończyn górnych	1	0	0	1
	ortezy kończyn dolnych i górnych, gorsety oraz wyposażenie dodatkowe	1	2	2	5
	wyroby medyczne wykonywane seryjnie	10	4	8	22
inne skargi		102	15	12	129
wnioski		2	0	0	2
razem		3 551	621	296	4 468

We wszystkich przypadkach korespondencja klienta jest wnikliwie analizowana i w zależności od treści, w tym przedstawionych zarzutów podejmowane są stosowne działania. W przypadku spraw dotyczących działalności NFZ przeprowadzane jest postępowanie wyjaśniające.

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarżący otrzymuje odpowiedź, a dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ lub dyrektorzy komórek organizacyjnych Centrali NFZ otrzymują zalecenia podjęcia działań naprawczych oraz stosownych czynności wobec skarżonych pracowników. Rozpatrywanie skarg na działalność świadczeniodawców wymaga również przeprowadzenia postępowań wyjaśniających. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują o wyjaśnienia do świadczeniodawców. Działania świadczeniodawców są oceniane zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz warunkami zawartej umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują również o zajęcie stanowiska do komórek merytorycznych w oddziałach wojewódzkich NFZ, Centrali NFZ, Ministerstwie Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, a także do konsultantów wojewódzkich lub krajowych w danej dziedzinie medycyny i naczelnego lekarza uzdrowiska. Jeżeli po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarga zostaje uznana za zasadną, świadczeniodawcy są pouczeni o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, wzywani do prawidłowej realizacji zawartej umowy i zwrócenia uwagi na problemy zgłaszane przez pacjentów. Świadczeniodawcy mogą zostać objęci kontrolą prowadzoną w trybie skargowym. W sytuacji rażącego naruszenia umowy świadczeniodawcy są dyscyplinowani w sposób określony warunkami umowy. W Centrali NFZ sprawy, które budziły wątpliwości, były udostępniane do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ celem wykorzystania służbowego lub wzmocnienia nadzoru nad realizacją warunków umów. Dodatkowo korespondencję udostępniano do komórek merytorycznych Centrali NFZ celem wykorzystania służbowego. W jednej z takich spraw dyrektor Departamentu Kontroli podjął decyzję o przeprowadzeniu kontroli świadczeniodawcy.

W celu zmniejszenia liczby skarg podejmowano m.in. następujące działania:

1. Prowadzono postępowania wyjaśniające i monitorowano świadczeniodawców – przypominano o konieczności przestrzegania przepisów, warunków umowy oraz o prawach pacjenta.
2. Kontaktowano się ze świadczeniodawcami w zakresie problematyki zgłaszanej przez pacjentów.
3. Kierowano pouczenia do świadczeniodawców zobowiązujące ich do realizacji umowy zgodnie z przepisami, nakładano kary umowne.
4. Zobowiązywano świadczeniodawców do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących zasad udzielania świadczeń.
5. Informowano pacjentów o przysługujących im prawach i obowiązujących zasadach udzielania świadczeń.
6. W odpowiedziach na skargi i wnioski stosowano zasady dostępności i prostego języka.
7. Edukowano pacjentów w zakresie ich praw podczas bezpośredniej obsługi, a także w ramach obsługi II linii wsparcia Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP).
8. Współpracowano z komórkami merytorycznymi w Centrali i OW i NFZ.

9. Monitorowano działalność świadczeniodawców i dostęp do świadczeń.
10. Kierowano skargi do właściwych podmiotów, instytucji i organów.
11. Przekazywano świadczeniodawcom komunikaty o zmianach/aktualizacjach przepisów i wytycznych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem strony internetowej.
12. Współpracowano z mediami (prasa, telewizja) i przekazywano poprzez Biuro Komunikacji Społecznej i Promocji informacje dotyczące sposobu i trybu rozpatrywania skarg i wniosków składanych przez pacjentów.
13. Organizowano spotkania z pacjentami w ramach wydarzeń zewnętrznych, prelekcji, wykładów i innych form spotkań.
14. Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ organizuje coroczne spotkania osób pełniących obowiązki pełnomocników do spraw pacjentów w małopolskich szpitalach z przedstawicielami oddziałów wojewódzkich NFZ, zajmującymi się rozpatrywaniem skarg i bezpośrednią obsługą pacjentów.
15. Opolski Oddział Wojewódzki NFZ zorganizował akcję edukacyjną: „Lekcje z NFZ” oraz szkolenie dla lekarzy w Opolskiej Izbie Lekarskiej.
16. Oddziały Wojewódzkie NFZ współpracowały z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz innymi podmiotami na rzecz zwiększenia świadomości pacjentów w zakresie ich praw i obowiązków.

Ad. 2. Przeprowadzone kontrole.

W roku 2024 zostało przeprowadzonych 10 kontroli, w wyniku których stwierdzono naruszenie praw pacjenta o których mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581). Z tytułu nieprzestrzegania praw pacjenta Narodowy Fundusz Zdrowia nałożył na świadczeniodawców kary umowne w łącznej wysokości 2 256 180,59 zł. Szczegółowa informacja dotycząca kontroli znajduje się w pliku Załącznik nr 2 Informacje dotyczące kontroli NFZ w 2024 r.

Ad. 3. Działalność infolinii - Telefonicznej Informacji Pacjenta funkcjonującej przy NFZ.

Pracownicy obsługujący Telefoniczną Informację Pacjenta w latach 2021-2024 odebrali 7 341 240 połączeń.

Tabela nr 4. Liczba odebranych połączeń z podziałem na poszczególne lata.

Rok	Liczba odebranych połączeń
2021	2 891 167
2022	1 734 831
2023	1 282 189
2024	1 433 053

Tematyka odebranych połączeń w latach 2021-2024 dotyczyła:

1. EKUZ, leczenia planowanego za granicą i spraw międzynarodowych;
2. e-skierowań, e-recept, realizacji recept transgranicznych;
3. formularza S – możliwość uzyskania, zasad korzystania;
4. informacji o kolejkach oczekujących;
5. informacji o lekach, refundacji leków;
6. informacji o placówkach realizujących świadczenia gwarantowane;
7. informacji o Teleplatformie Pierwszego Kontaktu oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej;
8. Internetowego Konta Pacjenta – IKP;
9. karty DILO, pilotażu opieki onkologicznej;
10. leczenia szpitalnego, transportu medycznego i ratownictwa medycznego;
11. leczenia uzdrowiskowego, skierowań do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
12. opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
13. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
14. szczególnych uprawnień pacjentów;
15. programów profilaktycznych;
16. zleceń na wyroby medyczne;
17. sposobu potwierdzania prawa do świadczeń, eWUŚ;
18. ubezpieczenia dobrowolnego;
19. tematyki koronawirusa i szczepień p/Covid-19, szczepień p/grypie;
20. tematyki związanej z funkcjonowaniem Krajowej Sieci Onkologicznej;
21. tematyki związanej z konfliktem zbrojnym na terenie Ukrainy;
22. zasad składania skarg i wniosków.

Telefoniczna Informacja Pacjenta dostępna pod bezpłatnym numerem telefonu 800 190 590, to wspólny numer NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta. Klient wybierając numer telefonu wybiera interesujące go zagadnienie. Wybierając cyfrę 1 klient łączy się z konsultantem NFZ, wybierając

cyfrę 2 klient łączy się z konsultantem Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Klienci, którzy pytają o prawa pacjenta, są kierowani na infolinię Rzecznika Praw Pacjenta.

Ad. 4. Inne szczegółowe informacje:

- Liczba wszystkich porad i wizyt w POZ w 2024 r. to 182 258 038;
- Liczba wszystkich porad udzielonych w AOS w 2024 r. to 81 056 908;
- Liczba wszystkich hospitalizacji w leczeniu szpitalnym w 2024 r. to 12 592 789;
- Udział obywateli objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2024 r. - według stanu na dzień 31.12.2024 r. uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce było 36 567 889 osób, co stanowi 67,7% osób zarejestrowanych w CWU (54 027 815), w tym odsetek uprawnionych dzieci do 18 r. życia wynosił 4%;
- Liczba gmin, w których nie ma placówki POZ w 2024 r. to 18;
- Liczba udzielonych teleporad w 2024 r. w POZ i AOS to odpowiednio 13 820 050 i 2 778 442;
- Średnia oraz mediana liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ w podmiocie leczniczym wg stanu na koniec grudnia 2024 r. to odpowiednio 332 i 287;
- Średni czas oczekiwania oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne według zakresów w 2024 r. do wszystkich oddziałów włącznie w podziale na poszczególne województwa - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 1);
- Średni czas oczekiwania oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne według zakresów w 2023 oraz 2024 roku do oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych oraz dziecięcych w podziale na poszczególne województwa - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 3);
- Trzy szpitale o najdłuższym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne z uwzględnieniem zakresu w 2024 r. z uwzględnieniem czasu oczekiwania - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 4);
- Średni czas oczekiwania oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania na pierwszą wizytę w ramach AOS w 2024 r. do wszystkich poradni włącznie w podziale na poszczególne

województwa - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 2);

- Trzy poradnie o najdłuższym czasie oczekiwania na pierwszą wizytę w AOS (w przypadku trybu pilnego oraz stabilnego) w 2024 r. z uwzględnieniem czasu oczekiwania - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 5);
- Średni czas oczekiwania na fizjoterapia trybie ambulatoryjnym w 2024 r. w podziale na województwa - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 6);
- Liczba osób i wartość świadczeń udzielonych w 2024 r obywatelom Ukrainy w OW NFZ w związku z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 7);
- Liczba osób i wartość świadczeń wg rodzaju udzielonych w 2024 .r obywatelom Ukrainy w związku z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa - dane znajdują się w pliku *Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia* (Tabela 8).

Szczegółowe Informacje o działaniach Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 roku znajdują się w załączniku nr 1.

Z poważaniem

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

Załączniki

- Załącznik nr 1 Działania NFZ w zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 roku.
- Załącznik nr 2 Informacje dotyczące kontroli NFZ w 2024 r.
- Załącznik nr 3 Dane 2023-2024 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kontakt

Anna Ślusarska-Jasińska, tel. 22 572 61 29, e-mail anna.slusarska-jasinska@nfz.gov.pl



Warszawa, 24-02-2025 r.

BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich
Adam Krzywoń

V.7010.14.2025.ETP

Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta
via ePUAP

Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na pismo¹ w przedmiocie obszarów ochrony zdrowia, które wymagają wzmożonego nadzoru, uprzejmie wskazuję na najważniejsze działania podejmowane w 2024 roku przez Rzecznika Praw Obywatelskich oraz sprawy będące przedmiotem posiedzeń Komisji Ekspertów działających przy BRPO w zakresie systemu ochrony zdrowia oraz praw pacjentów.

I. Wstęp

Rzecznik Praw Obywatelskich, stojąc na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w Konstytucji RP, w tym prawa do ochrony zdrowia – określonego w art. 68 Konstytucji RP, podejmuje szereg działań mających na celu ochronę praw indywidualnych pacjentów oraz poprawę jakości i dostępności systemu ochrony zdrowia w Polsce. O wadze, jaką Rzecznik przykładą do realizacji prawa do ochrony

¹ Pismo z dnia 7 lutego 2025 r. znak: RzPP-DWS-WPS.033.1.2025.

zdrowia, niech świadczy fakt, że opis wskazanych działań stanowi jedynie pewien fragment aktywności Rzecznika w tej dziedzinie.

Rok 2024 w kontekście działań Rzecznika Praw Obywatelskich był w szczególności okresem aktywności w zakresie m.in. dostępu do znieczulenia podczas porodu i opieki okołoporodowej, podania leków przez ratownika medycznego niezleconych przez lekarza, utworzenie wykazu leków krytycznych, wdrożenia planu dla chorób rzadkich, dostępu do świadczeń zdrowotnych osób w kryzysie bezdomności, spraw recept na bezpłatne leki wystawiane przez lekarzy placówek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz lekarzy przyjmujących prywatnie dla osób do 18. r.ż. oraz osób powyżej 65. r.ż., czy interwencji Rzecznika podjętej wobec planów likwidacji oddziału dziennego Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, która pozwoliła na kontynuowanie jego działalności.

II. Najistotniejsze działania Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie ochrony zdrowia w 2024 r.

Dostęp do leków i ich refundacji

1. Wykaz leków krytycznych i bezpieczeństwo lekowe – Rzecznik apelował o stworzenie listy leków krytycznych, która pomogłaby monitorować i zapewnić bezpieczeństwo lekowe. Wskazywał na konieczność podjęcia działań, które zagwarantują dostępność podstawowych leków nawet w sytuacjach kryzysowych². Ostatecznie Ministerstwo Zdrowia podzieliło wątpliwości Rzecznika w obszarze konieczności wzmocnienia produkcji leków na terenie kraju oraz opublikowało pierwszą w Polsce Krajową Listę Leków Krytycznych, która obejmuje 301 substancji czynnych stosowanych w leczeniu wielu schorzeń, będącą odpowiedzią na konieczność wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego naszego kraju. Problematyka ta wymaga dalszego nadzoru, w szczególności w zakresie aktualizacji listy o ważne leki endokrynologiczne oraz kardiologiczne³.

² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-wykaz-lekow-krytycznych-bezpieczenstwo-lekowe-mz-mrit-odpowiedzi>

³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-wykaz-lekow-krytycznych-bezpieczenstwo-lekowe-mz-mrit-ponowne>

2. Darmowe leki dla dzieci i seniorów – W odpowiedzi na potrzeby społeczne, RPO zwrócił uwagę na problemy lekarzy specjalistów (przyjmujących prywatnie) z wystawieniem recept na darmowe leki dla osób powyżej 65. oraz do 18. roku życia, co wpływało na trudności w dostępie do bezpłatnych leków dla tej grupy osób⁴.

3. Brak finansowania produktów leczniczych – Rzecznik zwrócił uwagę na brak finansowania leków Kaftrio oraz Kalydeco w leczeniu mukowiscydozy w ramach RDTL we wskazaniu: pacjenci w wieku co najmniej 6 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del genu CFTR lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu CFTR⁵. Aktualnie wskazane leki są dostępne w ramach procedury RTDL⁶. Niemniej leczenie mukowiscydozy w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych znajduje się w stałym zainteresowaniu Rzecznika.

4. Brak w aptekach leku Flutide Nasal – Rzecznik wyraził zaniepokojenie brakiem dostępności do tego leku, a są to krople stosowane m.in. przy polipach oraz związanych z nimi objawów zmniejszenia drożności nosa. Powyższy stan – zgodnie z docierającymi do Rzecznika sygnałami – może doprowadzić do sytuacji, że za kilka miesięcy dla dziesiątek tysięcy pacjentów niezbędna będzie operacja nosa, zatok przynosowych i komórek sitowych w trybie pilnym⁷.

5. Farmaceutyczna recepta na tabletki „dzień po” – RPO przedstawił uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie tzw. „tabletki dzień po”. Rzecznik zauważył w szczególności, że zasady wystawiania recept farmaceutycznych mogą być zmienione wyłącznie w drodze ustawy, a nie rozporządzenia. Sygnalizował że, przyjęcie projektu doprowadziłoby do tego, iż farmaceuta uzyskałby szersze uprawnienia aniżeli lekarz w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych wobec pacjentów małoletnich. Prawo farmaceutyczne dopuszcza wystawienie recepty farmaceutycznej wyłącznie w sytuacji „zagrożenia zdrowia”, do których nie można zaliczyć ryzyka wystąpienia

⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-dzieci-seniorzy-darmowe-leki-mz-odpowiedz>

⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-dot-produktow-leczniczych-niepodlegajacych-finansowaniu-w-ramach-procedury-ratunkowego-dostepu-do-technologii-lekowych>

⁷ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-polipy-lek-braki-mz>

nieplanowanej ciąży, a wydanie niepełnoletnim recepty farmaceutycznej na tzw. „tabletkę dzień po” wymaga zgody ich przedstawiciela ustawowego⁸.

Dostęp do leczenia onkologicznego

1. Dostęp do leczenia – Rzecznik podniósł kwestię braku refundacji w trybie ratunkowym leków na raka jajnika: Zejula (nazwa międzynarodowa Niraparib) oraz Lynparza we wskazaniu: leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu, raka otrzewnej⁹. Problematyka ta znajduje się w dalszym zainteresowaniu Rzecznika.

2. Brak regulacji dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych – Rzecznik zwrócił uwagę na brak regulacji prawnych stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec np. pacjentów onkologicznych czy po operacjach. Aktualnie ustawowo uregulowane jest jedynie stosowanie przymusu wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Tymczasem przymus bezpośredni na oddziałach niepsychiatrycznych jest też powszechnie stosowany, gdyż u pacjentów, np. po zabiegach operacyjnych, może dochodzić do tzw. splątania, w wyniku którego pacjent nie kontroluje swoich zachowań¹⁰. Kwestia stosowania środków przymusu bezpośredniego jest w stałym zainteresowaniu Rzecznika.

Choroby rzadkie

1. Wdrożenie Planu dla Chorób Rzadkich – Rzecznik wielokrotnie interweniował, domagając się szybkiego wdrożenia planu dla chorób rzadkich. Wystąpienia te miały na celu zapewnienie kompleksowej opieki i wsparcia dla pacjentów cierpiących na rzadkie schorzenia, którzy często nie mają dostępu do adekwatnego leczenia w obecnym systemie¹¹. W efekcie w dniu 13 sierpnia 2024 r. Rada Ministrów przyjęła „Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024-2025”, zawierający rozwiązania, których celem jest poprawa sytuacji pacjentów z

⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-opinia-rozporzadzenie-mz-recepta-farmaceutyczna-tabletka-dzien-po>

⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-rak-leki-refundacja-ratunkowa-brak-mz>

¹⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

¹¹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-choroby-rzadkie-plan-wdrozenie-mz-ponowne>

chorobami rzadkimi i ich rodzin. Rzecznik stale monitoruje kwestie związane z Planem dla Chorób Rzadkich, w szczególności w zakresie spodziewanego terminu jego wdrożenia.

2. Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich – Rzecznik Praw Obywatelskich kolejny już raz występował do Ministerstwa Zdrowia wskazując na konieczność wykonania postanowienia sygnalizacyjnego Trybunału Konstytucyjnego z 2018 r. ws. Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich (sygn. akt S 6/18). Według TK kompetencje zespołu, który decyduje o finansowaniu leczenia chorób ultrarzadkich, powinna określać ustawa. Chodzi m.in. o prawa pacjentów, którzy ze względu na koszty leczenia przekraczające milion zł rocznie, nie mają innej szansy na skuteczną terapię. Zespół decyduje o bezpłatnych lekach dla nich - dostępnych wyłącznie w ramach obowiązujących w danym okresie programów lekowych. Obecnie chorzy nie mogą odwołać się od decyzji zespołu, czy żądać powtórnego rozpoznania sprawy. Potwierdza to orzecznictwo sądów administracyjnych, konsekwentnie odrzucające skargi na wyłączenie z programu lekowego¹². Kwestia ta znajduje się w stałym zainteresowaniu Rzecznika. Dlatego RPO ponownie zwrócił się do Ministra Zdrowia o zainicjowanie prac legislacyjnych w celu wdrożenia wszystkich zaleceń TK¹³.

3. Brak dostępu do leczenia achondroplazji – Rzecznik podjął interwencje w odpowiedzi na sygnały skarżących się rodziców na niemożność leczenia w Polsce dzieci z achondroplazją – rzadką chorobą genetyczną jedynym dostępnym na świecie lekiem – Voxzogo. Wskazywał też na jego brak w ratunkowym dostępie do technologii lekowych¹⁴.

Opieka okołoporodowa

1. Przestrzeganie praw kobiet ciężarnych i rodzących, funkcjonowanie standardu opieki okołoporodowej – Rzecznik zwrócił uwagę na sygnały organizacji pozarządowych wskazujących na istotne problemy w przestrzeganiu praw kobiet ciężarnych i rodzących oraz nieefektywne funkcjonowanie

¹² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/node/28201/revisions/31253/view>

¹³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-tk-sygnalizacja-zespol-koordynacyjny-choroby-ultrarzadkie-mz-kolejne>

¹⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-achondroplazja-dzieci-lek-brak-mz>

standardu opieki okołoporodowej. W szczególności, Rzecznik odniósł się do: interwencji medycznych bez zgody, pozycji wertykalnych – braku swobody ruchu w porodzie (zwłaszcza w II okresie porodu), przerywanego kontaktu „skóra do skóry”, naruszenia godności - przemocy położniczej i ginekologicznej, wsparcia laktacyjnego, traumy porodowej oraz znieczulenia okołoporodowego¹⁵. Problematyka opieki okołoporodowej, w tym bezpieczeństwa kobiet w okresie okołoporodowym w placówkach medycznych, znajduje się w stałym zainteresowaniu RPO.

2. Kwestia opieki laktacyjnej – przedmiotem szczególnego zainteresowania Rzecznika stała się kwestia opieki laktacyjnej. Jednocześnie Rzecznikowi została przekazana petycja członków Koalicji skierowana do Ministerstwa Zdrowia w sprawie zmian prawnych i podjęcia działań mających na celu poprawę opieki laktacyjnej w Polsce¹⁶. W tej petycji zostało wskazanych 28 działań, które powinny zostać podjęte, aby kobiety nie musiały rezygnować przedwcześnie z karmienia piersią w wyniku licznych przeszkód wskazując m.in. na konieczność edukacji personelu medycznego w zakresie laktacji szczególnie zajmującego się opieką nad kobietami w okresie okołoporodowym, czy wprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u matki już po zakończeniu porodu¹⁷. W zawiązku z czym, Rzecznik wystąpił do Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia o informacje o sposobie rozpoznania tej petycji.

3. Brak dostępności gabinetów ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami – Kwestia ta została również dostrzeżona w Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w której w ramach priorytetu Zdrowie (Pkt VI. 2.4. Strategii) zaplanowano wypracowanie systemowych rozwiązań w zakresie zapewnienia dostępności usług ginekologiczno-położniczych dla kobiet z niepełnosprawnościami poprzez opracowanie standardów, które mają obejmować kwestie zapewniania dostępności na wszystkich etapach udzielania

¹⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-prawa-ciezarnych-rodzacych-opieka-okoloporodowa-mz>

¹⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-opieka-laktacyjna-petycja-mz>

¹⁷ zauważonych w większości w „Raporcie z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce za lata 2018-2022”, który powstał w ramach projektu „Karmienie mlekiem mamy prawem mamy i dziecka” realizowanego przez Stowarzyszenie Małyssak w latach 2022-2023 <https://malysak.pl/petycja-2023-2024/>

świadczeń medycznych, uwzględniając również analizę możliwości przeprowadzania badań specjalistycznych w domu pacjentki¹⁸.

4. Kwestia ubóstwa menstruacyjnego – brak podpasek, środków higieny osobistej oraz niewiedza połączona ze stereotypami i stygmatyzacją, wpędzają wiele kobiet i dziewcząt w ubóstwo menstruacyjne. Dlatego Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu do MEN i MZ zwracał uwagę na problem ubóstwa menstruacyjnego i prosił o podjęcie działań w tym zakresie¹⁹.

Leczenie osób z autoagresją

1. Brak specjalistycznych placówek, które mogłyby udzielać pomocy osobom cierpiącym na autoagresję. Rzecznik zauważył, że obecnie miejscem przebywania osób z autoagresją są szpitale psychiatryczne, gdzie pacjenci są skrupowani pasami, bądź dom, gdzie rodzina nie jest w stanie zapewnić bezpieczeństwa cierpiącej osobie. Brakuje natomiast placówek dedykowanych dla osób cierpiących na autoagresję, dających specjalistyczną opiekę całodobową, np. specjalistycznych domów stałego pobytu²⁰.

Sytuacja osób starszych w dostępie do ochrony zdrowia

1. Problematyka zapewnienia godnej opieki i pomocy seniorom i nieuleczalnie chorym znajduje się w stałym zainteresowaniu Rzecznika na przestrzeni ostatnich lat²¹. Wielokrotnie w przestrzeni publicznej Rzecznik podnosił, że opieka nad pacjentami w terminalnej fazie choroby stanowi wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, opieki społecznej oraz najbliższych pacjenta. Rzecznik też dostrzegał brak koordynacji opieki paliatywnej i hospicyjnej z pomocą społeczną²². Kontynuując te działania Rzecznik wystąpił do resortu zdrowia przedstawiając, że podmioty lecznicze borykają się z

¹⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

¹⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mz-men-ubostwo-menstruacyjne-odpowiedz-kolejne-me>

²⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

²¹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-opieka-paliatywna-hispicja-obszary-wiejskie-postulaty-odpowiedz-mrips-mz>

²² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-jak-poprawic-sytuacje-hospicjow-domowych-na-terenach-wiejskich>

problemem finansowania udzielanych świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia²³.

2. Systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie uwzględniają całościowo złożoności potrzeb medycznych i opiekuńczych seniorów. Nie gwarantują one wymaganej dostępności świadczeń, ich ciągłości i kompleksowości, tj. koordynacji opieki specjalistycznej przez lekarza rodzinnego i nadzoru nad przyjmowanymi lekami, opieki pielęgniarstwa nad chorymi przewlekle w domu, pobierania badań laboratoryjnych w domu, dostępu do usług rehabilitacyjnych, usług opiekuńczych, wsparcia asystenta seniora, zapewnienia transportu. W rezultacie, osoby starsze w naszym kraju znacznie częściej niż w krajach europejskich deklarują zły stan zdrowia²⁴.

3. Problem osób starszych, które nie wymagają hospitalizacji, a nie są odbierane przez rodzinę. Brak jest poszanowania woli śmiertelnie chorych osób starszych do spędzenia ostatnich dni we własnych domach - rodzina odmawia ich odbioru lub go wręcz uniemożliwia. A osoby przebywające w szpitalu dłużej niż wymaga tego leczenie blokują miejsca innym potrzebującym²⁵.

4. Istotnym problemem jest nierówność zasad przyjmowania osób starszych do zakładów leczniczo-opiekuńczych i domów pomocy społecznej oraz odpłatności ponoszonych przez członków rodzin za pobyt tychże osób w zakładach leczniczo-opiekuńczych i domach pomocy społecznej²⁶.

Opieka hospicyjna i paliatywna

1. Niewystarczające finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej – Rzecznik podnosił problem jednoczesnego rozliczania świadczeń i opieki hospicyjnej w warunkach domowych. Podmioty lecznicze borykają się z problemem finansowania udzielanych świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niepokoją sygnały, że nie można jednocześnie rozliczać świadczeń tlenoterapii w warunkach domowych i opieki

²³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-jednoczesne-swadczenia-opieka-hospicyjna-mz-nfz>

²⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

²⁵ Tamże.

²⁶ Tamże.

hospicyjnej w warunkach domowych²⁷. Problematyka opieki paliatywnej i hospicyjnej znajduje się w dalszym zainteresowaniu Rzecznika. Pod koniec 2024 r. temat ten był przedmiotem Posiedzenia KE ds. Zdrowia, gdzie oprócz prawa do godnej śmierci zostały poruszone najważniejsze problemy i wyzwania w opiece paliatywnej i hospicyjnej²⁸.

Zawody medyczne

1. Problemy z dotarciem na egzamin lekarski z uwagi na powódź – do Rzecznika docierały sygnały, że osoby z rejonów objętych powodzią miały trudności z dotarciem na Lekarski Egzamin Końcowy do wyznaczonych innych lokalizacji, tj. Lublina czy Warszawy, znacząco oddalonych od miejsca zamieszkania²⁹. Rzecznik podkreślił, że obecne regulacje zawarte w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nie przewidują możliwości zmiany terminu egzaminu LEK przez ministra właściwego do spraw zdrowia z uwagi na wystąpienie innych sytuacji, aniżeli stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, które są nadzwyczajne i noszą znamiona klęski żywiołowej np. powodzi³⁰.

2. Podanie przez ratownika medycznego leków niezleconych przez lekarza – Rzecznik podjął problem możliwości podawania przez ratownika medycznego leków, które nie zostały zlecone przez lekarza, w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w innych oddziałach szpitala³¹.

3. Wykonywanie zawodu przez wszystkich ratowników medycznych – Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Ministra Zdrowia o rozważenie pilnej nowelizacji ustawy, która umożliwiłaby wykonywanie zawodu wszystkim ratownikom. Bowiem ustawa o ratownictwie medycznym, która w pełni weszła w życie 22 czerwca 2023 r., nie pozwala podjąć pracy w zawodzie absolwentom, którzy ukończyli studia po tej dacie³².

²⁷ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-jednoczesne-swadczenia-opieka-hospicyjna-mz-nfz>

²⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/godna-smierc-komisja-ekspertow-rpo-zdrowie>

²⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-powodz-egzamin-lekarski-mz-odpowiedz>

³⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-powodz-egzamin-lekarski-mz-odpowiedz>

³¹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ratownik-medyczny-szpital-leki-podawanie-mz>

³² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ratownicy-medyczni-prawo-wykonywania-zawodu-mz>

4. Kwestia zabezpieczenia kadry pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej – Rzecznik zwrócił uwagę na braki personelu pielęgniarskiego w DPS, które wynikają ze zróżnicowania płacowego w jednostkach sektora pomocy społecznej i zdrowia³³.

5. Normy czasu pracy – Rzecznik podniósł, że uwzględnienia wymaga sprawa dotycząca weryfikacji norm czasu pracy i obsady dyżurów przez personel lekarski. Wyniki Kontroli NIK „Funkcjonowanie szpitali powiatowych” wskazują, że w szpitalach nie zapewniono należytego bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, jak i lekarzy, przez dopuszczenie do pełnienia przez nich nieprzerwanie dyżurów przy zatrudnieniu cywilnoprawnym³⁴.

Osoby w kryzysie bezdomności

1. Brak placówek dedykowanych bezdomnym po hospitalizacji – Rzecznik wskazał, że nadzoru wymaga sytuacja osób w kryzysie bezdomności potrzebujących rekonwalescencji po leczeniu szpitalnym, gdy z jednej strony przedłużanie pobytu w szpitalu ze względów pozamedycznych nie jest uzasadnione, a z drugiej, mając na względzie dobro chorego człowieka, jest niezbędne³⁵. Kwestie problemów osób w kryzysie bezdomności znajdują się w stałym zainteresowaniu Rzecznika.

Dostępność i jakość świadczeń

1. Kolejki do lekarzy specjalistów – Rzecznik zasygnalizował, że obywatele skarżą się na długie kolejki do lekarzy specjalistów. O ile prawo w sposób niedyskryminacyjny przewiduje sposób ustalania miejsca pacjenta w kolejce oczekiwania do lekarzy specjalistów, to w przypadku niektórych specjalności (np. rehabilitacja) długi termin oczekiwania powoduje, że możliwość realnego skorzystania z nieodpłatnej opieki zdrowotnej staje się pozorna³⁶.

2. Kwestia oczekiwania przez pacjenta na wpisanie na listę oczekujących na więcej niż jedno świadczenie – zgodnie z przepisami pacjent

³³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

³⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

³⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

³⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

może być wpisany na listę oczekujących na to samo świadczenie tylko jeden raz. Jeżeli skierowanie dotyczy innej części ciała, to planowana rehabilitacja powinna uwzględniać wszystkie występujące dysfunkcje oraz zapewnić pacjentowi holistyczne świadczenie odpowiadające aktualnym potrzebom zdrowotnym. Niemniej jednak, występują sytuacje, gdy podmioty lecznicze nie podchodzą do rehabilitacji kompleksowo. Wówczas pacjent jest zmuszony zakończyć rehabilitację na jedno schorzenie, aby móc ponownie być zapisanym w kolejce na drugą dolegliwość, a skutkiem tego wydłuży się w sposób znaczący jego czas oczekiwania na uzyskanie pomocy medycznej³⁷.

3. Wstrzymanie finansowania świadczeń na SM – Rzecznik z dużym zaniepokojeniem przyjął informacje, które pojawiły się w przestrzeni medialnej odnoszące się do wstrzymania finansowania świadczeń dla osób chorujących na stwardnienie rozsiane i rdzeniowy zanik mięśni. Cytuje się w nich przedstawicieli podmiotów leczniczych wskazujących m.in., że pacjenci zdiagnozowani w ostatnim kwartale 2024 roku nie otrzymają leczenia, ponieważ ośrodki neurologiczne zrealizowały już kontrakty na programy lekowe, a NFZ zapowiedział, że nie zapłaci za leczenie pacjentów nadplanowych³⁸.

4. Dofinansowanie kosztów pobytu rodziców dzieci leczonych w sanatorium – zgodnie ze stanowiskiem poprzedniego Ministra Zdrowia nie ma możliwości sfinansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia pobytu rodzica (opiekuna) dziecka leczonego w sanatorium. Tymczasem ze skarg wpływających do Biura RPO wynika, że opiekunowie muszą ponosić wysokie koszty pobytów traktowanych jako pobyty komercyjne i w efekcie często rezygnują z przyznanego dzieciom leczenia. Rzecznik zwrócił się do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej postulując możliwość dofinansowania ze środków socjalnych kosztów pobytu opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami oraz dzieci w wieku od 3. do 6. roku życia³⁹. Problematyka ta wymaga szczególnego nadzoru, w odniesieniu do podmiotów, na mocy art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, korzystających ze szczególnej opieki zdrowotnej, w tym kontekście leczenia uzdrowiskowego.

³⁷ Tamże.

³⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sm-leczenie-finansowanie-wstrzymanie-nfz-odpowiedz>

³⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-koszt-pobytu-rodzice-dzieci-sanatorium-mrpips>

Jakość posiłków w szpitalach

1. Pełnowartościowe posiłki w szpitalach – problematyka jakości posiłków w szpitalach od wielu lat pozostaje przedmiotem zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich, czego wyrazem były liczne wystąpienia. W swoich wystąpieniach Rzecznik wskazywał w szczególności na doniosłość wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia określającego wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w szpitalach. W ostatnich działaniach RPO wrócił do kwestii szczegółowych wymagań zbiorowego żywienia w szpitalach i szerokokorozumianych placówkach edukacyjnych⁴⁰. W młodszych pokoleniach następują zmiany światopoglądowe, coraz więcej uczniów wybiera różnego rodzaju diety bezmięsne. Z sygnałów organizacji pozarządowych wynika, że napotykają one problemy w korzystaniu z pełnowartościowych posiłków bezmięsnych.

Dostęp więźniów do świadczeń zdrowotnych

1. diagnostyka i leczenie WZW typu C – Rzecznik zwrócił uwagę, że diagnostyka i leczenie WZW typu C jest istotna w populacji osadzonych w zakresie realizacji zadań zawartych w Rządowym Programie Polityki Zdrowotnej pn. „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”. Ze stanu korespondencji prowadzonej między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Sprawiedliwości wynika, że ostateczny kształt porozumienia nie został opracowany oraz, że istnieje zagrożenie, iż realizacja programu nie będzie zakładała badań przesiewowych populacji osadzonych. Dążenie do szerokiej diagnostyki w tym zakresie jest kluczowe. Problematyka ta od lat jest przedmiotem zainteresowania RPO, gdyż eradykacja wirusa HCV z populacji osób pozbawionych wolności leży w interesie społecznym i sprzyja zdrowiu publicznemu⁴¹.

2. Sytuacja pacjentów Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (KOZZD) – stan zdrowia tych osób niejednokrotnie jest na tyle ciężki, że wymagają specjalistycznych świadczeń medycznych. Nie zawsze możliwym jest zapewnienie im odpowiednich świadczeń na terenie KOZZD,

⁴⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-zbiorowe-zywienie-wymagania-mz>

⁴¹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

natomiast opuszczenie przez nich ośrodka w wielu przypadkach napotyka na niezgodę sądu. Przeszkodą w zapewnieniu odpowiednich do stanu zdrowia pacjentów świadczeń medycznych jest również fakt, że ustawa regulująca funkcjonowanie KOZZD przewidziała pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń medycznych pacjentom KOZZD w przywięziennych placówkach służby zdrowia. Szpitale przywięzienne nie chcą jednak hospitalizować pacjentów KOZZD, ponieważ w szpitalach na terenie zakładów karnych mogą przebywać jedynie skazani i tymczasowo aresztowani⁴².

3. Postulaty reformy więziennej służby zdrowia - RPO wielokrotnie apelował o reformę systemu opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych. W 2024 roku Rzecznik podkreślił potrzebę wprowadzenia zmian, które zapewniłyby osadzonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych na poziomie porównywalnym z tym, jaki przysługuje pozostałym obywatelom. Zwrócił uwagę na konieczność integracji więziennej służby zdrowia z powszechnym systemem opieki zdrowotnej oraz na potrzebę zapewnienia odpowiednich standardów opieki medycznej w zakładach karnych⁴³.

III. Prawa reprodukcyjne w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich

W ciągu ostatnich lat Rzecznik Praw Obywatelskich podejmował szereg działań na rzecz ochrony zdrowia reprodukcyjnego, koncentrując się na dostępie do legalnej aborcji oraz procedury in vitro.

1. Dostęp do legalnej aborcji

W październiku 2020 roku Trybunał Konstytucyjny orzekł o niezgodności z Konstytucją przepisów zezwalających na przerwanie ciąży w przypadku ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu. RPO wyraził zaniepokojenie tym wyrokiem, podkreślając, że jego publikacja usunie jedną z podstaw legalnej aborcji z systemu prawnego, co będzie miało określone konsekwencje

⁴² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-system-ochrony-zdrowia-najwazniejsze-problemy-rpp>

⁴³ [BIP BRPO](#)

prawnokarne. Dotychczas legalnie wykonywane zabiegi staną się penalizowane karą pozbawienia wolności oraz będą ścigane przez prokuraturę⁴⁴.

RPO po wspomnianym wyroku TK, zwracał też uwagę na konieczność podjęcia prac legislacyjnych służących wykonaniu wyroku w taki sposób, aby możliwe stało się przerwanie ciąży – przy wprowadzeniu „mierzalnych kryteriów” – w tych sytuacjach, w których od kobiety nie można wymagać poświęceń przekraczających zwykłą miarę. Zdaniem RPO wolno zakładać, że chodzi tu w szczególności o tzw. wadę letalną płodu, prowadzącą w sposób bezpośredni i nieodległy w czasie do jego nieuchronnej śmierci⁴⁵.

Sytuacja dotycząca zasad dostępu do zabiegów legalnej aborcji skomplikowała się w związku wyrokiem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie M.L. p. Polsce z 2023 r., w którym Trybunał uznał, że udział osób nieuprawnionych do orzekania w składzie TK – a w takim właśnie składzie orzekał TK we wspomnianym wyroku z 2020 r. – może być uznany za podważający moc prawną orzeczeń przez niego wydawanych. Zdaniem RPO istnieje bezwzględna konieczność podjęcia interwencji legislacyjnej, tak aby zarówno pacjentki, jak i lekarze nie mieli żadnych wątpliwości, w jakich sytuacjach aborcja jest w Polsce legalna⁴⁶.

W odpowiedzi na sygnały o trudnościach w dostępie do zabiegów przerwania ciąży, RPO zwrócił uwagę na interpretację przepisów dotyczących zagrożenia dla zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej. Podkreślił, że zgodnie z prawem aborcja jest dopuszczalna m.in. wtedy, gdy „ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej”. W świetle brzmienia powyższego przepisu nieuzasadniony jest pogląd, że zagrożenie dla zdrowia psychicznego matki - w żadnym przypadku - nie może zostać uznane za uzasadniające legalne przerwanie ciąży⁴⁷.

RPO monitorował również wykonanie wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach aborcyjnych przeciwko Polsce (Tysiąc p. Polsce, P. i S. p. Polsce, R.R. p. Polsce), wskazując m.in. na konieczność zapewnienia skutecznych mechanizmów odwoławczych dla kobiet, którym odmówiono zabiegu.

⁴⁴ [BIP BRPO](#)

⁴⁵ [BIP RPO](#)

⁴⁶ [BIP RPO](#)

⁴⁷ [BIP RPO](#)

Podkreślił, że brak takich mechanizmów narusza prawa pacjentek i może prowadzić do nielegalnych praktyk⁴⁸.

2. Dostęp do procedury in vitro

W zakresie dostępu do procedury in vitro, RPO sprzeciwił się propozycjom ograniczenia tej metody wyłącznie do małżeństw. Wskazał, że takie ograniczenie naruszałoby prawa par żyjących w związkach nieformalnych. Podkreślił, że konstytucyjna zasada ochrony małżeństwa nie może oznaczać zakazu tej metody dla związków niesformalizowanych⁴⁹.

RPO interweniował też w sprawie braku odpowiednich przepisów przejściowych w ustawie o leczeniu niepłodności. W konsekwencji tego braku kobiety niepozostające w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu z mężczyzną, które dotychczas zdeponowały w klinikach zarodki powstałe z ich komórki rozrodczej i komórki anonimowego dawcy nie będą mogły ich wykorzystać, o ile nie będą mieć partnerów deklarujących gotowość do ojcostwa. Zdaniem RPO taka sytuacja narusza zasadę zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz zasadę ochrony praw nabytych, które wynikają z Konstytucji RP. Postępowania zainicjowane przez RPO w tej sprawie przed TK zostało umorzone⁵⁰.

RPO zwrócił również uwagę na potrzebę finansowania procedury in vitro z budżetu państwa, argumentując, że niepłodność zgodnie ze standardem międzynarodowym to choroba - jej leczenie jest objęte prawem do ochrony zdrowia. Państwo powinno działać tak, aby realizować prawo w tym zakresie⁵¹.

Ponadto, RPO monitorował kwestie związane z informacją o in vitro w aktach stanu cywilnego, zwracając uwagę na konieczność ochrony danych osobowych i prywatności osób korzystających z tej metody. Zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności w rejestrach będzie umieszczana informacja dotycząca złożenia oświadczenia koniecznego do uznania ojcostwa przed przeniesieniem zarodka do organizmu kobiety. Rzecznik poprosił o informacje, w jaki sposób tego typu

⁴⁸ [BIP RPO](#)

⁴⁹ [BIP RPO](#)

⁵⁰ [BIP RPO](#)

⁵¹ [BIP RPO](#)

dane zostaną zabezpieczone i czy osoby nieuprawnione nie będą miały do nich dostępu⁵².

Pobieranie komórek, tkanek i narządów

1. Kwestia zgody na pobieranie komórek, tkanek i narządów po osobie zmarłej – istnieje domniemanie zgody osoby zmarłej na pobranie jej komórek, tkanek i narządów. Wnioski wpływające do Rzecznika Praw Obywatelskich wskazują, że brak uzyskania swobodnej i świadomej zgody dawcy jest niezgodny z Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Biorąc pod uwagę przyjętą praktykę rozmowy z rodziną osoby zmarłej, być może celowe - ze względu na niską świadomość społeczną ws. transplantacji - byłoby prawne uregulowanie włączenia rodziny w proces decyzyjny o donacji organów zmarłego krewnego⁵³.

IV. Najistotniejsze działania RPO w zakresie ochrony zdrowia psychicznego

Psychiatria dorosłych

1. Model opieki środowiskowej w psychiatrii dorosłych – Rzecznik stoi na stanowisku, że najlepszym rozwiązaniem dla osób w kryzysie psychicznym jest wprowadzenie w całym kraju modelu opieki środowiskowej, na wzór modelu testowanego w ramach programu pilotażowego, opierającego się na zasadzie odpowiedzialności terytorialnej, ryczału na populację zamieszkującą dany obszar i lidera w terenie⁵⁴. Ten model umożliwia bowiem pacjentom leczenie w ich lokalnym środowisku, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia i skrócenia okresu hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych, oraz przyczynia się do lepszej integracji społecznej osób z problemami psychicznymi i umożliwia im większą samodzielność⁵⁵.

Obecnie, w związku z trwającymi w resorcie zdrowia pracami nad przyszłością psychiatrii w Polsce, konieczne jest monitorowanie prac w tym zakresie.

⁵² [BIP RPO](#)

⁵³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-smierc-komorki-narzady-pobieranie-zgoda-mz>

⁵⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-opieka-psychiatryczna-model-srodowiskowy-mz-odpowiedz>

⁵⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-komisja-zdrowie-psychiczne-pilotaz-podsumowanie>

2. Przymus bezpośredni w szpitalach psychiatrycznych – Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie interweniował w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych, zwracając uwagę na konieczność uregulowania zasad stosowania przymusu, aby zagwarantować pacjentom bezpieczeństwo i poszanowanie ich godności. Wskazywał na potrzebę wprowadzenia odpowiednich przepisów, które ograniczałyby stosowanie przymusu wyłącznie do sytuacji absolutnie koniecznych oraz zapewniałyby niezależny nadzór nad tymi procedurami. Z uwagi na trwające prace nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego m. in. w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego, konieczne jest ich dalsze monitorowanie.

3. Przeszukiwania pacjentów psychiatrycznych – Rzecznik zwrócił uwagę na problem przeszukiwania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. W odpowiedzi na skargi pacjentów dotyczące tej praktyki, RPO podkreślił, że procedura ta powinna być jasno określona i przeprowadzana wyłącznie w uzasadnionych sytuacjach. Apelował o stworzenie przepisów regulujących te działania, aby pacjenci byli traktowani z poszanowaniem ich praw⁵⁶.

4. Uregulowanie zawodu psychologa – RPO od lat zabiega o uregulowanie zawodu psychologa, zwracając uwagę na konieczność zagwarantowania obywatelom właściwej opieki psychologicznej i możliwości egzekwowania odpowiedzialności zawodowej psychologów⁵⁷.

5. Polityka antynikotynowa i profilaktyka uzależnień – RPO zwrócił się do rządu z prośbą o intensyfikację działań profilaktycznych i edukacyjnych w zakresie polityki antynikotynowej. Podkreślił, że uzależnienia, w tym od nikotyny, wpływają na zdrowie publiczne, a edukacja w tym zakresie jest kluczowa dla poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.

Psychiatria dzieci i młodzieży

1. Przeciwdziałanie przemocy i opieka psychiatryczna w placówkach dla dzieci – RPO interweniował w związku z przypadkami przemocy w placówkach opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci i młodzieży. Apelował o wprowadzenie standardów opieki, które będą chronić dzieci przed przemocą

⁵⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-szpitaly-psychiatryczne-przeszukania-mz>

⁵⁷ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ustawa-psychologzy-opinia-mrips>

oraz o zapewnienie im dostępu do wsparcia psychiatrycznego w sytuacjach kryzysowych⁵⁸.

2. Wsparcie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – RPO aktywnie wspiera działania na rzecz poprawy zdrowia psychicznego młodszych pokoleń, organizując konferencje oraz spotkania, na których omawiane są potrzeby systemowe. Apeluje o wprowadzenie koordynacji pomiędzy poziomami referencyjnymi oraz koordynacji międzysektorowej. Niezmiernie istotna jest też zmiana sposobu finansowania II i III poziomu referencyjnego i przejście na formę hybrydową (ryczałt + fee for service)⁵⁹.

3. Szampany bezalkoholowe dla dzieci na stoiskach z alkoholem – do Rzecznika Praw Obywatelskich wpływają skargi dotyczące sprzedaży przeznaczonych dla dzieci tzw. szampanów bezalkoholowych. Skarżący kwestionują sposób rozmieszczenia w sklepach napojów, które z założenia są dla najmłodszych, ale eksponowane na stoiskach z artykułami monopolowymi. Zdaniem skarżących wyrabia to od najmłodszych lat nawyk spożywania alkoholu. Mając na uwadze powyższe, Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia z pytaniem jakie działania resort planuje, aby zapobiegać spożywaniu alkoholu przez najmłodszych⁶⁰.

V. Działania Rzecznika Praw Obywatelskich w Sprawach Indywidualnych Dotyczących Ochrony Zdrowia

Działając na rzecz realizacji prawa do zdrowia, Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO) nie ogranicza się wyłącznie do narzędzi o charakterze generalnym. W ochronie praw indywidualnych pacjentów wykorzystuje również swoje kompetencje procesowe, co umożliwia mu interwencję w konkretnych sprawach osób potrzebujących wsparcia. Poniżej przedstawiono przykłady interwencji RPO, które ilustrują zaangażowanie Rzecznika w ochronę zdrowia obywateli na poziomie indywidualnym.

1. Sprawa obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego obywatela

⁵⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mow-zdarzenia-nadzwyczajne-ms>

⁵⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-konferencja-wspieranie-zdrowie-psychiczne-dzieci-mlodziez>

⁶⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-szampany-bezalkoholowe-ekspozycja-dzieci-mz>

Skarga kasacyjna Rzecznika Praw Obywatelskich do NSA w sprawie, w której wobec obywatela - figurującego w rejestrze podatników jako osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej - stwierdzono obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego⁶¹.

2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych dla osób w kryzysie bezdomności

Rzecznik zajął się także sprawą osoby w kryzysie bezdomności, która nie mogła uzyskać świadczeń zdrowotnych z powodu braku ubezpieczenia. Występując do Samorządowego Kolegium Odwoławczego dla poparcia odwołania od decyzji odmawiającej potwierdzenia prawa do świadczeń, RPO wskazał na prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia, niezależnie od jego sytuacji majątkowej. W efekcie działań RPO SKO uwzględniło odwołanie, co umożliwiło zainteresowanemu skorzystanie z niezbędnych świadczeń zdrowotnych⁶².

3. Interwencje w sprawach dotyczących umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym bez zgody

Przedmiotem interwencji Rzecznika są także przypadki nadinterpretowania przesłanek ustawowych umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym bez zgody. Interweniując w toku postępowań przed sądami powszechnymi, składając środki zaskarżenia do Sądu Najwyższego, Rzecznik podkreśla konieczność ścisłego wykładania przepisów umożliwiających pozbawienie jednego z podstawowych atrybutów człowieczeństwa, jakim jest wolność osobista.

4. Interwencje dotyczące warunków w szpitalach psychiatrycznych

Stałym przedmiotem zainteresowania Rzecznika pozostają również warunki pobytu w szpitalach psychiatrycznych. Znany powszechnie stan niedofinansowania ochrony zdrowia psychicznego powodował i powoduje nadal problemy związane z przepełnieniem szpitali, umieszczaniem na oddziałach ogólnych pacjentów umieszczonych w szpitalu w ramach środków zapobiegawczych, czy pacjentów dorosłych i dzieci.

VI. Komisje Ekspertów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich: Rola i Zadania

⁶¹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-obowiazek-ubezpieczenia-zdrowotnego-wsa-nsa>

⁶² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-obywatel-kryzys-bezdomnosci-swiadczenia-zdrowotne-sko>

Rzecznik Praw Obywatelskich, dla umożliwienia mu skuteczniejszej walki o realizację praw obywateli w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego, powołał dwie specjalistyczne komisje: Komisję Ekspertów ds. Zdrowia oraz Komisję Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego. Obie komisje pełnią rolę doradczą i wspierającą, dostarczając Rzecznikowi niezbędnych analiz, rekomendacji oraz informacji na temat bieżących problemów w systemie ochrony zdrowia, a także formułując zalecenia, które mogą stanowić podstawę dla wystąpień generalnych RPO. Działalność tych komisji przyczynia się do skuteczniejszego reagowania na wyzwania systemowe i wspiera RPO w podejmowaniu działań na rzecz poprawy dostępu do opieki zdrowotnej oraz ochrony praw pacjentów.

A. Komisja Ekspertów ds. Zdrowia

Główne Zadania i Obszary Działalności

Komisja Ekspertów ds. Zdrowia skupia się na monitorowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, analizując zagadnienia związane z dostępem do opieki medycznej, jakością świadczonych usług oraz przestrzeganiem praw pacjentów. Jej zadaniem jest identyfikowanie kluczowych problemów systemowych, takich jak braki kadrowe w ochronie zdrowia, ograniczenia w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej oraz wyzwania wynikające ze starzenia się społeczeństwa.

Kluczowe obszary działalności Komisji Ekspertów ds. Zdrowia w 2024 r.

1. Opieka okołoporodowa

Opieka okołoporodowa to obszar, w którym Komisja Ekspertów ds. Zdrowia dostrzega potrzebę wprowadzenia zmian. Eksperci omawiali konieczność zapewnienia kompleksowej opieki dla matek i noworodków oraz zwrócili uwagę na wyzwania związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych dla kobiet w okresie ciąży i porodu. Komisja zaleciła większe wsparcie dla matek oraz poprawę standardów opieki okołoporodowej, co mogłoby przyczynić się do lepszych wyników zdrowotnych zarówno dla kobiet, jak i dla ich dzieci⁶³.

2. Problemy alkoholizmu i polityka zdrowotna

Komisja (wspólnie z Komisją Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego) zajmuje się także problemami zdrowotnymi wynikającymi z nadużywania alkoholu. Eksperci wskazali na konieczność wzmocnienia profilaktyki uzależnień

⁶³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-posiedzenie-ke-zdrowia-21-lutego-2024-opieka-okoloporodowa>

oraz rozwijania programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu. W swoich rekomendacjach Komisja podkreśliła, że skuteczna polityka zdrowotna powinna uwzględniać działania edukacyjne oraz dostęp do terapii, które wspierałyby osoby borykające się z uzależnieniem i zapobiegały dalszemu pogłębianiu się tego problemu zdrowotnego⁶⁴.

3. Dostęp do opieki zdrowotnej osadzonych

Kolejnym tematem poruszonym przez Komisję Ekspertów ds. Zdrowia jest dostęp do opieki zdrowotnej dla osób przebywających w jednostkach penitencjarnych. Eksperci wskazali, że osoby osadzone mają prawo do równego dostępu do opieki zdrowotnej, a ich stan zdrowia nie powinien się pogarszać ze względu na brak odpowiednich świadczeń zdrowotnych w więzieniach. Komisja rekomenduje wprowadzenie standardów, które zapewnią osobom osadzonym pełen dostęp do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, w tym do leczenia chorób przewlekłych i psychiatrycznych⁶⁵.

4. Problematyka prawa do godnej śmierci

Następnym tematem poruszonym przez Komisję Ekspertów ds. Zdrowia jest prawo do godnej śmierci. Dyskutowano o opiece paliatywnej, w szczególności o problemach prawnych, medycznych i finansowych. Eksperci nie mieli wątpliwości, że o objęciu opieką paliatywno-hospicyjną pacjenta nie powinna decydować choroba, lecz stan człowieka. Dlatego wszystkie choroby powinny być zakwalifikowane do opieki hospicyjnej. Jednocześnie eksperci zwrócili uwagę na konieczność jasności i precyzyjności prawa. Prawo do godnej śmierci powinno być uregulowane jako osobne prawo pacjenta⁶⁶.

B. Komisja Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego

Główne Zadania i Obszary Działalności

Komisja Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego skupia się na problemach związanych z ochroną zdrowia psychicznego, wspierając RPO w monitorowaniu i analizie systemu opieki psychiatrycznej oraz ochronie praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Komisja dąży do identyfikacji kluczowych wyzwań, które utrudniają

⁶⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-posiedzenie-ke-zdrowia-18-czerwca-2024-problem-alkoholowy>

⁶⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-komisja-zdrowia-wiezniowie-pacjenci-prawa>

⁶⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/godna-smierc-komisja-ekspertow-rpo-zdrowie>

dostęp do opieki psychiatrycznej i wpływają na jakość wsparcia dostępnego dla osób w kryzysie choroby psychicznej.

Kluczowe obszary działalności Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego

1. Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

Komisja zwraca uwagę na kryzys w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży, gdzie istnieje duże zapotrzebowanie na specjalistyczne wsparcie, ale brakuje odpowiedniej liczby placówek oraz specjalistów. Komisja apeluje o zwiększenie liczby ośrodków psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz o wdrożenie programów wczesnej interwencji, które mogłyby pomóc w diagnozowaniu i leczeniu problemów psychicznych na wczesnym etapie. W swoich rekomendacjach Komisja podkreśla również potrzebę zapewnienia dostępu do wsparcia psychologicznego w szkołach, co pozwoliłoby na skuteczniejszą pomoc młodym osobom borykającym się z problemami psychicznymi ⁶⁷.

2. Program pilotażowy i ocena reformy w systemie ochrony zdrowia psychicznego

Komisja angażuje się także w ocenę efektów wprowadzanego programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego. Celem tych działań jest analiza skuteczności i wpływu nowych rozwiązań na pacjentów oraz personel medyczny, a w szczególności ocena programu pilotażowego w kontekście wdrażania modelu opieki środowiskowej opierającego się na centrach zdrowia psychicznego. Komisja wskazuje na konieczność kontynuacji tego modelu opieki psychiatrycznej, który najpełniej odpowiada na potrzeby pacjentów, minimalizuje problem stygmatyzacji i wspiera ich powrót do aktywności społecznej⁶⁸.

3. Reformy legislacyjne i systemowe w zakresie zdrowia psychicznego

Komisja aktywnie uczestniczy w pracach nad propozycjami zmian ustawowych w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. W swoich rekomendacjach Komisja podkreśla konieczność kompleksowej reformy przepisów prawnych dotyczących opieki psychiatrycznej, która umożliwiłaby rozwój modelu opieki środowiskowej oraz większy nacisk na profilaktykę i wsparcie w środowisku

⁶⁷ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ke-ochrona-zdrowia-psychicznego-psychiatria-dzieci-mlodziez>

⁶⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-komisja-zdrowie-psychiczne-pilotaz-podsumowanie>

pacjenta. Komisja wskazuje, że wprowadzenie zmian ustawowych, które ułatwią pacjentom korzystanie z opieki psychiatrycznej w miejscu ich zamieszkania, mogłoby zapobiec nadmiernej hospitalizacji i poprawić ich integrację społeczną⁶⁹.

4. Stosowanie przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych

Jednym z najważniejszych zagadnień poruszanych przez Komisję jest kwestia stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych. Komisja zwraca uwagę na konieczność stworzenia jasnych przepisów prawnych regulujących zasady stosowania przymusu, aby zagwarantować pacjentom poszanowanie ich godności oraz zapobiec nadużyciom. Komisja rekomenduje wprowadzenie rozwiązań, które ograniczą stosowanie przymusu tylko do sytuacji absolutnie koniecznych i zapewnią odpowiedni nadzór nad tego rodzaju działaniami, co ma na celu ochronę praw pacjentów w trudnych sytuacjach zdrowotnych⁷⁰.

C. Znaczenie Komisji Ekspertów dla Rzecznika Praw Obywatelskich

Obie Komisje Ekspertów – ds. Zdrowia oraz ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego – pełnią istotną rolę w misji Rzecznika Praw Obywatelskich, umożliwiając skuteczniejszą ochronę praw obywateli w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego. Dzięki działalności tych Komisji Rzecznik ma możliwość bieżącego monitorowania problemów systemowych, formułowania adekwatnych rekomendacji oraz przedstawiania organom publicznym wniosków o wprowadzenie zmian w prawie lub w organizacji systemu opieki zdrowotnej. Działalność Komisji Ekspertów wspiera RPO w jego zadaniach i przyczynia się do budowania bardziej dostępnego, sprawiedliwego i skutecznego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Powyższe przykłady świadczą o wadze, z jaką Rzecznik Praw Obywatelskich traktuje realizację przez władze publiczne konstytucyjnego prawa obywateli w obszarze szeroko pojmowanego systemu ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że przekazane w niniejszym piśmie informacje okażą się przydatne w opracowaniu kompleksowej analizy przestrzegania praw pacjenta w Polsce.

⁶⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ke-ochrona-zdrowia-psychicznego-zmiana-ustawy>

⁷⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ke-ochrona-zdrowia-psychicznego-srodki-przymusu-bezposredniego>

Z poważaniem

Adam Krzywoń

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/



Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych

DML-MLP.460.2.2025.MN.1

Warszawa, 05-03-2025

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Płocka 11/13

01-231 Warszawa

Odpowiadając na pismo znak: RzPP-DWS-WPS.033.1.2025 z dnia 7 lutego 2025 r. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (dalej jako Urząd) uprzejmie informuje, że w roku 2024 do Urzędu wpłynęło:

- 2 596 zgłoszeń pojedynczych przypadków działań niepożądanych pochodzących od pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych.
- 6 344 zgłoszenia pojedynczych przypadków działań niepożądanych pochodzących od przedstawicieli zawodów medycznych
- 3 046 kopii zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych nadesłanych zgodnie z zapisem art. 36 c ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
- 16 157 raportów niepożądanych działań produktów leczniczych zostało zebranych przez podmioty odpowiedzialne i przekazane bezpośrednio do bazy EudraVigilance stanowiącej europejską bazę działań niepożądanych produktów leczniczych.

Dodatkowo Urząd przekazuje informacje dotyczące liczby zgłoszeń dotyczących ogólnie rozumianych potencjalnych wadliwych działań wyrobów medycznych, kierowanych do Urzędu w 2024 roku, przez pacjentów lub ich przedstawicieli ustawowych, lub opiekunów faktycznych oraz liczby zgłoszeń kierowanych w tym temacie przez inne podmioty. W wyniku przeprowadzonej kwerendy stwierdzono, że Urząd w 2024 roku otrzymał:

- 20 zgłoszeń od pacjentów lub laików,
- 139 zgłoszeń dot. poważnych incydentów od szpitali, placówek medycznych oraz aptek szpitalnych,
- 47 zgłoszeń dot. reklamacji i poważnych incydentów od aptek, dystrybutorów lub importerów,

telefon: +48 22 492 11 00

adres email: urpl@urpl.gov.pl

strona www: <https://www.gov.pl/urpl>

RODO - Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (<https://www.gov.pl/urpl/dane-osobowe>).

Aleje Jerozolimskie 181c
02-222 Warszawa

- 1611 raportów o poważnym incydencie medycznym (MIR) od producentów wyrobów medycznych lub ich autoryzowanych przedstawicieli lub innych wyznaczonych przez producenta uprawnionych podmiotów,
- 502 raporty o Zewnętrznych działaniach korygujących dotyczących bezpieczeństwa wyrobów medycznych (FSCA) od producentów wyrobów medycznych lub ich autoryzowanych przedstawicieli lub innych wyznaczonych przez producenta uprawnionych podmiotów.

Zgodnie z art. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.U. L 117 z 5.5.2017, s. 1 ze zm.):

- „incydent” oznacza wszelkie wadliwe działanie lub pogorszenie właściwości lub działania, w tym błąd użytkowy wynikający z cech ergonomicznych, wyrobu udostępnionego na rynku, a także wszelkie nieprawidłowości w informacjach podanych przez producenta oraz wszelkie działania niepożądane;
- „poważny incydent” oznacza incydent, który bezpośrednio lub pośrednio doprowadził, mógł doprowadzić lub może doprowadzić do któregoś z poniżej wymienionych zdarzeń:
 - zgon pacjenta, użytkownika lub innej osoby;
 - czasowe lub trwałe poważne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, użytkownika lub innej osoby;
 - poważne zagrożenie zdrowia publicznego;
- „zewnętrzne działanie korygujące dotyczące bezpieczeństwa” oznacza działanie korygujące podjęte przez producenta z powodów technicznych lub medycznych w celu zapobieżenia ryzyku wystąpienia poważnego incydentu związanego z wyrobem udostępnionym na rynku lub w celu ograniczenia takiego ryzyka.

z upoważnienia Prezesa,
Andrzej Cześławski

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/