



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



RAPORT TEMATYCZNY

NT. WDRAŻANIA ART. 25” „ZDROWIE”

**OPRACOWANY W RAMACH PROJEKTU
„WDRAŻANIE KONWENCJI O PRAWACH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH –
WSPÓLNA SPRAWA”**

OLSZTYN/WARSZAWA, 30 STYCZNIA 2017 R.





Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Opracowanie powstało w ramach projektu pn. „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Osi Priorytetowej II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Realizatorzy projektu: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Lubelskim Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmikiem Wojewódzkim, Warmińsko-Mazurskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych, Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej i kancelarią prawną Domański Zakrzewski Palinka Sp. k.

Opracowanie:
dr Urszula Tomczyk





Spis treści

Wykaz skrótów	4
Wprowadzenie	5
1. Kluczowe pojęcia i definicje najsilniej powiązane z prawem osób niepełnosprawnych do zdrowia	7
1.1. Pojęcie niepełnosprawności	7
1.2. Dyskryminacja	9
1.3. Deinstytucjonalizacja	9
1.4. Racjonalne usprawnienie i uniwersalne projektowanie	10
2. Gwarancje osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność	12
3. Prawne uwarunkowania korzystania przez osoby niepełnosprawne z prawa do zdrowia	24
3.1. Diagnoza sytuacji i identyfikacja barier prawnych	24
3.1.1. Opinie uczestników debat na temat wywiązywania się polskiego prawa z poszanowania prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia	24
3.1.2. Wynik przeglądu regulacji prawnych	32
3.2. Propozycja zmian służących przezwyciężeniu barier prawnych	72
4. Pozaprawne uwarunkowania korzystania przez osoby niepełnosprawne z prawa do zdrowia	90
4.1. Uwarunkowania administracyjne	90
4.1.1. Diagnoza sytuacji i identyfikacja barier administracyjnych	90
4.1.2. Propozycja zmian służących przezwyciężeniu barier administracyjnych	133
4.2. Uwarunkowania organizacyjne	137
4.2.1. Diagnoza sytuacji i identyfikacja barier organizacyjnych	137
4.2.2. Propozycja zmian służących przezwyciężeniu barier organizacyjnych	146
5. Podsumowanie	148
Bibliografia	167
Spis tabel	170





WYKAZ SKRÓTÓW

CEDAW – Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet

DPCz – Deklaracja Praw Człowieka

EKPC – Europejska Konwencja Praw Człowieka

ETPCz – Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu

KPON/Konwencja – Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych

KPP – Karta Praw Podstawowych

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

TFUE – Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej

UE – Unia Europejska

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia



WPROWADZENIE¹

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych jest dokumentem międzynarodowym dotyczącym przestrzegania praw człowieka i pierwszym traktatem międzynarodowym przyjętym w XXI wieku. Polska ratyfikowała Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych w grudniu 2012 r. Projekt pn. „*Wdrażanie Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych – wspólna sprawa*” jest ważnym etapem procesu wdrażania *KPON* w Polsce. Celem głównym projektu jest osiągnięcie stanu, w którym podmioty polityk publicznych uczestniczące w procesie wdrażania *Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych* w Polsce będą dysponowały, niezbędnym dla skutecznego przebiegu tego procesu, potencjałem programowo – planistycznym. Cele szczegółowe projektu, służące realizacji celu głównego obejmują:

- identyfikację barier stanowiących źródło dyskryminacji i utrudniających osobom niepełnosprawnym pełne uczestnictwo w funkcjonowaniu społecznym w kontekście realizacji praw wynikających z *KPON*,
- zgromadzenie wiedzy na temat istniejących barier prawnych, administracyjnych i organizacyjnych występujących w procesie wdrażania postanowień *KPON*,
- wytyczenie pożądanych kierunków zmian mających na celu usuwanie wskazanych barier,
- sformułowanie rekomendacji konkretnych zmian w zakresie dostosowania polityk publicznych do postanowień i wymogów *KPON*.

Cele projektu zostaną osiągnięte w wyniku zrealizowania dwóch zadań. Zadanie pierwsze zrealizowane zostanie w pierwszym roku realizacji projektu. W ramach tego zadania przygotowanych zostanie 30 Raportów tematycznych poświęconych poszczególnym postanowieniom *KPON*, a następnie na ich podstawie opracowany zostanie Raport syntetyczny poświęcony barierom we wdrażaniu *KPON* oraz kierunków działań służących ich eliminacji. W ramach zadania drugiego, realizowanego w drugim roku realizacji projektu, opracowany zostanie zbiór rekomendacji dostosowujących prawo oraz polityki publiczne do wymogów *Konwencji*. Realizatorami projektu są: Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Lubelskim Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmikiem Wojewódzkim, Warmińsko-Mazurskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych, Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej i kancelarią prawną Domański Zakrzewski Palinka Sp. k.

¹ Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „*Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa*”, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, kwiecień 2016.



Niniejsze opracowanie jest jednym z etapów realizacji zadania pierwszego, poświęconego identyfikacji barier we wdrażaniu *KPON* oraz określeniu kierunków działań służących ich eliminacji. Opracowanie poświęcone zostało ocenie wywiązywania się ze zobowiązań Państw Stron *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, w tym również Polski, wynikających z postanowień art. 25, odnoszącego się do poszanowania, ochrony i realizacji prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia. Źródła danych obejmowały analizy przeprowadzone na potrzeby omawianego projektu oraz opracowania powstałe w wyniku badań empirycznych przeprowadzonych w trakcie jego realizacji. W wyniku przeprowadzonej analizy zaproponowane zostały rozwiązania, które mogą sprzyjać wdrażaniu art. 25 *KPON*, a tym samym wspierać osoby niepełnosprawne w realizacji ich prawa do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu zdrowia.





1. KLUCZOWE POJĘCIA I DEFINICJE NAJSILNIEJ POWIĄZANE Z PRAWEM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZDROWIA²

1.1. POJĘCIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI³

Zgodnie z *Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych* „niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowych, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami”⁴. Do osób niepełnosprawnych *Konwencja* zalicza te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną⁵ lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać jej pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami⁶.

Powszechnie uznaje się, że *Konwencja* posługuje się tzw. społecznym modelem niepełnosprawności. Model ten ukształtował się w opozycji do dwóch tradycyjnych modeli niepełnosprawności – medycznego i charytatywnego. Według modelu medycznego osoba niepełnosprawna: a) jest definiowana poprzez swoją chorobę lub niepełnosprawność; b) jest pozbawiona podmiotowości – o jej życiu decydują specjaliści w oparciu o diagnozę medyczną, na podstawie której kontroluje się i reguluje dostęp osoby niepełnosprawnej do świadczeń i usług społecznych, do edukacji, rodzaju miejsca zamieszkania, pracy i wypoczynku; c) jest postrzegana, jako trwale zależna i wymagająca opieki, w tym utrzymywania; d) musi dostosować się do sposobu, w jaki społeczeństwo jest zorganizowane; e) odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów związanych z niepełnosprawnością ponosi przede wszystkim ministerstwo zdrowia. Według modelu charytatywnego osoba niepełnosprawna: a) jest postrzegana w kontekście bycia „obiektem” opieki i pomocy świadczonej dzięki dobrej woli osób życzliwych i humanitarnych; b) ma ograniczone możliwości upominania się o zakres i jakość świadczonej z dobrego serca opieki i pomocy;

² Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

³ Matczak M., Zalański T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

⁴ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169., Preambuła lit.(e)

⁵ Należy zaznaczyć, że w terminologii stosowanej w Polsce nie stosuje się podziału na niepełnosprawność umysłową i intelektualną. Używa się terminu niepełnosprawność intelektualna. Jednocześnie w tłumaczeniu nie wymienia się grupy osób doświadczających problemów zdrowia psychicznego.

⁶ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169., art.1





c) jest zależna od świadczących pomoc i zobowiązana do wdzięczności; d) jest usytuowana poza głównym nurtem życia społeczeństwa, w tym w sferze edukacji rynku pracy; e) jest pozbawiona prawa do ubiegania się o dostęp do stwarzanych przez społeczeństwo możliwości, w tym wielu powszechnie świadczonych usług publicznych; f) odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów związanych z niepełnosprawnością ponoszą dobroczyńcy, instytucje religijne, fundacje, stowarzyszenia dobroczynne.

Zgodnie z przyjętą w KPON definicją, niepełnosprawność nie jest więc utożsamiana jedynie z niesprawnością organizmu człowieka, lecz jest postrzegana wielowymiarowo. Niepełnosprawność jest też w dużym stopniu redukowalna dzięki kompleksowej rehabilitacji oraz dostosowaniu środowiska fizycznego i społecznego do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych.

Uznaje się, że **prowadzenie działań wdrażających postanowienia art. 25 w zakresie zdrowia oraz art. 26 w zakresie kompleksowej rehabilitacji wymaga korzystania z bardziej rozwiniętego podejścia określanego modelem biopsychospołecznym**. Na modelu biopsychospołecznym oparte zostało opracowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia⁷. Jest to model podobny do modelu społecznego z zastrzeżeniem, że dostrzega on i akcentuje, iż niepełnosprawność jest generowana zarówno przez bariery społeczne, jak i przez zaburzenia zdrowia (tj. dysfunkcje lub choroby) oraz będące rezultatem tych zaburzeń predyspozycje osobowościowe. **Odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów związanych z niepełnosprawnością ponosi państwo – wszystkie ministerstwa i inne instytucje publiczne – oraz całe społeczeństwo.**

Istotnym aspektem nowoczesnego podejścia do niepełnosprawności jest dostrzeganie specyfiki poszczególnych rodzajów niepełnosprawności, skutkującej daleko idącą odmiennością zagadnień związanych z identyfikacją i eliminowaniem czynników dyskryminacji, a także odmiennością form i charakteru wsparcia umożliwiającego autonomię, samodzielne życie i uczestnictwo w życiu środowiska. Uważnego dostrzegania wymagają także odmienności i różnice w aktywności, funkcjonowaniu i partycypacji społecznej osób z tego samego rodzaju niepełnosprawnością, w zależności od stopnia niepełnosprawności i innych cech, zwłaszcza płci oraz wieku i związanego z nim etapu życia jednostki⁸.

⁷ Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2013

⁸ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169., Preambuła lit.(i), lit.(j), lit.(q), lit.(r)





1.2. DYSKRYMINACJA⁹

Pojęcie „dyskryminacji” należy do kluczowych pojęć KPON, zaś zasada niedyskryminacji jest jej kamieniem węgielnym. Konwencja w art. 2 podaje precyzyjną definicję tego pojęcia: „**Dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność oznacza jakiegokolwiek różnicowanie, wykluczanie lub ograniczanie ze względu na niepełnosprawność, którego celem lub skutkiem jest naruszenie lub zniweczenie uznania, korzystania z lub wykonywania wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności w dziedzinie polityki, gospodarki, społecznej, kulturalnej, obywatelskiej lub w jakiegokolwiek innej, na zasadzie równości z innymi osobami. Obejmuje to wszelkie przejawy dyskryminacji, w tym odmowę racjonalnego usprawnienia**”¹⁰.

Pojęcie „dyskryminacja” jest kluczowe z perspektywy poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia. W kontekście zdrowia, dyskryminacja może wystąpić wtedy, gdy akty normatywne z uwagi na sformułowane przepisy lub „luki prawne” będą powodować, że osoby niepełnosprawne nie będą mogły korzystać z prawa do osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia na równi z osobami bez niepełnosprawności. Inną formą dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej może być pomijanie znaczenia (nie planowanie, nie wdrażanie) racjonalnych usprawnień i uniwersalnego projektowania, które umożliwiają dostosowanie architektury budynków w placówkach opieki zdrowotnej, stosowanych w nich sposobów komunikacji i wymiany informacji, posiadanego wyposażenia, urządzeń oraz transportu – do potrzeb osób o różnych rodzajach niepełnosprawności.

1.3. DEINSTYTUCJONALIZACJA¹¹

Deinstytucjonalizacja to zespół działań podejmowanych na rzecz tworzenia różnych form usług (w tym usług zdrowotnych) w środowiskach lokalnych mających na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym warunków dla samodzielnego i niezależnego życia oraz warunków dla odpowiedniej jakości życia. Deinstytucjonalizacja jest procesem obejmującym: rozwijanie w obrębie społeczności lokalnej zindywidualizowanych usług

⁹ Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, listopad 2016.

¹⁰ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169., art.2

¹¹ Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, listopad 2016.





o wysokiej jakości, w tym zapobiegających umieszczaniu osób niepełnosprawnych poza środowiskiem rodzinnym i środowiskiem zamieszkania; zamykanie stacjonarnych placówek opieki długoterminowej, w których osoby niepełnosprawne (w tym mające problemy ze zdrowiem psychicznym) są odizolowane od społeczeństwa, a także zapewnianie powszechnej dostępności podstawowych usług w dziedzinach, takich jak: edukacja, szkolenia, zatrudnienie, mieszkalnictwo, wsparcie indywidualne, opieka zdrowotna oraz transport, wszystkim osobom potrzebującym wsparcia.

Istnieją mocne argumenty – oparte zarówno na prawach człowieka, jak i na dowodach teoretycznych oraz empirycznych – przemawiające za przejściem od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i środowiskowych. Rozwiązania takie mogą podwyższyć jakość życia i stan zdrowia osób objętych opieką i ich rodzin, sprzyjać włączeniu społecznemu oraz poprawić warunki pracy personelu. Co ważne, koszt usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności jest porównywalny z kosztem opieki instytucjonalnej przy założeniu, że potrzeby osób objętych opieką i jakość tej opieki są podobne.

1.4. RACJONALNE USPRAWNIENIE I UNIWERSALNE PROJEKTOWANIE ¹²

„Racjonalne usprawnienie” oznacza przeprowadzenie, w razie potrzeby, odpowiednich zmian i adaptacji, które nie pociągają za sobą nieproporcjonalnych i nadmiernych obciążeń, tak by osoby niepełnosprawne miały możliwość egzekwowania i korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności na zasadzie równości z innymi osobami. Zgodnie z tą zasadą osoba niepełnosprawna może dowodzić, że państwo oraz inne podmioty są zobowiązane podejmować działania usprawniające¹³. Konwencja stwierdza, że niezapewnienie osobie „racjonalnego usprawnienia” stanowi dyskryminację z powodu niepełnosprawności¹⁴. W konsekwencji każda prawna definicja dyskryminacji powinna uznawać odmowę zapewnienia racjonalnego usprawnienia a za przejaw dyskryminacji.

„Uniwersalne projektowanie” oznacza projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich, w możliwie

¹² Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, listopad 2016.

¹³ From Exclusion to Equality. Realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol, United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva 2007, s.14

¹⁴ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169, art.2





największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania. „Uniwersalne projektowanie” nie wyklucza pomocy technicznych dla szczególnych grup osób niepełnosprawnych, jeżeli jest to potrzebne¹⁵.

„Racjonalne usprawnienia” i „uniwersalne projektowanie” jest kluczowym czynnikiem warunkującym zdolność osób niepełnosprawnych realizacji wszystkich należnych im praw, w tym również prawa do zdrowia. Pojęcia te przekształcone w konkretne działania pozwalają kreować środowisko społeczne tak, aby wszystkie możliwe wytwory działalności człowieka służyły ogółowi społeczeństwa bez względu na niepełnosprawność.

¹⁵ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169, art.2





2. GWARANCJE OSIĄGNIĘCIA NAJWYŻSZEGO MOŻLIWEGO POZIOMU STANU ZDROWIA BEZ DYSKRYMINACJI ZE WZGLĘDU NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ¹⁶

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za niepełnosprawne uważa się te osoby, które nie są w stanie, całkowicie lub częściowo, zapewnić sobie możliwości samodzielnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.¹⁷ A zatem, niepełnosprawność to szeroka gama czynników związanych z funkcjami ciała i środowiskiem zewnętrznym, w którym funkcjonuje osoba niepełnosprawna. Czynniki te ujęte zostały przez WHO w definicji zdrowia, które oznacza dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, który jest czymś więcej niż antonimem choroby czy niepełnosprawności.¹⁸ Dobrostan osób niepełnosprawnych zależy w znacznej mierze od systemu społecznego i kreowanej przez niego dostępności do niezbędnej opieki medycznej, rehabilitacji leczniczej i społeczno-zawodowej, a zatem możliwości włączenia osób niepełnosprawnych we wszystkie sfery życia. Dostępność może być przyczyną włączenia lub zagrożenia izolacją społeczną, a konsekwencją niskiego jej poziomu często jest pogorszenie się stanu zdrowia osób niepełnosprawnych i ich niska aktywność społeczno-zawodowa. Z perspektywy postrzegania zagadnień związanych z niepełnosprawnością, zarówno w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością wrodzoną jak i nabytą, ważne jest zrozumienie, że pojawiające się wraz z niepełnosprawnością lub chorobą problemy rzutują na jakość życia jednostki.¹⁹

Współczesne problemy nierówności i dyskryminacji osób niepełnosprawnych stanowią ważny element polityki społecznej, realizowanej w ramach umów międzynarodowych. Przykładem jest *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*²⁰, przyjęta przez Organizację Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 1948 r. W świetle *Deklaracji* wszyscy ludzie są wolni i równi pod względem godności i praw, a każdy człowiek posiada wszystkie prawa i wolności w niej zawarte bez względu na jakiekolwiek różnice wynikające z przynależności rasowej,

¹⁶ Tomczyk U., *Materiały na tematyczną debatę doradczą-programową poświęconą wdrażaniu art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce. Prawo osób z niepełnosprawnościami do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

¹⁷ Kawwa J., Wilmonska-Pietruszyńska A., *Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2016(19), s.76.

¹⁸ Gorajewska D., *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*, Wydanie drugie poprawione i uzupełnione (2009), Publikacja współfinansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, s. 55.

¹⁹ Gorajewska D., *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*, Wydanie drugie poprawione i uzupełnione (2009), Publikacja współfinansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, s. 57.

²⁰ Jankowska M., *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr I/2011(1), I/2012(2), s. 27.





koloru skóry, płci, języka, wyznania, poglądów politycznych, narodowości, pochodzenia społecznego, majątku, statusu urodzenia lub jakiegokolwiek innego stanu. Wśród wielu praw, nadanych każdemu człowiekowi *Deklaracja* przyznaje m.in. prawo do życia, wolności ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Na mocy tego dokumentu, osobom niepełnosprawnym przyznane zostało równe prawo do korzystania ze wszystkich dóbr społecznych, jednak w *Deklaracji* nie została wyróżniona potrzeba zapewnienia warunków niezbędnych do korzystania z tych praw. Zapewnienie o równości i niedyskryminacji nie uwzględniało konieczności likwidacji barier środowiskowych, które stanowią istotną przeszkodę w uczestnictwie osób niepełnosprawnych w życiu społeczno-zawodowym oraz w korzystaniu z opieki medycznej. Postanowienia *Deklaracji* gwarantować miały grupom dyskryminowanym, w tym także osobom niepełnosprawnym równość, czyli takie prawa z jakich korzystać mogły osoby bez niepełnosprawności. W rzeczywistości, po ogłoszeniu *Deklaracji*, zmiana sytuacji osób niepełnosprawnych następowała, jednak bardzo wolno i nie we wszystkich sferach życia społeczno-gospodarczego. Zdaniem autorów analiz międzynarodowych aktów prawnych, rzeczywiste zagwarantowanie praw człowieka wymagało warunków, które umożliwią wprowadzenie mechanizmów wyrównujących szanse osób niepełnosprawnych oraz zwrócić szczególną uwagę na ich podmiotowość.²¹

Kolejnym międzynarodowym aktem, mającym na celu ochronę praw osób niepełnosprawnych jest *Europejska Karta Społeczna*²² sporządzona w Turynie w dniu 18 października 1961 r., a następnie zmieniona *Protokołem zmieniającym Europejską Kartę Społeczną*, sporządzonym w Turynie w dniu 21 października 1991 r. Jej szczególne znaczenie dla poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych wynika z tego, że reguluje ona prawa społeczne, odwołując się do *Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* oraz zawiera normy bezpośrednio odnoszące się do osób niepełnosprawnych i ich prawa do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej, bez względu na przyczynę i rodzaj ich inwalidztwa. Polska ratyfikowała *Kartę* 10 czerwca 1997 r. Zgodnie z oświadczeniem ratyfikacyjnym *Rzeczpospolita Polska*, związana jest postanowieniami *Karty* w zakresie określonym przez siebie, wyłączając niektóre przepisy.

Pomimo funkcjonowania wielu umów międzynarodowych dotyczących niedyskryminacji, do

²¹ Jankowska M., *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr I/2011(1), I/2012(2), s. 28.

²² Jankowska M., *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr I/2011(1), I/2012(2), s. 31.





2006 r. nie zostało sporządzone i ratyfikowane międzynarodowe postanowienie, które w całości zostałyby poświęcone osobom niepełnosprawnym. Dnia 13 grudnia 2006 r., *Organizacja Narodów Zjednoczonych* ogłosiła nowy dokument pn. *Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych*. Zgodnie z *Preambulą* pkt (d), omawiana *Konwencja* jest dokumentem, uwzględniającym perspektywę innych umów międzynarodowych, zobowiązujących ratyfikujące je państwa do ochrony praw i wolności różnych kategorii grup społecznych, jednak jej zapisy odnoszą się do osób niepełnosprawnych. W kontekście podjętego w opracowaniu zagadnienia związanego z prawem osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, bardzo ważny jest art. 25 *Konwencji*, zgodnie z którym:

„Państwa Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej biorących pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej. W szczególności, Państwa Strony:

(a) zapewnią osobom niepełnosprawnym taki sam jak w przypadku innych osób zakres, jakość i standard bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach usług opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego oraz adresowanych do całej populacji programów w zakresie zdrowia publicznego,

(b) zapewnią te usługi zdrowotne, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym wczesne rozpoznawanie i leczenie, jeżeli jest potrzebne, a także usługi mające na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych,

(c) zapewnią świadczenie usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w których żyją osoby niepełnosprawne, w tym na obszarach wiejskich,

(d) zobowiążą osoby wykonujące zawody medyczne do zapewniania osobom niepełnosprawnym, na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody, opieki takiej samej jakości jak innym osobom poprzez, między innymi, podnoszenie świadomości w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu szkoleń i poprzez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej,





(e) zakazą dyskryminacji osób niepełnosprawnych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, a także ubezpieczenia na życie, jeśli takie ubezpieczenie jest dozwolone przez ustawodawstwo krajowe, zaś ubezpieczenia będą zapewniane w sposób sprawiedliwy i rozsądny,

(f) będą zapobiegać przypadkom odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych, albo pożywienia i płynów.²³

Artykuł 25 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych jest powiązany z innymi artykułami, co oznacza, że jego wdrażanie wymaga wzmocnienia prawa osób niepełnosprawnych do korzystania z najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Przykładem jest bardzo silne powiązanie art. 25 KPON z art. 9, dotyczącym dostępności, w którym określone zostały środki, jakie należy podjąć w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu fizycznego na równych zasadach z innymi osobami, do środowiska, transportu, informacji i komunikacji (w tym technologii i systemów informacyjnych i komunikacyjnych) oraz innych ułatwień i usług oferowanych całemu społeczeństwu zarówno przez państwa, jak i podmioty niepaństwowe, tak na obszarach miejskich, jak i wiejskich. Zgodnie ze stanowiskiem WHO: „środki te obejmują identyfikację i eliminację przeszkód i barier w zakresie dostępności, w odniesieniu do budynków, dróg, transportu oraz innych ośrodków wewnątrz i na zewnątrz (w tym ośrodków medycznych), a także informacji, komunikacji oraz innych usług (w tym usług elektronicznych i bezpieczeństwa). Ze względu na różnorodność świadczeniobiorców świadczeń zdrowotnych, ważne jest zapewnienie, że produkty, środowiska, programy i usługi mają być użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania.”²⁴

Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych jest aktem prawa międzynarodowego, który jest bardzo ważny z perspektywy ochrony wszystkich praw i podstawowych wolności osób niepełnosprawnych. Wśród wielu sfer, Konwencja nakłada obowiązek ochrony praw osób niepełnosprawnych do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Postanowienia związane z prawem do utrzymania lub poprawy stanu zdrowia, są fundamentalnym czynnikiem dającym osobom niepełnosprawnym możliwość realizacji pozostałych praw. Nie można bowiem mówić o

²³ Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169.

²⁴ Projekt Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych, Światowa Organizacja Zdrowia, [w:] Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania, Nr IV/2014(13), s. 54.





integracji społeczno-zawodowej, bez zapewnienia właściwej opieki medycznej oraz rehabilitacji leczniczej. Prawo osób niepełnosprawnych do opieki zdrowotnej ustanowiła nie tylko *Konwencja*, wspierają je również działania prowadzone przez *Światową Organizację Zdrowia (WHO)*. Inicjatywą *WHO*, która w nadchodzących latach służyć będzie wspieraniu praw osób niepełnosprawnych jest *Globalny Plan Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021 pn. Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych*²⁵. Opracowanie i realizacja *Planu WHO* służyć ma poprawie zdrowia, dobrobytu i przestrzegania praw człowieka, które przysługują osobom niepełnosprawnym, a których naruszanie i zagrożenia z tym związane są ważnym globalnym zjawiskiem społecznym. Zjawisko to dotyczy ponad miliarda osób, czyli około 15% populacji światowej, które napotykają na liczne bariery związane z dostępem do świadczeń, mają gorszy stan zdrowia i gorsze wyniki w nauce. Konsekwencją tego stanu jest ich niższa aktywność ekonomiczna oraz wyższa stopa ubóstwa, niż w przypadku osób bez niepełnosprawności. Zdaniem *WHO*, istnieje ponad dwa razy większe zagrożenie niezaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie opieki zdrowotnej, prawie trzykrotnie większe prawdopodobieństwo odmowy udzielenia im usług zdrowotnych oraz cztery razy większe prawdopodobieństwo, że osoby te będą źle traktowane.

Diagnoza sytuacji osób niepełnosprawnych przedstawiona w Globalnym Planie Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021 przedstawia:

1. Niepełnosprawność jako globalny problem zdrowia publicznego w kontekście praw człowieka i priorytetów rozwoju:

- osoby niepełnosprawne przez całe swoje życie zmagają się z powszechnie występującymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych co powoduje, że są w gorszym stanie zdrowia niż osoby w pełni sprawne,
- niektóre stany zdrowotne mogą stanowić również czynniki ryzyka dla innych problemów zdrowotnych, nierzadko zaniebawianych, takich jak częstsze występowanie otyłości u osób z zespołem Downa oraz cukrzycą lub raka jelita grubego u osób ze schizofrenią,
- dorośli, młodzież i dzieci niepełnosprawne doświadczają stygmatyzacji, dyskryminacji i nierówności; są obiektem wielu naruszeń ich praw, w tym ich godności, na przykład

²⁵ na podstawie: *Projekt Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych*, Światowa Organizacja Zdrowia, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr IV/2014(13), s. 42-51.





w wyniku aktów przemocy, wykorzystywania, uprzedzeń i braku szacunku ze względu na ich niepełnosprawność i pozbawiani są również autonomii.

2. Przegląd sytuacji globalnej dotyczącej niepełnosprawności:

– Populacja

- na całym świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi około 15% ludności świata, inaczej mówiąc – co siódmy mieszkaniec Ziemi jest niepełnosprawny,
- od 110 mln do 190 mln osób dorosłych doświadcza znacznych trudności w funkcjonowaniu,
- szacuje się, że około 93 mln dzieci – lub jedno na 20 dzieci poniżej 15. roku życia – żyje z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności,
- narodowe wzory niepełnosprawności pozostają pod wpływem trendów dotyczących zdrowia, czynników środowiskowych i innych, takich jak wypadki drogowe, upadki, przemoc, katastrofy humanitarne, w tym klęski żywiołowe i konflikty, niezdrowa dieta i nadużywanie substancji uzależniających,

– Grupy dotknięte szczególną dyskryminacją:

- kobiety niepełnosprawne często napotykać na dodatkowe przeszkody w porównaniu do mężczyzn niepełnosprawnych i kobiet pełnosprawnych,
- przedstawiciele ludności rdzennej, przesiedleńcy lub bezpaństwowcy, uchodźcy, imigranci i więźniowie niepełnosprawni również doświadczają trudności w dostępie do świadczeń wspierających,
- częstość występowania niepełnosprawności jest większa w krajach o niższych niż w krajach o wyższych dochodach,

– Bariery

- osoby niepełnosprawne napotykać na liczne bariery w dostępie do świadczeń, takich jak opieka zdrowotna (w tym opieka medyczna, leczenie i technologie wspomagające), edukacja, zatrudnienie i pomoc społeczna, w tym mieszkalnictwo i transport,

– Przyczyny barier

- nieodpowiednie prawodawstwo, polityki i strategie,
- brak świadczeń,
- problemy z ich dostarczaniem; brak wiedzy i zrozumienia niepełnosprawności,
- negatywne postawy i dyskryminacja



- brak dostępności,
 - niewystarczające środki finansowe i brak uczestnictwa w podejmowaniu decyzji, które mają bezpośredni wpływ na ich życie,
 - szczególne bariery istnieją również w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, które są w stanie wyrazić swoje opinie oraz poszukiwać, otrzymywać i przekazywać informacje i idee na równych zasadach z innymi osobami, jak też poprzez wybrane przez nich środki komunikacji
- *Konsekwencje występowania barier:*
- gorszy stan zdrowia niż osoby sprawne,
 - wyższa stopa ubóstwa,
 - niższe wykształcenie,
 - niższy poziom zatrudnienia,
 - zmniejszoną niezależność i ograniczone uczestnictwo.

Autorzy *Planu* uważają, że wielu z tych problemów można uniknąć. Dobry stan zdrowia osób niepełnosprawnych, osiągnięty przez poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, umożliwi im uczestnictwo w życiu społeczno-gospodarczym, a tym samym przyczyni się do osiągnięcia szerszych, globalnych celów rozwojowych. Wyznaczona w *Planie* misja działania dotyczy *poprawy zdrowia, funkcjonowania i dobrostanu* osób niepełnosprawnych. Opiera się na zasadach przewodnich obejmujących trzy cele:

- 1) usunięcie barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych;
- 2) wzmocnienie i rozwój rehabilitacji, habilitacji i technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wspierających, rehabilitacji środowiskowej;
- 3) wzmocnienie zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej odpowiednich danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

Przyjęty przez WHO *Plan*, odwołuje się do idei *Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych*, jest dokumentem wspierającym implementację jej postanowień, a w szczególności art. 9 (Dostępność), art. 11 (Sytuacje zagrożenia i sytuacje wymagające pomocy), art. 25 (Zdrowie), art. 26 (Habilitacja i rehabilitacja), art. 28 (Odpowiednie warunki życia i ochrona socjalna) i wiele innych. Plan działania kieruje się zasadami, które w większości znajdują odzwierciedlenie w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, a mianowicie:



- poszanowanie wrodzonej godności, indywidualnej autonomii, w tym swobody dokonywania własnych wyborów, a także poszanowanie niezależności danych osób,
- brak dyskryminacji,
- pełne i skuteczne uczestnictwo i integracja społeczna,
- poszanowanie różnic i akceptacja osób niepełnosprawnych, jako części różnorodności ludzkiej i ludzkości,
- równość szans,
- dostępność,
- równość mężczyzn i kobiet,
- poszanowanie rozwijania zdolności dzieci niepełnosprawnych i poszanowanie prawa dzieci niepełnosprawnych do zachowania swojej tożsamości,
- poszanowanie stałej godności i wartości osoby niepełnosprawnej w miarę dorastania i starzenia się.

Wszystkie postanowienia *Konwencji*, jak również stanowisko WHO wyrażone w omawianym *Planie*, powołują się na konieczność stosowania mechanizmu wsparcia osób niepełnosprawnych, opartego na systemie mającym charakter interdyscyplinarny. Powinien on funkcjonować na dwóch poziomach.

W *Planie* WHO, pierwszy poziom jest tworzony przez silne zaangażowanie systemowe, zapewniające środki i działania szerokiej grupy partnerów międzynarodowych, regionalnych i krajowych oraz przez rozwój i wzmocnienie regionalnych i globalnych sieci współpracy. Na poziomie drugim, mechanizm powinien zapewnić powodzenie realizacji *Planu* przez skuteczne podejście wielosektorowe, z praktycznymi mechanizmami koordynacji i implementacji między właściwymi ministerstwami i służbami odpowiedzialnymi za zapewnienie świadczeń z zakresu zdrowia, rehabilitacji i związanych z nimi usługami dla osób niepełnosprawnych. Na poziomie tym, działania obejmują sferę ochrony zdrowia, świadczeń dla osób niepełnosprawnych, ochronę socjalną, świadczenia opieki społecznej i środowiskowej, finansowanie, infrastrukturę, transport, komunikację, pracę oraz edukację. Warunkiem skuteczności koordynacji tych działań jest zapewnienie dostępności i wsparcia odpowiadającego na potrzeby osób niepełnosprawnych przez każde ministerstwo, departament oraz agencje, odpowiedzialne za realizację działań na ich rzecz. Interdyscyplinarność mająca charakter wielosektorowy jest warunkiem koniecznym powodzenia realizacji *Planu*. Może ona być wspierana przez współpracę wielosektorową w ramach rehabilitacji środowiskowej, której celem jest zapewnienie osobom





niepełnosprawnym i ich rodzinom dostępu do edukacji, zatrudnienia, opieki zdrowotnej i społecznej. Ważnym aspektem rehabilitacji środowiskowej jest wdrażanie jej dzięki połączonym wysiłkom osób niepełnosprawnych, ich rodzin, organizacji i społeczności oraz odpowiednich świadczeń w zakresie zdrowia, edukacji, usług zawodowych, społecznych i innych, świadczonych przez podmioty rządowe i pozarządowe. Rozwiązania te stosowane są obecnie w ponad 90 krajach, jednak zgodnie ze stanowiskiem WHO, państwa i regiony różnią się kontekstem i poziomem zaawansowania wysiłków na rzecz zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do świadczeń zdrowotnych, odpowiednich programów oraz wsparcia. *Plan WHO* zapewnia strukturę i wytyczne, a nie uniwersalne rozwiązania, natomiast każde z państw i regionów powinny realizować jego cele przez dostosowanie polityk, planów i celów do istniejących regionalnych i krajowych zobowiązań.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła 22 maja 2001 r. w ramach Światowego Zgromadzenia Zdrowia *Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*²⁶. Nie jest to dokument programowy ani strategiczny, ale regulujący system pojęciowy i klasyfikacyjny dotyczący niepełnosprawności. Ma on bardzo ważne znaczenie dla osób niepełnosprawnych, szczególnie z uwagi na zmniejszenie ryzyka dowolności w orzecznictwie o niepełnosprawności, a tym samym chroniącym realizację prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na orzeczoną lub nieorzeczoną niepełnosprawność. Zaproponowane w *ICF* podejście rozumienia niepełnosprawności podkreśla, że jest ona złożoną interakcją między stanem zdrowia jednostki a kontekstowymi czynnikami środowiskowymi i osobowymi. W swojej ocenie *ICF* koncentruje uwagę na codziennym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej, zrywając jednocześnie z podejściem sprowadzającym niepełnosprawność wyłącznie do upośledzenia fizycznego i problemu medycznego. Przyjęta w *ICF* koncepcja i metodyka oceny funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia stanowiła fundamentalne założenia do opracowania *Konwencji o prawach Osób Niepełnosprawnych*, przyjętej przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 2006 r. Tym samym, *Klasyfikacja ICF* wpłynęła na zachodzący obecnie proces zmian polityki publicznej wobec osób niepełnosprawnych w kierunku indywidualizacji procesu rehabilitacyjnego, deinstytucjonalizacji opieki, upowszechniania idei samodzielności i niezależnego życia.²⁷

²⁶ na podstawie: Wilmonska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2013(7), s. 17-19.

²⁷ <http://www.pfon.org/dokumenty-i-publikacje/klasyfikacja-icf/583-o-miedzynarodowej-klasyfikacji-funkcjonowania-niepelnosprawnosci-i-zdrowia-icf>





Na gruncie prawa krajowego, ochronę praw osób niepełnosprawnych do opieki zdrowotnej zapewnia *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*.²⁸ Zgodnie z pkt. 1 Art. 32 *Konstytucji*, wszyscy obywatele są równi wobec prawa i mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Polityka publiczna dotycząca prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność powinna być prowadzona zgodnie z zasadą określoną w pkt 2 art. 32 *Konstytucji*, czyli z uwzględnieniem zasady, że nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny, a więc również z uwagi na niepełnosprawność. W świetle art. 9 *Konstytucji*, Rzeczpospolita Polska zobowiązana jest do przestrzegania wiążącego ją prawa międzynarodowego, a zatem również art. 25 *Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych*.

System opieki zdrowotnej skierowanej do osób niepełnosprawnych w Polsce zmieniał się, szczególnie w zakresie zapobiegania i przywracania funkcji ciała i umysłu z zastosowaniem rehabilitacji. W latach 50. i 60. XX w. ukształtowała się tzw. *Polska Szkoła Rehabilitacji*²⁹, realizująca przede wszystkim zasadę leczenia człowieka, a nie jego choroby. Najważniejszym założeniem, realizowanym w praktyce było wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, często jeszcze w trakcie leczenia podstawowego, kompleksowe i ciągłe działania rehabilitacyjne oraz jej powszechne stosowanie. Wsparcie oferowane osobom rehabilitowanym było: dostosowane do indywidualnych potrzeb, bezpieczne i powszechne. W Polsce, dorobek *Polskiej Szkoły Rehabilitacji* został niedoceniony w okresie transformacji ustrojowej, kiedy to rozdzielono rehabilitację leczniczą od rehabilitacji społecznej i zawodowej. Wprowadzane kolejne zmiany prawne nie pozwoliły na zwrot ku wypracowanym skutecznym wzorcom, mimo ogłoszenia w 1991 r. pierwszej *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. W Polsce rehabilitacja lecznicza³⁰, zgodnie z właściwością rzeczową, finansowana jest zgodnie z *Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Rehabilitacja społeczna i zawodowa, zgodnie z *Ustawą o*

²⁸ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r.

²⁹ na podstawie: Kawwa J., Wilmonska-Pietruszyńska A., *Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2016(19), s. 86-87.

³⁰ Kawwa J., Wilmonska-Pietruszyńska A., *Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2016(19), s. 86-87.





rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, finansowana jest głównie przez Państwowy Fundusz rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

W Polsce, prawo osób niepełnosprawnych do zdrowia reguluje również szereg innych ustaw. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*, wbrew tytułowemu założeniu o ochronie, budzi wiele kontrowersyjnych opinii, szczególnie w odniesieniu do możliwości ubezwłasnowolnienia i przymusowego umieszczania osób niepełnosprawnych intelektualną w szpitalach psychiatrycznych. Zgodnie z opinią Rzecznika Praw Obywatelskich³¹: „wątpliwości budzi treść (...) w zakresie artykułu dotyczącego ustanowienia przez sąd pełnomocnika procesowego dla osoby chorującej psychicznie, będącej stroną postępowania w przedmiocie przymusowego umieszczenia jej w szpitalu psychiatrycznym. Zdaniem Rzecznik artykuł w formie obecnej nie gwarantuje należytej ochrony praw procesowych osób chorych psychicznie. Zagrożeniem wydaje się stworzenie tą drogą możliwości pozbawienia wolności – w formie przymusowego umieszczenia osoby chorującej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym, co stanowi istotną ingerencję w prawa i wolności osobiste, chronione konstytucyjnie. W ocenie Rzecznik zapewnienie osobie chorującej psychicznie profesjonalnej pomocy prawnej winno mieć charakter obligatoryjny i zostać objęte gwarancją bez względu na subiektywną ocenę sądu.” Prawo do ochrony zdrowia i rehabilitacji środowiskowej, które zalecane są przez *Globalny Plan Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021* oraz *Konwencję o Prawach Osób Niepełnosprawnych* było również przedmiotem postępowania prowadzonego na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich³² przed Trybunałem Konstytucyjnym. Zgodnie z wnioskiem Rzecznik, *Ustawa* narusza prawa osób niepełnosprawnych. Przykładem jest art. 41 ust. 1 *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, który narusza art. 30 *Konstytucji*, gdyż „osoba całkowicie ubezwłasnowolniona, przyjęta do domu pomocy społecznej na wniosek jej opiekuna, w przypadku zmiany okoliczności faktycznych, nie jest legitymowana do wystąpienia do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia w jej sprawie. W konsekwencji pobyt ten może mieć charakter bezterminowy, gdyż osoba bezpośrednio zainteresowana nie jest uprawniona do zainicjowania postępowania, które mogłoby przywrócić jej wolność osobistą.” Wyrok Trybunału Konstytucyjnego wyraźnie wskazuje na niezgodność zapisów *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* z art. 45 ust. 1 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* w zakresie, w jakim pomijane jest uprawnienie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, umieszczonej w domu pomocy społecznej za zgodą jej

³¹ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/w-obronie-os%C3%B3b-choruj%C4%85cych-psychicznie-art-13-%E2%80%93-dost%C4%99p-do-wymiaru-sprawiedliwo%C5%9Bci-art-25>

³² <http://trybunal.gov.pl/rozprawy/komunikaty-prasowe/komunikaty-przed/art/9050-osoby-calkowicie-ubezwlasnowolnione-zasady-umieszczania-w-domach-opieki-spoecznej-prawa-osob/>





opiekuna, do domagania się weryfikacji podstaw jej przebywania w domu pomocy społecznej. Oznacza to, że ustawa mająca chronić zdrowie osób niepełnosprawnych intelektualną, które najbardziej narażone są na dyskryminację, przyczyniać się może do znacznego pogorszenia ich dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, który jest czymś więcej niż antonimem choroby czy niepełnosprawności.³³ Z drugiej strony stosowanie tego typu przepisów prawa, jest sprzeczne z międzynarodowymi umowami podpisanymi przez Polskę w zakresie równości i niedyskryminacji, równości wobec prawa oraz prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.

³³ w odwołaniu do definicji zdrowia [w:] Gorajewska D., *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnościami*, Wydanie drugie poprawione i uzupełnione (2009), Publikacja współfinansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, s. 55.





3. PRAWNE UWARUNKOWANIA KORZYSTANIA PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE Z PRAWA DO ZDROWIA

3.1. DIAGNOZA SYTUACJI I IDENTYFIKACJA BARIER PRAWNYCH

3.1.1. OPINIE UCZESTNIKÓW DEBAT NA TEMAT WYWIĄZYWANIA SIĘ POLSKIEGO PRAWA Z POSZANOWANIA PRAWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZDROWIA

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych nakłada na Państwa Strony obowiązek poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych. Z perspektywy niniejszego opracowania, obowiązek ten odnosi się do obszaru zdrowia. Ocena wywiązywania się z nałożonych na Polskę zobowiązań wynikających z *KPON*, dokonana została przez zespół ekspertów uczestniczących w debacie doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, pn. *Zdrowie (Art.25)*, zorganizowanej przez Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych w dniu 11 października 2016 r. Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów **polskie prawo w zakresie poszanowania, ochrony i realizacji prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia wymaga pewnych zmian**, które powinny dotyczyć przede wszystkim kwestii związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb pacjentów z różnymi potrzebami komunikacyjnymi oraz z dostosowaniem sprzętu i urządzeń medycznych, aby profilaktyka zdrowotna oraz leczenie mogły być dostępne dla wszystkich osób bez względu na niepełnosprawność. Dodatkowo, zasadnym byłoby normatywne zagwarantowanie osobom niepełnosprawnym dostępu do lekarzy i personelu medycznego, który posiadałby odpowiednie kwalifikacje w zakresie pracy/udzielania pomocy osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Nieprzestrzeganie zobowiązania do możliwie najwyższego poziomu opieki zdrowotnej, zdaniem ekspertów powinno być sankcjonowane prawnie. Zdaniem ekspertów, nierozwiązane zostały dotychczas kwestie związane z systemem orzekania o niepełnosprawności oraz ze stosowanymi w nim definicjami osoby niepełnosprawnej (tab. 1).

Tabela 1. Opinie na temat stopnia, w jakim polskie prawo w aktualnym kształcie jest – ogólnie rzecz biorąc – dostosowane do wymogów wdrażania *Konwencji* o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność

Wyszczególnienie

- w niewielkim stopniu odpowiada Konwencji, brakuje mechanizmów egzekucji wdrażania *KPON* we





Wyszczególnienie

wszystkich obszarach

- w zbyt ogólnym, brakuje niezależnego mechanizmu do spraw monitorowania wdrażania Konwencji
- prawo jest niewystarczające, brakuje w nim stosownych treści, wynikających z zasad KOPON oraz brakuje mechanizmu sankcji za ich nieprzestrzeganie
- brakuje sankcji za nie dostosowanie podmiotów medycznych i świadczonych przez nie usług leczniczych i rehabilitacyjnych do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami
- dokonano nowelizacji szeregu aktów prawnych, ale ich realizacja nie jest wystarczająco wspierana administracyjnie, finansowo i logistycznie
- prawo jest teoretycznie dostosowane do wymogów Konwencji, jednak jego realizowanie, a następnie egzekwowanie pozostawia wiele do zrobienia
- od lat w Polsce funkcjonuje ułomny system oceny i orzekania o niepełnosprawności, porażką jest nie wprowadzenie przez Polskę systemu ICF
- powinno się moim zdaniem ponownie pochylić nad zagadnieniem ubezwłasnowolnienia, ponieważ obecne przepisy budzą zastrzeżenia w kontekście konstytucyjnej ochrony wolności
- należy ujednolicić w dokumentach prawnych i administracyjnych język, jakim mówi się o niepełnosprawności i definicji niepełnosprawności
- należy wrócić do orzekania o niepełnosprawności tylko przez jeden organ państwowy
- brakuje dokumentu opisującego długofalową strategię wdrażania Konwencji w tym zakresie i działania mającego na celu poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych, dokument pozwoliłby na jasne określenie ścieżek działania i uniknięcie jednorazowych działań nie przynoszących trwałych efektów
- polskie prawo nie zmusza instytucji do tego, aby zapewniały usługi i leczenie dostępne dla wszystkich osób z różnymi niepełnosprawnościami
- brakuje usług komunikacyjnych, ale również zobowiązania placówek do zakupu sprzętu dostosowanego do potrzeb osób z różnymi ograniczeniami mobilności, mającymi różne ciała, wzrost i wagę
- brakuje również wymogów zapisanych w programach kształcenia lekarzy i personelu, który pracuje w służbie zdrowia, każda osoba powinna otrzymać odpowiednie przeszkolenie i zdobyć wykształcenia jak pomagać pacjentom z różnymi niepełnosprawnościami
- ustawa o języku migowym, oraz karta o prawach pacjenta umożliwia dostęp w ograniczonym zakresie do informacji, jednak i w tak ograniczonym zakresie nie jest przestrzegana z powodu postaw personelu podmiotów leczniczych

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Jak wynika z opinii wyrażonych przez uczestników debaty tematycznej poświęconej wdrażaniu art. 25 KOPON, oczekiwane przez środowiska osób niepełnosprawnych **zmiany prawne powinny obejmować szeroko pojętą dostępność**, która dotyczyć powinna przede wszystkim wymienionych powyżej kwestii związanych z komunikacją (również dotyczącą rejestracji wizyt), kształceniem personelu, wyposażeniem placówek medycznych oraz systemu orzekania o niepełnosprawności. W przypadku systemu orzekania o niepełnosprawności, powinien on zostać oparty o założenia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).





„(...)To jest powszechnie stosowane narzędzie na świecie, w Europie, o którym w Polsce tylko nieliczni słyszeli, a już na pewno nikt go powszechnie nie używa. Uważam, że wprowadzenie ICF-u, stworzenie jasnych podstaw kryteriów i zdefiniowanie na tej podstawie co komu, z powodu jakiej dysfunkcji powinno być przypisane w systemie i wywalczenie tego. Ale wywalczenie tego wszyscy razem proszę Państwa, bo jeżeli będziemy oddzielnie mówić o problemach Amazonek, oddzielnie o problemach osób głuchoniemych, oddzielnie o problemach osób z dysfunkcją narządu ruchu, to rozmowa z systemem będzie długa i mało skuteczna (...)”

Sprawozdanie z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016

Klasyfikacja WHO stanowić może również narzędzie systematyzujące i ujednolicające systemy polityk zdrowotnych oraz publicznych ponieważ:³⁴

- spełnia oczekiwania na przedstawienie efektów, czy dokonane zmiany w systemach opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach świata rzeczywiście skutkują poprawą stanu zdrowia populacji, w tym również osób z niepełnosprawnościami,
- ustala wspólne uniwersalne mierniki, które pozwalają ocenić stopień obciążenia chorobą zarówno poszczególnych chorych, jak i ich otoczenia, pozwala ustanowić priorytety w oparciu o dane empiryczne i koncepcję zdrowia oraz oceniać wyniki zastosowanych interwencji zdrowotnych, nie tylko w aspekcie leczenia choroby, ale także dalszego funkcjonowania chorego,
- może być podstawą do opracowania prostych w użyciu narzędzi, powiązanych z ICF i przydatnych w ocenie wyników poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, jak i poszczególnych rodzajów interwencji zdrowotnych zarówno w skali jednostki, jak i populacji,
- daje możliwość profesjonalnego i ujednoliconego opisu w dokumentacji lekarskiej objawów choroby, jej przebiegu czy oceny ciężkości stanu chorego, co dotychczas i obecnie w wielu krajach świata opiera się głównie na ocenie jakościowej, obciążonej sporym błędem, zależnym od kwalifikacji i doświadczenia lekarza opisującego,
- pozwala wykluczyć opisy lekarskie, które są mało dokładne i zawierają wiele różnych indywidualnych określeń, często niezrozumiałych – poza autorem – dla innych lekarzy

³⁴ Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2013(7), s. 8-9.





lub charakteryzujących się wieloznacznością i jednocześnie nie są wystarczające, aby uznać je za dowód naukowy,

- spełnia potrzeby badań naukowych w zakresie stworzenia możliwości przeprowadzania dowodów naukowych w wielu ośrodkach klinicznych, opracowując precyzyjnie zdefiniowane, jednakowe kryteria ocen i interpretacji danych klinicznych, zarówno jakościowych jak i ilościowych.

Praktyczne zastosowanie *ICF*, klasyfikacji pozwalającej na holistyczną ocenę stanu zdrowia pacjenta, pozwolić może na wiele pozytywnych zmian, np.:³⁵

- badanie lekarskie obejmie sprawność chorego, a nie tylko objawy jego choroby,
- umożliwi opisanie wyniku badania w języku uniwersalnym, pozwalającym na ocenę zmian następujących w czasie obserwacji pacjenta, ocenę skuteczności stosowanych metod leczenia i rehabilitacji i dokonywanie porównań w skali indywidualnej, ale i populacji, czy zbiorowej,
- przyczyni się do edukacji lekarzy w temacie nowego spojrzenia na zadania medycyny przez uświadomienie im, że jakość życia ich pacjentów zależy nie tylko od stanu zdrowia, ale także, jeżeli nie głównie, od związanej z nim sprawności,
- dostarczy rzetelnych danych statystycznych i pozwoli na informowanie na bieżąco władz politycznych i administracyjnych kraju (województwa, powiatu, gminy) o skali zjawiska naruszenia sprawności w odniesieniu do funkcji organizmu człowieka i wpływie czynników kontekstowych na jego funkcjonowanie, stwarzając znacznie lepsze warunki do kreowania polityki społecznej oraz usuwania barier środowiskowych.

Na zmiany, jakie mogą być efektem wdrożenia *ICF*, oczekuje wiele środowisk³⁶:

- osoby niepełnosprawne oczekujące realizacji ich praw i stworzenia im warunków do integracji ze społeczeństwem,
- władze publiczne, które są obciążane coraz większymi kosztami, ponieważ w wyniku postępu wiedzy medycznej choroby znacznie częściej nie zagrażają życiu, lecz powodują naruszenie sprawności,

³⁵ Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*,

[w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2013(7), s. 16.

³⁶ Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*,

[w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2013(7), s. 9-10.





- lekarze praktycy i naukowcy prowadzący badania w dziedzinie medycyny klinicznej i zdrowia (zwłaszcza badania dotyczące wyników interwencji zdrowotnych według schematu: ocena wstępna – interwencja zdrowotna – ocena wyników).

Ważną kwestią, która zdaniem ekspertów powinna zostać uregulowana w aktach prawnych jest asystentura oraz dostęp do tłumaczy języka migowego w procesie profilaktyki zdrowotnej oraz leczenia osób niepełnosprawnych, które powinny być zapewnione w całym procesie leczenia i rehabilitacji. Należy również umocować prawnie systemowe rozwiązania, które pozwolą skoordynować proces leczenia oraz rehabilitacji leczniczej, społecznej oraz zawodowej osób niepełnosprawnych. Z procesem leczenia powiązane jest zagadnienie dostępności do leków. W tej kwestii należy usprawnić zapisy prawa farmaceutycznego w zakresie refundacji leków i wyrobów medycznych oraz prowadzenia badań klinicznych nad innowacyjnymi technologiami (tab. 2).

Tabela 2. Opinie na temat działań (legislacyjnych, organizacyjnych, innych), jakie należałoby podjąć, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym pełną realizację ich praw wynikających z *Konwencji*, w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność

Wyszczególnienie
• nowelizacja ustawy o języku migowym przez włączenie podmiotów leczniczych do obowiązku zapewnienia certyfikowanego tłumacza języka migowego pacjentom z niepełnosprawnością słuchu, posługującym się tylko językiem migowym zgodnie z art.9 pkt (e) Konwencji (w chwili obecnej ustawa zezwala na obsługę osoby głuchej przez przeszkolonego pracownika) • wprowadzenie zmian w polskim prawie dotyczących sankcji za nie dostosowanie podmiotów medycznych i świadczonych przez nie usług leczniczych i rehabilitacyjnych zgodnych z potrzebami osób z różnymi dysfunkcjami • należałoby wprowadzić system ICF lub jego elementy, nowoczesne metody diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych • usprawnienie zapisów prawa farmaceutycznego w zakresie refundacji leków i wyrobów medycznych oraz prowadzenia badań klinicznych nad innowacyjnymi technologiami • przyspieszenie prac legislacyjnych i wdrożeniowych nad cyfryzacją usług administracyjnych i zdrowotnych • wzmocnienie roli i umocowanie opiekuna osoby niepełnosprawnej • aktywizacja zawodowa • zmiany w kształceniu personelu medycznego – w tym lekarzy – w zakresie specyficznych potrzeb poszczególnych grup osób niepełnosprawnych • wprowadzenie koordynatorów leczenia osoby w trakcie procesu rehabilitacji • systemowe rozwiązania rehabilitacyjne – skoordynowana rehabilitacja lecznicza, społeczna, zawodowa • umożliwienie asystentom osób niepełnosprawnych udziału w całym procesie leczenia i rehabilitacji, szczególnie osobom z niepełnosprawnością intelektualną • mechanizmy egzekwowania prawa • należy wprowadzić międzynarodowy system ICF • niezbędny jest dokument określających długofalowe cele i strategię działania w tym obszarze



Wyszczególnienie

- podstawą działań na rzecz poprawy dostępu do usług zdrowotnych w Polsce powinna być profilaktyka leczenia chorób, przekazywanie wiedzy i udostępnienie wszystkich treści dla każdej osoby niepełnosprawnej
- do priorytetowych działań należałoby zaliczyć również te w zakresie dostępności placówek i usług dla każdej osoby z dowolną niepełnosprawnością, być może trzeba by dokonać audytów placówek medycznych i ich usług pod tym kątem
- należało by też ustalić i umożliwić finansowanie usług tłumaczy z budżetu państwa

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Zagwarantowanie poszanowania praw osób niepełnosprawnych do zdrowia w aktach prawnych nie stanowi jednak o tym, że prawa te są i/lub będą przestrzegane. Zdaniem ekspertów na płaszczyźnie egzekwowania praw osób niepełnosprawnych pojawiają się dwa problemy, które uznać można za równoważne. **Pierwszy z nich dotyczy uwarunkowań systemowych**, przede wszystkim prawnych. Przykładem jest przede wszystkim brak możliwości egzekwowania swoich praw przez osoby niepełnosprawne z powodu braku w prawie sankcji za ich nieprzestrzeganie. **Drugim czynnikiem jest niski poziom wiedzy i kompetencji samych osób niepełnosprawnych**, które nie zawsze znają swoje prawa a skomplikowane i długotrwałe procedury powodują, że osoby niepełnosprawne, które zmagają się z wieloma barierami życia codziennego nie potrafią/nie są w stanie dochodzić swoich praw do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność (tab. 3).

Tabela 3. Opinie na temat istniejących w Polsce warunków prawnych umożliwiających osobom niepełnosprawnym dochodzenia ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność

Opinie pozytywne	Opinie krytyczne
• istnieją zapisy pozwalające uzyskać informacje i tym samym odpowiedzieć na nią poszerzając dotychczasowy wywiad lekarski	• źle, ponieważ strona internetowa NFZ czy Ministerstwa Zdrowia nie jest dostępna dla osób głuchych posługujących się językiem migowym, prawa pacjenta nie są przetłumaczone na język migowy, nie ma informacji w języku migowym w jakich okolicznościach i gdzie osoby głuche mogą dochodzić swoich praw • w Polsce istnieje Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Obywatelskich oraz cywilna droga sądowa, jednak mimo istniejących instytucji prawnych trudno jest wyegzekwować swoje prawa pacjenta, jako osoba niepełnosprawna, czasem jest to wręcz niemożliwe • mamy wystarczające podstawy prawne w tym zakresie, na poziomie aktów wyższego rzędu (Konstytucja RP, Ustawy), kluczem jest ich realizacja, zbyt dużo przepisów wykonawczych, aktów niższego rzędu (rozporządzenia ministrów, zarządzenia prezesów instytucji państwowych, okólników dyrektorów urzędów, regulaminów placówek świadczących usługi zdrowotne) blokuje uwalnianie środków na



Opinie pozytywne	Opinie krytyczne
	likwidację istniejących barier • panuje ogólne przekonanie, że dochodzenie swoich praw w przypadku służby zdrowia skazane jest z góry na porażkę, tym bardziej takich prób nie podejmują osoby niepełnosprawne, koncentrując się na swoich problemach dnia codziennego; tylko nieliczni podejmują działania, niestety są one bardzo czasochłonne i rzadko kończą się korzystnie dla zainteresowanego pacjenta • w Polsce brak jest wsparcia psychologicznego, opieki koordynowanej, brak dostępu do rehabilitacji • dochodzenie praw umożliwiających osiągnięcie najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia jest dla osób niepełnosprawnych praktycznie nie do wyegzekwowania na drodze prawnej • warunki prawne często wydłużają drogę do osiągnięcia najwyższego możliwego stanu zdrowia wiąże się z wieloma definicjami niepełnosprawności i orzecznictwem • dla wielu osób problemem jest również dostępność leczenia zagranicznego, ponieważ Ustawa o leczeniu transgranicznym ustanawia bardzo długie procedury uzyskania finansowania na takie leczenie, co może mieć wpływ na zdrowie i życie pacjenta w przypadku, gdy w Polsce dana usługa medyczna jest niedostępna lub czas oczekiwania na jej uzyskanie jest długi • brak jest realnego wyciągania sankcji z powodu nieprzestrzegania tych zapisów ponieważ nie ma wymogu, aby placówka zatrudniła tłumacza czy lekarz pisał na kartce – kontakt z pacjentem niemożliwy po stronie pacjenta

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Planowanie wdrażania art. 25 KPON w Polsce, zdaniem ekspertów powinno opierać się na wprowadzaniu zmian w wielu obszarach opieki zdrowotnej. Szczególną uwagę należy skierować na racjonalne usprawnienia oraz uniwersalne projektowanie wszystkich usług leczenia, rehabilitacji oraz profilaktyki zdrowotnej. Działania te powinny obejmować zarówno dostępność komunikacyjną, informacji, wyposażenia placówek medycznych, dostępu do urządzeń wspierających, edukacji leczniczej i profilaktycznej. Wspieranie tych działań powinno opierać się na zwiększeniu dofinansowania zarówno do „programów lekowych” i leczenia, jak i do zakupu urządzeń wspierających. Pożądanym byłoby, aby zostały opracowane i wdrażane programy zdrowia, które byłyby adresowane zarówno do ogółu ludności, jak i grup społecznych posiadających specjalne potrzeby, np. osoby niepełnosprawnej z naruszoną sprawnością psychiczną.

W opiniach ekspertów, w okresie do 2025 r. wdrażanie art. 25 KPON powinno obejmować także działania edukacyjne, które poświęcone zostaną różnym zagadnieniom i skierowane będą do różnych grup społecznych. Jednym z kierunków edukacji powinno być podnoszenie świadomości społecznej na temat zdrowia i profilaktyki społecznej. Inny rodzaj





działań edukacyjnych powinien zostać skierowany do kadr medycznych i pracowników socjalnych, np. dotyczący nowych bardziej efektywnych rozwiązań i technologii medycznych.

Należy przychylić się do stanowiska ekspertów, że w nadchodzącym okresie należy podjąć jeszcze jedno wyzwanie, a mianowicie potraktowanie polityki publicznej jako inwestycji, mogącej przynieść zarówno społeczeństwu jak i gospodarce wymierne korzyści.

Przykładem dobrej praktyki³⁷ mogą być Stany Zjednoczone Ameryki, nakłady na rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych przyniosły w skali kraju bardzo duże korzyści już po czterech latach od uchwalenia *Amerykańskiej Federalnej Ustawy o Rehabilitacji*. W społecznym wymiarze, pozytywnym rezultatem był wysoki poziom włączenia ponad 250 tysięcy osób z niepełnosprawnościami, które powróciły do pracy. Okazało się, że rehabilitacja przyniosła również bardzo duże korzyści finansowe, które zgodnie z szacunkami rządu pozwoliły za każdego dolara zainwestowanego w rehabilitację, uzyskać 10 dolarów dochodu z podatków oraz osiągnąć oszczędność, wynikającą ze znacznego spadku wydatków na pomoc publiczną dla osób niepełnosprawnych.³⁸ Oznacza to, że w wyniku zastosowanej przez państwo inżynierii społecznej, pozycja osób niepełnosprawnych na amerykańskim rynku pracy wzmocniła się.

Dodatkowo, skuteczność tych działań może wzmocnić przez budowanie relacji efektywniejszej współpracy rządu we współtworzeniu reformy systemu opieki zdrowotnej z zainteresowanymi środowiskami (tab. 4). Współpracę tę należy również zacieśniać z innymi jednostkami służby zdrowia, podejmującymi decyzje w sprawach dotyczących praw osób niepełnosprawnych, wynikających z art. 25 KPON.

Tabela 4. Opinie na temat zagadnień, na jakich należałoby skoncentrować wysiłki związane z wdrażaniem Konwencji w okresie do 2025 r. w zakresie realizacji prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia

Wyszczególnienie
- zapewnienie osobom niepełnosprawnym takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach usług opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego oraz adresowanych do całej populacji programów w zakresie zdrowia publicznego - zapewnienie usług zdrowotnych, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym wczesne rozpoznawanie i leczenie, jeżeli jest potrzebne, a także usług

³⁷ Tomczyk U., *Materiały na tematyczną debatę doradczą-programową poświęconą pozycji osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy w Polsce. Pozycja osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy w Polsce*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

³⁸ Breuer J., *Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy integrujących społecznie*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr IV/2012(5), s. 46.





Wyszczególnienie

- mających na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych
- wzmocnienie roli Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych
 - uznanie niewerbalnych form porozumiewania się za pełnoprawne
 - zmiana systemu orzekania o niepełnosprawności na ICF (wprowadzenie ICF w Polsce)
 - projektowanie uniwersalne oraz dostosowanie placówek medycznych i urzędów do możliwości i potrzeb osób z dysfunkcjami
 - powszechny, dostępny system informacji o dostępie do profilaktyki, leczenia, rehabilitacji dla wszystkich osób niepełnosprawnych
 - zwiększenie dofinansowania do zakupu urządzeń wspomagających
 - zwiększenie programów lekowych i leczenia (operacje, zabiegi), szczególnie dla osób ze sprzężoną niepełnosprawnością oraz ze schorzeniami rzadkimi
 - szersza edukacja społeczeństwa w ramach systemu edukacji społecznej nt. świadomości zdrowotnej i społecznej
 - edukacja kadr medycznych i pracowników socjalnych w zakresie nowych bardziej efektywnych rozwiązań i technologii medycznych
 - większe finansowanie opieki zdrowotnej
 - efektywniejsza i bardziej transparentna współpraca rządu we współtworzeniu reformy systemu opieki zdrowotnej z zainteresowanymi środowiskami
 - wprowadzenie w życie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
 - traktowanie polityki społecznej jako inwestycji w społeczeństwo
 - wdrożenie schematu – wczesna diagnoza, właściwe leczenie, rehabilitacja od początku choroby
 - egzekwowanie obowiązującego prawa
 - uporządkowanie spraw związanych z orzecznictwem
 - poprawa dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych, psychologicznych, medycznych, tłumaczy języka migowego podczas wizyt u świadczeniodawców
 - wprowadzenie koordynatora osoby niepełnosprawnej na poziomie gminy – powiatu
 - wsparcie osób niepełnosprawnych mieszkających poza ośrodkami miejskimi
 - wzmocnienie prawa w dostępie do opieki zdrowotnej
 - poszanowanie prawa do pełnego informowania pacjentów i uwzględniania ich informacji
 - dostęp do rehabilitacji niezależnie od wieku

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

3.1.2. WYNIK PRZEGLĄDU REGULACJI PRAWNYCH³⁹

„Analiza zaprezentowana w niniejszym opracowaniu obejmuje obszar normatywny wyznaczony przez art. 25 *Konwencji* z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób

³⁹fragment opracowania: Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.





Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, dalej jako „*Konwencja*” lub „*KPON*”). Wskazany przepis wyraża prawo osób niepełnosprawnych do osiągnięcia możliwie najwyższego stanu zdrowia.

Zgodnie z art. 25 *Konwencji*, Państwa Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają **prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność**. Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej biorących pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej. W szczególności, Państwa Strony:

- a) zapewnią osobom niepełnosprawnym taki sam jak w przypadku innych osób **zakres, jakość i standard bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych**, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego oraz adresowanych do całej populacji programów w zakresie zdrowia publicznego,
- b) zapewnią **te usługi zdrowotne, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym**, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym wczesne rozpoznawanie i leczenie, o ile konieczne, a także usługi mające na celu ograniczenie i **zapobieganie pogłębianiu się niepełnosprawności**, w tym u dzieci i osób starszych,
- c) zapewnią świadczenie usług opieki zdrowotnej **możliwie blisko społeczności**, w których żyją osoby niepełnosprawne, w tym na obszarach wiejskich,
- d) **zobowiążą osoby wykonujące zawody medyczne** do zapewniania osobom niepełnosprawnym, na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody, opieki takiej samej jakości jak innym osobom poprzez, między innymi, podnoszenie świadomości w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych w drodze szkoleń i upowszechniania standardów etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej,
- e) **zakazą dyskryminacji** osób niepełnosprawnych w zakresie **ubezpieczenia zdrowotnego**, a także ubezpieczenia na życie, jeśli takie ubezpieczenie jest dozwolone przez ustawodawstwo krajowe, przy czym ubezpieczenia będą zapewniane w sposób sprawiedliwy i racjonalny,
- f) będą **zapobiegać przypadkom odmowy** udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych, albo pożywienia i płynów.

Przepis art. 25 *Konwencji* przyznaje osobom niepełnosprawnym prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na





niepełnosprawność (dalej jako „**prawo do zdrowia**”). W tym celu władze państwowe są zobowiązane do podjęcia wszelkich odpowiednich środków koniecznych do zapewnienia dostępu do usług opieki zdrowotnej. Przepis ten stanowi podstawową gwarancję dla osób niepełnosprawnych w obszarze praw dotyczących kwestii zdrowotnych i kontaktów z systemem służby zdrowia. W tym obszarze normatywnym praw osób niepełnosprawnych została przeprowadzona pogłębiona analiza samego uprawnienia wyartykułowanego w art. 25 *KPON* oraz zostały wskazane podniesione w literaturze przedmiotu bariery realizacji tego prawa oraz zostały sformułowane kierunkowe rekomendacje legislacyjne, mające na celu usunięcie zidentyfikowanych barier w realizacji prawa do zdrowia.

Weryfikacja barier prawnych poddana została analizie w świetle pogłębionego rozumienia prawa do zdrowia (art. 25 *KPON*), w wyniku której zostały zidentyfikowane i ocenione bariery prawne, na które natrafiają osoby niepełnosprawne dążąc do realizacji tego prawa. Bariery prawne, zaprezentowane w tej części opracowania, zostały zidentyfikowane w oparciu o analizę literatury przedmiotu i w drodze odniesienia podnoszonych w niej problemów do tekstów aktów normatywnych (metoda egzegetyczno-dogmatyczna). Dany akt normatywny został oceniony jako **rzeczywista lub potencjalna bariera**, która albo generuje dany problem zauważony w literaturze przedmiotu albo nie zawiera rozwiązań prawnych służących wyeliminowaniu danej przeszkody. Związek danego problemu z treścią analizowanego aktu normatywnego pozwolił na zidentyfikowanie **bariery prawnej**, która przybiera kształt wadliwego w świetle wymogów *KPON* przepisu prawnego lub braku stosownej regulacji („luka w prawie”). Przy braku związku danego problemu osób niepełnosprawnych z treścią przepisów prawa, należy domniemywać wadliwą praktykę stosowania i wykładni przepisów prawa, które w warstwie językowej są adekwatne do wymogów *KPON*.

Opracowanie obszaru normatywnego art. 25 *KPON* prezentuje analizę obejmującą następujące akty normatywne:

- 1) Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.), dalej jako „**Konstytucja RP**”;
- 2) Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta przez Ogólne Zgromadzenie Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1948 r., dalej jako „**Deklaracja Praw Człowieka**”;
- 3) Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167), dalej jako „**Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych**”;





- 4) Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. 1977 r. Nr 38, poz. 169), dalej jako „**Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych**”;
- 5) Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), dalej jako „**Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności**”;
- 6) Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67), dalej jako „**Europejska Karta Społeczna**”;
- 7) Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 30 marca 2010 r. (Dz.Urz. UE seria C Nr 83, str. 389), dalej jako „**Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej**”;
- 8) ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916), dalej jako „**ustawa o zdrowiu publicznym**”;
- 9) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186), dalej jako „**ustawa o prawach pacjenta**”;
- 10) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1638), dalej jako „**ustawa o działalności leczniczej**”;
- 11) ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557 ze zm.), dalej jako „**kodeks karny wykonawczy**”;
- 12) ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2082 ze zm.), dalej jako „**kodeks rodzinny i opiekuńczy**”;
- 13) ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw z dnia 9 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1991);
- 14) ustawa z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 460 ze zm.), dalej jako „**ustawa o drogach publicznych**”;
- 15) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 546), dalej jako „**ustawa o ochronie zdrowia psychicznego**”;
- 16) ustawa z dnia z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 380 ze zm.), dalej jako „**kodeks cywilny**”;
- 17) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.), dalej jako „**ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty**”;
- 18) ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.), dalej jako „**ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej**”;



- 19) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581), dalej jako „**ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej**”;
- 20) ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 23), dalej jako „**kodeks postępowania administracyjnego**”;
- 21) ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.), dalej jako „**ustawa o ochronie danych osobowych**”;
- 22) ustawa z dnia z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. Nr 209, poz. 1243), dalej jako „**ustawa o języku migowym**”;
- 23) ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 298), dalej jako „**ustawa o ochronie zdrowia**”;
- 24) Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2016 r. poz. 446), dalej jako „**ustawa o samorządzie gminnym**”;
- 25) ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1844), dalej jako „**ustawa o działalności ubezpieczeniowej**”;
- 26) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. t. j. Dz. U. 2016, poz. 2046), dalej jako „**ustawa o rehabilitacji zawodowej**”;
- 27) Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 879), dalej jako „**ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym**”;
- 28) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. Nr 45, poz. 271 ze zm.), dalej jako „**prawo farmaceutyczne**”;
- 29) ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 594 ze zm.), dalej jako „**ustawa o bezpieczeństwie żywności**”;
- 30) ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1184), dalej jako „**ustawa o służbie medycyny pracy**”;
- 31) ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 876 ze zm.), dalej jako „**ustawa o wyrobach medycznych**”;
- 32) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 21 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2006 nr 247 poz. 1819 ze zm.);





- 33) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069);
- 34) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia przysługujące weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 lutego 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 208);
- 35) rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi i weteranowi poszkodowanemu z dnia 23 marca 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 345);
- 36) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych z dnia 24 lutego 2004 r. (t.j. Dz.U. Nr 31, poz. 275);
- 37) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie oznakowania opakowań substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych oraz niektórych mieszanin z dnia 20 kwietnia 2012 r. (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 450);
- 38) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego weterynaryjnego oraz treści ulotki z dnia 29 października 2009 r. (t.j. Dz.U. Nr 188, poz. 1467);
- 39) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki z dnia 20 lutego 2009 r. (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1109);
- 40) rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z dnia 13 listopada 2003 r. (Dz.U. Nr 204, poz. 1986);
- 41) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania z dnia 28 czerwca 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 740);
- 42) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 739);





- 43) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego z dnia 5 stycznia 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 14);
- 44) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych z dnia 26 marca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 458);
- 45) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” z dnia 20 czerwca 2002 r. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 283).

Analiza literatury przedmiotu oraz wskazanych aktów normatywnych pozwala zidentyfikować następujące bariery związane z obowiązującym stanem prawnym:

1. BARIERY ZWIĄZANE Z DOSTĘPNOŚCIĄ

1.1. Brak rozwiązań telemedycznych

Przykład Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz krajów Europy zachodniej wskazuje, że narzędziem usprawniającym cały system służby zdrowia, szczególnie pomocnym dla osób niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim niepełnosprawnych ruchowo, jest telemedycyna. Zdalny kontakt z lekarzem za pośrednictwem systemów łączności teleinformatycznej niweluje konieczność fizycznego kontaktu, a zatem osoba niepełnosprawna nie musi pokonywać drogi do placówki zdrowotnej lub w niej pozostawiać. Zastosowanie rozwiązań telemedycznych przynosi szereg korzyści dla pacjentów i lekarzy. Odpowiednie wykorzystanie nowych technologii pozwala poprawić jakość i znacznie zwiększyć dostępność świadczeń medycznych przy jednoczesnej redukcji kosztów organizacji ochrony zdrowia⁴⁰. Innowacyjne podejście stwarza szansę stosunkowo łatwego rozwiązania największych problemów polskiej służby zdrowia – zbyt długich kolejek, nadmiernego obciążenia pracą lekarzy czy braku szybkiego dostępu do specjalistów.

Podstawowe korzyści dla osób niepełnosprawnych związane z telemedycyną to:

- **Podniesienie jakości świadczeń** - narzędzia telemedyczne umożliwiają pełniejszą optymalizację procesu leczenia. Analiza tradycyjnych, często niepełnych danych medycznych zastąpiona zostaje zdalnym dostępem do elektronicznej dokumentacji, a informacje w postaci cyfrowej mogą być szybko przetwarzane przez specjalne aplikacje. Połączenia *online* umożliwiają jednoczesny udział w konsultacji z pacjentem kilku specjalistów znajdujących się fizycznie w różnych miejscach. W przypadku osób

⁴⁰ Czarnuch M., Grabowski M., Najbuk P., Kołtowski Ł. (red.), *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa, 2015, str. 14.





niepełnosprawnych telemedycyna umożliwia całodobowy monitoring stanu zdrowia za pośrednictwem systemu sensorów.

- **Zwiększenie dostępności świadczeń** – zdalny dostęp do lekarza eliminuje bariery fizyczne takie jak odległość do placówki, brak łatwego dojazdu, wysokie schody, co ma fundamentalne znaczenie dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Zdalne połączenia eliminują ponadto liczbę tradycyjnych odwiedzin, przez co kolejka pacjentów oczekujących na bezpośrednie spotkanie z lekarzem ulega wydłużeniu. Zdecydowana większość wizyt ma charakter kontrolny, nie wymaga fizycznej interwencji, może więc być skutecznie zrealizowana także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.
- **Obniżenie kosztów leczenia** – zastosowanie narzędzi telemedycznych przyczynia się do redukcji kosztów funkcjonowania służby zdrowia. Oddzielenie świadczeń socjalno-szpitalnych od medycznych, ograniczenie niepotrzebnych badań, konsultacji i hospitalizacji umożliwi zmniejszenie kosztów opieki nad osobami niepełnosprawnymi przy jednoczesnym podniesieniu ich jakości.
- **Zwiększenie świadomości społecznej** – dotychczasowa praktyka w zakresie telemedycyny wskazuje, że łatwy, regularny kontakt z lekarzem motywuje pacjentów do większej troski o własne zdrowie. Stałe połączenia *online* sprzyjają przestrzeganiu planu terapeutycznego, zwiększają też zaufania pacjenta do lekarza. Zastosowanie nowych technologii stwarza też nowe możliwości w zakresie wymiany wiedzy – lekarz może np. wyświetlić film instruktażowy i komentować go na bieżąco, dostosowując treść do konkretnego przypadku.

Telemedycyna w Polsce jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Jedną z barier w jej rozwoju było prawo. Dopiero dnia 12 grudnia 2016 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw z dnia 9 października 2015 r., która dopuszcza, by lekarz udzielał świadczeń zdrowotnych (w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich) także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zmieniono też przepis zgodnie z którym lekarz mógł orzec o stanie zdrowia określonej osoby tylko po uprzednim, osobistym jej zbadaniu. Obecnie dopuszczalne jest także zbadanie w sposób zdalny.

Za zmianą ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie poszły jednak konsekwentne zmiany innych aktów prawnych. Rozwój telemedycyny wciąż może być utrudniany przez przepisy dotyczące danych osobowych, które dla danych o stanie zdrowia





przewidują zaostrzony rygor ochrony. Brak też wyraźnej inicjatywy ze strony władz publicznych zmierzającej do upowszechnienia stosowania narzędzi telemedycznych w publicznej służbie zdrowia.

Konwencja nakłada na państwa obowiązek świadczenia usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w której żyją osoby niepełnosprawne, w tym na obszarach wiejskich – art. 25 lit. (c) *KPON*. Zastosowanie narzędzi telemedycznych pozwala wyeliminować problem odległości miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej od placówki służby zdrowia. Lekarz staje się dostępny niemal w każdym miejscu. Czynności kontrolne, stanowiące zdecydowaną większość kontaktów z lekarzem, przestają być uciążliwe. Jedynie w najcięższych przypadkach konieczny jest kontakt fizyczny.

Z każdym rokiem przybywa też badań i analiz potwierdzających podstawowe korzyści związane z wykorzystaniem telemedycyny w codziennej praktyce służby zdrowia. Raport Gartnera „e-zdrowie dla zdrowszej Europy” stwierdza wyraźnie, że „*największy potencjał w zakresie zwiększenia dostępności oferuje EMR/CPR i telemedycyna. Inicjatywy, których celem jest zwiększenie dostępności usług i lepsze wykorzystanie środków, powinny uwzględniać potencjalny wpływ wyżej wymienionych technologii*⁴¹”.

Odrębny problem stanowić może natomiast kwestia dostępności urządzeń i technologii umożliwiających płynne, niezakłócone, zdalne połączenie. Konwencja wyraźnie zwraca uwagę na fakt, że większość osób niepełnosprawnych żyje w warunkach ubóstwa. Biorąc jednak pod uwagę rynek technologiczny, wydaje się, że produkty takie jak komputery, kamery internetowe, urządzenia mobilne, a także usługa dostępu do Internetu są świadczone, w podstawowej jakości, w przystępnych cenach, co nie kłóciłoby się z warunkami Konwencji. Ponadto, powyższe urządzenia i kanały komunikacyjne powinny być uwzględnione w polityce państwa ze względu na art. 9 *KPON*.

1.2. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Państwowy system opieki zdrowotnej realizuje zobowiązanie państwa do zapewnienia obywatelom odpowiednich świadczeń medycznych. Obok niego może funkcjonować, jako alternatywa lub uzupełnienie, system prywatny, którego kluczową część stanowią prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ta część rynku regulowana jest ustawą o działalności ubezpieczeniowej, która określa warunki wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych.

⁴¹ „eHealth for a Healthier Europe – opportunities for a better use of healthcare resources”, Västerås, 2009, http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/pdf/246_2_ehealthforahealthiereurope.pdf (dostęp: 27 kwietnia 2016)





Prawo nie zawiera żadnych regulacji związanych z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi osób niepełnosprawnych. Doprowadziło to do sytuacji, w której firmy ubezpieczeniowe stosują ograniczenia lub wyłączają zupełnie odpowiedzialność ubezpieczeniową w stosunku do tej grupy osób⁴². W rezultacie osoby niepełnosprawne pozbawione są w zasadzie możliwości korzystania z opieki medycznej w ramach komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wspiera osoby niepełnosprawne m.in. poprzez refundację składek na ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą, niepełnosprawnych rolników oraz rolników zobowiązanych do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika. Refundacji podlegają jednak wyłącznie składki na ubezpieczenia społeczne. Składka na publiczne ubezpieczenie zdrowotne musi być już finansowana bezpośrednio ze środków osoby niepełnosprawnej. Tym bardziej składna na prywatne ubezpieczenie zdrowotne.

Konwencja zobowiązuje państwa do zakazania dyskryminacji osób niepełnosprawnych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, a także ubezpieczenia na życie, jeśli takie ubezpieczenie jest dozwolone przez ustawodawstwo krajowe, przy czym ubezpieczenia mają być zapewniane w sposób sprawiedliwy i racjonalny – art. 25 lit (e) KPO. Zasada ta znajduje zastosowanie także w odniesieniu do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, przez co obecny stan tego segmentu rynku nie odpowiada wymogom Konwencji.

1.3. Brak przystosowanych wyrobów medycznych

Przepis art. 22 ustawy o działalności leczniczej wskazuje, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe regulacje w tej materii zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Żaden z powyższych aktów nie zawiera wymogu, by podmioty lecznicze posiadały specjalistyczne wyroby medyczne przeznaczone do leczenia i diagnozy, które umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom niepełnosprawnym.

1.4. Brak dostępu do świadczeń na terenach nieurbanizowanych

⁴² *Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ*, red. A.M. Waszkielewicz, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków, 2008, str. 148.





Zgodnie z przepisem art. 25 KPON, władza państwowa ma zapewnić świadczenie usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w których żyją osoby niepełnosprawne, w tym na obszarach wiejskich. Tymczasem spotykanym w Polsce problemem jest niska dostępność świadczeń zdrowotnych poza dużymi ośrodkami miejskimi⁴³.

Wspólną samorządową ulokowaną najbliżej społeczności, w których żyją osoby niepełnosprawne, jest gmina. Ustawa o samorządzie gminnym wskazuje, że zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy m.in. ochrony zdrowia. Uszczegółowiająca regulacja zawarta jest w art. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej;
- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zaznaczyć należy, że odrębności ustroju gmin, które wykonują zadania o szczególnym charakterze, określają właściwe ustawy. Dotyczy to w szczególności gmin uzdrowiskowych.

Jako że do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w sprawach ochrony zdrowia, brak dostępności usług opieki zdrowotnej należy oceniać przede wszystkim jako skutek niewłaściwego wywiązywania się przez jednostki samorządu terytorialnego z ich zadań. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest nieodpowiednia współpraca pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego różnych szczebli oraz z administracją centralną.

Narzędziem, które ma usprawnić organizację systemu ochrony zdrowia i zapewnić dostosowanie do realnych potrzeb społeczności lokalnych są mapy potrzeb zdrowotnych. Dla obszaru województwa sporządza się raz na 5 lat regionalną mapę potrzeb zdrowotnych,

⁴³ Prognoza Oddziaływania na Środowisko Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, 2011, str. 19





uwzględniając specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Na podstawie tak przygotowanej mapy regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości.

Szczegółowe regulacje dotyczące map potrzeb zdrowotnych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych. Wskazuje ono, że regionalna mapa potrzeb zdrowotnych dzieli się na trzy części:

- analizę demograficzną i epidemiologiczną;
- analizę stanu i wykorzystania zasobów;
- prognozę potrzeb zdrowotnych.

Rozporządzenie uszczegóławia zakres analizy danych objętych daną częścią. Przykładowo, część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej obejmuje analizę m.in. liczby ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty, struktury ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek czy gęstości zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach. Zauważyć należy, że tak przygotowywana mapa może nie uwzględniać potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Ponadto analizowane dane obejmują obszar województwa i powiatów, nie przewidują więc agregacji danych z uwzględnieniem poziomu gminy.

2. BARIERY ZWIĄZANE Z PRZYSTĘPNOŚCIĄ

2.1. Zgoda pacjenta niepełnosprawnego na zabieg medyczny

Udzielenie świadczenia zdrowotnego wymaga, co do zasady, uprzedniego uzyskania zgody samego zainteresowanego, czyli pacjenta. Obowiązek ten wynika wprost z przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 32 przywołanego aktu prawnego, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem ustawowych wyjątków, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Zgoda ta może być wyrażona ustnie albo poprzez zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Jeżeli jednak lekarz zamierza wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda powinna nastąpić w formie pisemnej (art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne tylko w sytuacji, w której wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze





względem na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w takich okolicznościach lekarz powinien jednak w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

Decyzja o wyrażeniu zgody na czynności diagnostyczne lub lecznicze powinna być podjęta przez pacjenta świadomie, to znaczy leczona osoba powinna zdawać sobie sprawę ze wszelkich możliwych skutków proponowanego zabiegu. Stąd też przed przystąpieniem do badania lub leczenia lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania. Jak zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, „sama aprobatą pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty”. Podobnie też „zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu chirurgicznego, złożona przed udzieleniem mu przystępnej informacji o skutkach tego zabiegu, nie stanowi zgody w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty”, jak wskazano w dalszej części uzasadnienia przywołanego orzeczenia.

Zgodnie z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz wywiąże się więc ze swego obowiązku, jeśli przekaze odpowiednią informację w związku ze zgodą na zabieg jedynie przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. Rozwiązanie to pozbawia osoby niepełnosprawne intelektualnie⁴⁴ wiadomości odnośnie ich własnego stanu zdrowia. Co za tym idzie, osoba taka nie jest w stanie rozeznąć się w stanie własnej kondycji zdrowotnej i w znaczeniu planowanego zabiegu. Pojawić może się wątpliwość, w jaki sposób osoba całkowicie ubezwłasnowolniona może dysponować dostatecznym rozeznaniem w zakresie własnego stanu zdrowia, skoro obecnie obowiązujący ww. przepis prawa zwalnia lekarza z obowiązku informacyjnego wobec pacjenta poprzez przekazanie odpowiednich informacji jego przedstawicielowi ustawowemu. Pamiętać przy tym należy, że informacja udzielana przez lekarza powinna być dostosowana

⁴⁴ Przez pojęcie niepełnosprawności intelektualnej w niniejszym opracowaniu regulacyjnym rozumie się wszelkie dysfunkcje związane ze sferą psychiki i intelektu osoby ludzkiej, w tym w szczególności wyróżnione w języku aktów normatywnych zjawiska „upośledzenia umysłowego” i „choroby psychicznej”.





do predyspozycji intelektualnych odbiorcy (a więc w tym przypadku przedstawiciela pacjenta). Nie ma żadnej gwarancji, że tak poinformowany przedstawiciel będzie umiał przekazać w sposób przystępny i zrozumiały uzyskaną wiedzę (nieraz o bardzo specjalistycznym charakterze) osobie niepełnosprawnej intelektualnie. Nieefektywne mogą zatem okazać się przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które wskazują na obowiązek uwzględniania zdania osoby, która pozostaje pod pieczęcią innych – np. zgodnie z art. 95 § 4 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Obowiązek ten na zasadzie analogii dotyczy także opieki i kurateli, co wynika kolejno z art. 155 § 2 oraz 178 § 2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W przypadku niemożności otrzymania zrozumiałej informacji, możliwość wyrażenia „rozsądnego życzenia” wydaje się znacząco ograniczona.

Zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest **zgoda jego przedstawiciela ustawowego**, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - **zezwoleń sędu opiekuńczego**. W przypadku potrzeby przeprowadzenia badania takiej osoby, zgodę na jego przeprowadzenie może wyrazić także **opiekun faktyczny**. Lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie jej zgody.

Jeżeli jednak osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Zaznaczyć należy, że sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Regulacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w odniesieniu do zgody osób niepełnosprawnych intelektualnie jest stosunkowo skomplikowana. Ustawodawca wyróżnił





różne okoliczności, które determinować będą status podmiotowy takiego pacjenta. Na podstawie przytoczonych przepisów wyróżnić można:

- pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody;
- osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną;
- osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną, która jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie *badania*;
- osobę ubezwłasnowolnioną dysponującą dostatecznym rozeznaniem w sprawie *innych świadczeń zdrowotnych*;
- pacjenta chorego psychicznie dysponującego dostatecznym rozeznaniem;
- pacjenta upośledzonego umysłowo dysponującego dostatecznym rozeznaniem (tab. 5).

Tabela 5. Sytuacja prawna w zakresie zgody na zabiegi regulowane art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (badanie lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych)

PACJENT NIEPEŁNOSPRAWNY	PODMIOT UPRAWNIENY DO WYRAŻENIA ZGODY	PRZEPIS PRAWA
Pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody lub małoletni – sytuacja badania	Zgoda opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego a w jego braku lub niemożności skontaktowania się z nim zezwoleń sądu opiekuńczego	Art. 32 ust. 2 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Pacjent niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub małoletni – sytuacja innego świadczenia zdrowotnego	Zgoda przedstawiciela ustawowego a w jego braku lub niemożności skontaktowania się z nim zezwoleń sądu opiekuńczego	Art. 32 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Osoba całkowicie ubezwłasnowolniona - sytuacja badania i innego świadczenia zdrowotnego	Zgoda przedstawiciela ustawowego	Art. 32 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Osoba całkowicie ubezwłasnowolniona, która jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania	Zgoda przedstawiciela ustawowego + zgoda pacjenta	Art. 32 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Osoba ubezwłasnowolniona, pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, którzy dysponują dostatecznym rozeznaniem w sprawie badania lub innego świadczenia zdrowotnego	Zgoda przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego a w przypadku sprzeciwu pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (opiekuna faktycznego) – zezwoleń sądu opiekuńczego	Art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Osoba ubezwłasnowolniona, pacjent niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub małoletni	Zgoda przedstawiciela ustawowego a w jego braku lub niemożności skontaktowania się z nim zezwoleń sądu opiekuńczego	Art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty



Osoba ubezwłasnowolniona, pacjent niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub małoletni	Zgoda sądu opiekuńczego, gdy: (1) przedstawiciel ustawowy nie zgadza się na czynności medyczne podniesionego ryzyka i (2) zachodzi sytuacja podjęcia czynności niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia	Art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Osoba ubezwłasnowolniona, pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, którzy dysponują dostatecznym rozeznanie	Zgoda przedstawiciela ustawowego a w przypadku sprzeciwu pacjenta lub przedstawiciela ustawowego – zezwolenie sądu opiekuńczego	Art. 34 ust. 5 w zw. z art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Każdy pacjent, w tym pacjenci niepełnosprawni	Żadna zgoda nie jest wymagana, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia ⁴⁵	Art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Źródło: Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): prawo do zdrowia (art. 25 Konwencji), red.: M. Matczak, T. Zalasinski, M. Romanowicz i in., Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

Przywołane przepisy mogą nastroczać wielu wątpliwości interpretacyjnych oraz praktycznych. Po pierwsze, ustawodawca posługuje się pojęciami „osoba ubezwłasnowolniona” oraz „osoba całkowicie ubezwłasnowolniona”. W ten sposób odwołuje się do utrwalonego rozumienia tych pojęć w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego. O ile jednak art. 32 ust. 4 operuje terminem „osoba całkowicie ubezwłasnowolniona”, w dalszej części regulacji ustawodawca konsekwentnie posługuje się sformułowaniem „osoba ubezwłasnowolniona”. Rodzi się więc pytanie, czy w tym drugim przypadku przez osoby ubezwłasnowolnione należy rozumieć także osoby częściowo ubezwłasnowolnione, jak nakazywałyby reguły wykładni językowej, zgodnie z którymi różne pojęcia nie mogą oznaczać tego samego, czy też ustawodawca posłużył się jedynie skrótem dla dalszego określania osób całkowicie ubezwłasnowolnionych, na co wskazywać może kontekst analizowanych przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W kontekście zaprezentowanego problemu w doktrynie prezentowane jest rozumowanie *a maiore ad minus* („z większego na mniejsze”), zgodnie z którym przyznanie określonego uprawnienia osobie całkowicie ubezwłasnowolnionej powinno skutkować tym, że osoba ubezwłasnowolniona częściowo, a więc której psychiczne możliwości są większe, również

⁴⁵ W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.





otrzyma takie uprawnienie⁴⁶. Część autorów uważa jednak, że osoba ubezwłasnowolniona częściowo może samodzielnie wyrazić zgodę, a więc lekarz nie powinien występować o nią dodatkowo do jej przedstawiciela ustawowego⁴⁷. Pogląd ten niewątpliwie w największym stopniu odpowiada wyrażonej w art. 3 Konwencji zasadzie autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów.

Zauważyć należy, że główny ciężar związany ze zgodą na zabieg ustawodawca przerzuca w pierwszej kolejności na przedstawiciela ustawowego. Przedstawicielem tym może być rodzic osoby niepełnosprawnej, osoba, która ją przysposobiła, opiekun lub kurator (art. 98, 121 § 1, 155 § 2 oraz 178 § 2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). W pewnych okolicznościach może pojawić się wątpliwość, kto dokładnie jest uprawniony do wyrażenia takiej zgody zastępczej. Niejasność taka może powstać na gruncie art. 98 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, zgodnie z którym w sytuacji, gdy dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawowy dziecka. Jednakże o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie (art. 97 § 2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). Podjęcie leczenia niepełnosprawnego dziecka należy uznać za „istotną sprawę”, a zatem wymagającą zgodnej woli⁴⁸. W braku porozumienia między rodzicami rozstrzyga sąd opiekuńczy. W praktyce dochodzi do sytuacji, w których lekarz nie jest w stanie łatwo ocenić faktu sprawowania władzy rodzicielskiej przez jednego z rodziców lub zgoda jednego z nich z różnych względów jest utrudniona lub niemożliwa. Problem ten jest szczególnie istotny w przypadku dzieci niepełnosprawnych wychowywanych przez samotną matkę. W literaturze prezentowana jest jednak opinia, że lekarz musi wystąpić do sądu tylko w skrajnych okolicznościach⁴⁹.

Problem pojawia się także w przypadku zgody wyrażanej przez opiekuna. Zgodnie bowiem z art. 156 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego. W doktrynie prezentowane są rozbieżne stanowiska odnośnie tego, czy do ustawowych „ważniejszych spraw” zalicza się także leczenie. Zdaniem części autorów, pojęcie to nie obejmuje zwykłych czynności lekarskich i zabiegów niestwarzających

⁴⁶ Pogląd ten zaprezentowali w swych pracach m.in. T. Dukiet-Nagórska, A. Kołodziej, J. Kulesza i M. Filar [cyt. za:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Komentarz, LEX, 2014, Komentarz do art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

⁴⁷ M. Safjan, A. Suchocka, [cyt. za:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza...*

⁴⁸ Por. E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Komentarz., Komentarz do art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, LEX, 2014.

⁴⁹ Ibidem.





podwyższonego ryzyka⁵⁰. W opinii innych, opiekun ma prawo wyrazić zgodę na każdy zabieg, którego wykonanie jest niezbędne w ocenie lekarzy⁵¹.

Jeszcze bardziej wątpliwa jest możliwość wyrażenia zgody przez kuratora, który może zostać ustanowiony także dla osoby częściowo ubezwłasnowolnionej. Część autorów odbiera mu możliwość wyrażania zgody zastępczej, nawet gdy sąd upoważnił go do zabierania głosu w sprawach związanych z leczeniem⁵².

W kontekście osób niepełnosprawnych intelektualnie lub umysłowo rodzi się też wątpliwość, czy zgoda na zabieg powinna być interpretowana jako oświadczenie woli w myśl kodeksu cywilnego, czy też jako zgoda, o której mowa w art. 3 pkt 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W myśl kodeksu cywilnego, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. W tym sensie osoba niepełnosprawna składa oświadczenie woli związane z umową nienazwaną o świadczenie usług medycznych. Istotna zatem będzie kwestia zdolności do czynności prawnych związana z instytucją ubezwłasnowolnienia oraz ewentualnie wady oświadczeń woli.

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, zgoda oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

2.2. Problem z wymogiem zachowania formy pisemnej przy czynnościach związanych z ochroną zdrowia

Zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, aby lekarz mógł wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, musi uprzednio uzyskać jego pisemną zgodę. Dochowanie tej formy w przypadku niektórych niepełnosprawności (np. dysfunkcji górnych kończyn) jest tymczasem niemożliwe, a ustawa nie przewiduje alternatywnej formy wyrażenia zgody.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, „zastrzeżenie w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty

⁵⁰ S. Klaus, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy z komentarzem*, Warszawa 2001, s. 829, [cyt. za:] Zielińska Eleonora (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*

⁵¹ T. Smoczyński (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. 12, *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa 2003, s. 791, [cyt. za:] Zielińska Eleonora (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*

⁵² E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i...*, op. cit.





(t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.) formy pisemnej wyrażonej przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego powoduje konsekwencje przewidziane w art. 74 KC”. Oznacza to, że forma pisemna zastrzeżona została *ad probationem*, czyli dla celów dowodowych. W razie niezachowania zastrzeżonej formy nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności. Jednocześnie, jak wskazał to Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 kwietnia 2015 r., III KK 14/15, „Nieudokumentowanie na piśmie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego określonego w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464), faktycznie przez niego udzielonej w innej niż pisemna formie, nie mieści się w zakresie pojęcia »bez zgody« znamionującego typ przestępstwa opisanego w art. 192 § 1 KK”.

Udzielenie świadczenia zdrowotnego bez zachowania formy pisemnej, choć nie stanowi przestępstwa, stwarza dla lekarza ryzyko związane z roszczeniami cywilnymi oraz odpowiedzialnością zawodową. Może to stanowić potencjalną barierę dla udzielenia zabiegu lub zastosowania metody leczenia i diagnostyki i jako takie stanowić barierę uniemożliwiającą osobom niepełnosprawnym osiągnięcie najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia. Wskazany przepis może prowadzić też do odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych.

Problem związany z wymogiem zachowania formy pisemnej pojawia się także w przypadku innych aktów prawnych regulujących proces leczenia. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej przyznaje świadczeniobiorcy prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli stosowne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a przy tej okazji także wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej. Ten ważny z punktu widzenia pacjenta wybór potwierdzony musi zostać, zgodnie z art. 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, oświadczeniem woli zwanym „deklaracją wyboru”. Deklaracja wyboru, oprócz danych identyfikacyjnych, kontaktowych i informacyjnych związanych z dokonaniem wyborem, musi zawierać **podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego**.

Wymóg własnoręcznego podpisu stanowi barierę nie tylko dla osób niepiśmiennych, ale także osób pozbawionych władzy nad górnymi kończynami⁵³. Ponadto stanowi utrudnienie dla osób niewidomych lub posiadających kłopoty ze wzrokiem. Ustawa nie przewiduje innej,

⁵³ Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ, red. A.M. Waszkielewicz, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków, 2008, str. 141.





alternatywnej formy podpisu, nie dopuszcza też z niewiadomego względu złożenia podpisu przez osobę upoważnioną, czyli np. pełnomocnika osoby niepełnosprawnej.

Podpis może być złożony przez opiekuna prawnego osoby fizycznej. Opiekunem prawnym jest osoba posiadająca stosowne postanowienie sądowe, które może być wydane w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. W literaturze przedstawiono obawę⁵⁴, że może to prowadzić do sytuacji, w której lekarz mający wątpliwość czy pacjent nie jest osobą niepełnosprawną intelektualnie, będzie wymuszał posiadanie opiekuna prawnego, co wiązać się będzie z ubezwłasnowolnieniem. Podobna presja może mieć miejsce w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową (obejmującą górne kończy), osób niepiśmiennych, niewidomych, u których nie występują żadne formy niepełnosprawności intelektualnej, a jedynie ograniczenie w możliwości złożenia podpisu na dokumencie. Należy przy tym wskazać, że opiekunem prawnym nie jest opiekun faktyczny, czyli osoba realnie zajmująca się opieką nad osobą niepełnosprawną, a zatem powyższe presja może prowadzić o diametralnej zmiany funkcjonowania osoby niepełnosprawnej.

Nieemożność podpisania deklaracji wyboru niesie za sobą dalsze konsekwencje, wynikające z aktów wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Podpis jest koniecznym warunkiem skorzystania ze świadczeń m.in. Programu Profilaktyki Gruźlicy, Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej i Pielęgniarskiej. Implikacje związane ze zbyt rygorystycznym uregulowanym podpisu występują też m.in. w:

- załączniku nr 3 do zarządzenia nr 69/2007/DSOZ, stanowiącego załącznik do zarządzenia nr 26/2008/DSOZ z dnia 9 maja 2008 r. Prezesa NFZ,
- zarządzeniu nr 69/2007/DSOZ, stanowiącym załącznik do zarządzenia nr 26/2008/DSOZ z dnia 9 maja 2008 r. Prezesa NFZ,
- załączniku nr 3c i 3d do zarządzenia Prezesa NFZ nr 65 /2007/DSOZ z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne Prezesa NFZ,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2006 nr 247 poz. 1819, ze zm.),
- załączniku do zarządzenia nr 26/2008/DSOZ z dnia 9 maja 2008 r. Prezesa NFZ sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia nr 69/2007/DSOZ w sprawie

⁵⁴ *Ibidem*, str. 140.





określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna,

- załączniku nr 7 do Zarządzenia nr 64/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 września 2007 r.,
- zarządzeniu nr 59/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe.

Konwencja zobowiązuje państwa do zapewnienia osobom niepełnosprawnym takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach opieki zdrowotnej, a także zapewnienia tych usług zdrowotnych, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność. Przeanalizowane kwestie związane z formą wyrażania woli naruszają te postanowienia KPON.

2.3. Obecność tłumacza podczas wizyty lekarskiej

Ustawa o prawach pacjenta, w art. 20, przyznaje pacjentom prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania im świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Ustawa o prawach pacjenta wskazuje ponadto, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna inna osoba, ale jedynie za zgodą pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego. Problem z powyższymi kwestiami pojawia się w sytuacji, w której niepełnosprawny pacjent nie jest w stanie porozumieć się z lekarzem, np. jest osobą niesłyszącą. Lekarz nie ma obowiązku znać języka migowego, więc podczas wizyty niezbędny staje się tłumacz. Poszanowanie intymności w ten sposób ulega koniecznemu naruszeniu.

Analizowana bariera ma charakter wielopłaszczyznowy, składa się na nią kilka możliwych do wyodrębnienia, samodzielnych problemów.

1) Ciężar zapewnienia usługi tłumaczenia

Ustawa o języku migowym wskazuje, że podmioty lecznicze są zobowiązane do **zapewnienia możliwości korzystania** przez osoby uprawnione z pomocy wybranego tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika (art. 10). Przepis ten interpretowany jest w



sposób zawężający – jako wyrażający pasywny obowiązek zapewnienia⁵⁵. **Oznacza to, że podmioty te nie mogą sprzeciwić się pośrednictwu tłumacza, jednak nie mają obowiązku zapewnienia usługi tłumaczenia.** Innymi słowy, podmiot wykonujący działalność leczniczą nie musi podejmować żadnych działań zmierzających do udziału tłumacza. Ciężar poprawnej komunikacji i zorganizowania tłumaczenia zostaje w ten sposób przerzucony na pacjenta. Przedstawiona interpretacja przekłada się na faktyczną barierę w postaci braku tłumacza podczas wizyt lekarskich.

Tymczasem zgodnie z podstawową wykładnią literalną, słowo „zapewnienie” oznacza oświadczenie komuś, że coś jest lub będzie na pewno lub sprawienie, że coś się stanie lub ktoś uzyska coś⁵⁶. Wskazuje to na aktywność obowiązku zapewnienia, tzn. podmiot zapewniający możliwość korzystania z tłumacza ma zagwarantować, że tłumacz na pewno będzie obecny i osoba niepełnosprawna będzie miała możliwość skorzystania z jego usługi. Słowo „możliwość” z kolei oznacza fakt, że coś jest możliwe⁵⁷. „Zapewnić możliwość” oznacza więc sprawienie, aby coś było możliwe, a co za tym idzie, „zapewnienie możliwości skorzystania” oznacza takie ukształtowanie rzeczywistości, aby pacjent miał opcję udziału tłumacza także wtedy, gdy sam nie ma możliwości zapewnienia sobie jego wsparcia.

Zgodnie z § 8 rozporządzenia w sprawie „zasad techniki prawodawczej”, w ustawie należy posługiwać się poprawnymi wyrażeniami językowymi w ich podstawowym i powszechnie przyjętym znaczeniu. Obecne brzmienie analizowanego przepisu jest niejednoznaczne, w oparciu o wykładnię językową składania jednak do przyjęcia, że „zapewnienie możliwości skorzystania” z udziału tłumacza wiąże się z obowiązkiem podjęcia ku temu odpowiednich działań, a nie jedynie znoszenia obecności tłumacza w czasie wizyty osoby z niepełnosprawnością słuchową w podmiocie leczniczym.

Nieprecyzyjność użytych przez ustawodawcę sformułowań nie pozwala na jednoznaczne przesądzenie kwestii znaczenia analizowanego zwrotu, a zatem nie pozwala na wprowadzenia z art. 10 ustawy o języku migowym pewnej i jednoznacznej normy prawnej. Jednocześnie wykładnia celowościowa ustawy o języku migowym wyraźnie wskazuje na zamiar jak najpełniejszego zapewnienia wsparcia osobom niepełnosprawnym, co stanowi

⁵⁵ Świadczy o tym m.in. informacja opublikowana na stronie internetowej Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, która wskazuje, że ustawa o języku migowym i innych środkach komunikowania się nie nakłada obowiązku zatrudniania w podmiotach leczniczych osób posługujących się językiem migowym (należy zauważyć, że pogląd ten nie przekreśla interpretacji zaprezentowanej w dalszej części opracowania) – <http://www.niepelnospawni.gov.pl/p,108,realizacja-zapisow-ustawy-o-jezyku-migowym> (dostęp 21 listopada 2016)

⁵⁶ Słownik Języka Polskiego PWN, hasło „zapewnić”, <http://sjp.pwn.pl/> (dostęp 24 stycznia 2017 r.).

⁵⁷ *Ibidem*, hasło „możliwość” (dostęp 24 stycznia 2017 r.)





argument za odrzuceniem dotychczas utrwalonej wykładni, identyfikującej jedynie pasywny obowiązek zawarty przez ustawodawcę w regulacji art. 10 ww. ustawy.

Wątpliwości interpretacyjne może ponadto wywoływać relacja przepisu art. 10 do art. 11 ustawy o języku migowym. Podmiotem obowiązany do samego **zapewnienia świadczenia usług tłumacza** jest organ administracji publicznej (art. 11). Ustawa nie ogranicza wyraźnie miejsca realizacji tego obowiązku do budynku organu administracji publicznej. Umożliwia to przyjęcie wykładni, że za zapewnienie usługi tłumacza w podmiocie leczniczym odpowiedzialny jest właściwy organ administracji publicznej, jednakże taka wykładnia ustawy o języku migowym nie została przyjęta w praktyce stosowania tego aktu. Dyspozycja normy zawartej w art. 11 ustawy o języku migowym jest rozumiana w ten sposób, że organ administracji publicznej zapewnia, na zasadach określonych w art. 12 ww. ustawy, dostęp do świadczenia usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN jedynie na potrzeby załatwienia sprawy przez osobę G(g)łuchą lub głuchoniewidomą w siedzibie tegoż organu. Taka wykładnia została także przyjęta w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 stycznia 2015 r., IV SA/Po 1051/14 (publik. <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/cbo/query>).

Powyższe wątpliwości interpretacyjne i wynikająca z nich bariera w postaci ograniczenia zadań podmiotów leczniczych w przedmiocie zapewnienia odpowiedniej komunikacji z osobami z niepełnosprawnościami stanowi barierę w realizacji prawa do zdrowia dla osób z dysfunkcją słuchu, posługujących się PJM, SJM lub SKOGN.

2) Zgoda lekarza na obecność osób trzecich

W świetle wymogu, aby podmiot leczniczy zapewniał możliwość korzystania przez osoby uprawnione z pomocy wybranego tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika wątpliwy wydaje się wynikający z ustawy o prawach pacjenta warunek uzyskania obok zgody pacjenta także zgody lekarza w przypadku wizyty osoby ubezwłasnowolnionej (art. 22 ust. 2 przywołanej ustawy). Pozostawia on w sposób nieuzasadniony zbyt dużą swobodę decyzyjną w tym zakresie lekarzowi. Ponadto, regulacja art. 10 ustawy o języku migowym wydaje się być niespójna systemowo z ww. przepisem ustawy o prawach pacjentów, bowiem nakłada obowiązek na podmiot leczniczy, podczas gdy art. 22 ww. ustawy uzależnia obecność tłumacza w przypadku wizyty ubezwłasnowolnionej całkowicie osoby z niepełnosprawnością słuchową od zgody lekarza. Tym samym zachodzi kolizja pomiędzy obowiązkiem podmiotu leczniczego a uprawnieniem lekarza, który może odmówić udziału tłumacza w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego.





3) *Brak adekwatnej do potrzeb liczby tłumaczy*

Problemem może być także faktyczna dostępność tłumaczy. Zgodnie z danymi rejestru tłumaczy PJM, SJM i SKOGN, w maju 2016 r. w województwie dolnośląskim, liczącym blisko trzy miliony mieszkańców, zarejestrowanych było zaledwie czterdziestu dziewięciu tłumaczy, a w sąsiednim województwie opolskim tylko jedenastu tłumaczy. Osoby Głuche/ z niepełnosprawnością skarżą się, że nie zawsze mogą skorzystać z pomocy profesjonalnego tłumacza⁵⁸. W takich sytuacjach najczęściej zastępuje go osoba najbliższa. Możliwa jest jednak sytuacja, w której osoba niesłysząca nie ma możliwości faktycznego skorzystania z pomocy tłumacza oraz nieposiana rodziny lub innych zaufanych osób. W takich okolicznościach dostęp do opieki zdrowotnej zostaje wyraźnie utrudniony.

4) *Jakość tłumaczenia*

W przypadku komunikacji dotyczącej stanu zdrowia (obejmującej np. specjalistyczne określenia medyczne) konieczne jest zapewnienie profesjonalnego, rzetelnego tłumaczenia. Tymczasem w Polsce w dalszym ciągu brakuje państwowego systemu certyfikacji tłumaczy języka migowego. Problem ten jako bariera wdrożeniowa został szczegółowo omówiony w opracowaniu dotyczącym wolności wypowiedzi i dostępu do informacji (art. 21 KPON).

5) *Pośrednictwo osób niepełnoletnich*

W związku z powyższym dochodzi także do sytuacji, w których tłumaczem niepełnosprawnego rodzica jest jego dziecko. W takim przypadku zostaje ono narażone na cierpienie i ból związany z informacją np. o ciężkiej, śmiertelnej chorobie rodzica oraz koniecznością osobistego przekazania mu tej wiadomości.

Konwencja zobowiązuje państwa do zapewnienia osobom niepełnosprawnym takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach opieki zdrowotnej, a także do zapewnienia, by osoby wykonujące zawody medyczne zapewniały osobom niepełnosprawnym opieki takiej samej jakości jak innym osobom. Sytuacja braku dostępności tłumaczy języka migowego i brak prawnych rozwiązań związanych ze stworzeniem adekwatnego systemu ich dostępności narusza powyższe prawa.

2.4. **Ostrzeżenia przed szkodliwością produktów**

Prawo do zdrowia obejmuje też informację o wpływie poszczególnych substancji na stan zdrowia, co jest szczególnie istotne w odniesieniu do takich produktów jak alkohol,

⁵⁸ <http://kielce.tvp.pl/20163524/w-kielcach-brakuje-tlumaczy-jezyka-migowego>, (dostęp: 5 maja 2016)





papierosy, substancje toksyczne, materiały wybuchowe itp. Ustawodawca wprowadził wymóg stosowania na opakowaniach takich towarów odpowiednich oznaczeń informujących o zagrożeniu. Komunikaty te nie są jednak dostępne dla części osób niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim osób niewidomych i słabowidzących⁵⁹.

Ustawa o ochronie zdrowia wskazuje, że na każdym opakowaniu jednostkowym papierosów wprowadzanych do obrotu handlowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej powinny być w sposób widoczny, czytelny i trwały umieszczone dwa różniące się treścią ostrzeżenia przed szkodliwością używania tytoniu, jedno powszechne i jedno dodatkowe, oraz informacje o zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla w jednym papierosie. Szczegółowe wymogi w tym zakresie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych z dnia 24 lutego 2004 r.

Podobne uwagi można uczynić do podobnych wymogów informacyjnych zawartych m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie oznakowania opakowań substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych oraz niektórych mieszanin z dnia 20 kwietnia 2012 r. czy rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego weterynaryjnego oraz treści ulotki z dnia 29 października 2009 r. Dobrym przykładem jest natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki z dnia 20 lutego 2009 r., które to w § 2 wskazuje wyraźnie, że na opakowaniu zewnętrznym, a jeżeli produkt ten nie ma opakowania zewnętrznego - na opakowaniu bezpośrednim umieszcza się następujące informacje w systemie Braille'a: nazwę produktu leczniczego, moc produktu leczniczego, jeżeli produkt jest dostępny w kilku mocach oraz postać farmaceutyczną, jeżeli produkt jest dostępny w kilku postaciach. W ten sposób podstawowe informacje umożliwiające identyfikację produktu są stosunkowo łatwo dostępne także dla osób niewidomych. Niemniej zakres wiadomości zawartych w tej formie został ograniczony do niezbędnego minimum.

Żaden przepis nie wprowadza wymogu umieszczania ostrzeżeń w alfabecie Braille'a na paczkach papierosów, alkoholu czy produktach niebezpiecznych, przez co istotne informacje dotyczące zdrowia nie są dostępne dla osób niewidomych. Konwencja nakłada tymczasem na państwa obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu programów zdrowotnych i systemów profilaktyki

⁵⁹ *Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ*, red. A. M. Waszkielewicz, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków, 2008, str. 145.





zdrowotnej (w tym profilaktyki informacyjnej). Co więcej, ogólnym obowiązkiem władzy publicznej zgodnie z art. 4 KPON jest zapewnienie dostępności i korzystania z towarów uniwersalnie zaprojektowanych oraz popieranie zasady uniwersalnego projektowania przy tworzeniu norm i wytycznych. Wszelkiego rodzaju oznakowania i komunikaty powinny być zatem tak opracowane, by były użyteczne dla wszystkich (w tym także osób niepełnosprawnych) bez potrzeby dodatkowej adaptacji lub tworzenia dodatkowych, specjalistycznych rozwiązań.

2.5. Potwierdzenia zlecenia w miejscu zameldowania

Zarządzenie Nr 62/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi z dnia 20 września 2007 r. (Biul. Inf. NFZ Nr 42, poz. 62) w § 19 ust. 4 stanowi, że podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest otrzymanie przez świadczeniobiorcę zlecenia wystawionego przez zlecającego, a zlecenie to, przed przyjęciem przez świadczeniodawcę do realizacji, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zameldowania świadczeniobiorcy.

W praktyce prowadzi to do sytuacji, w których pacjent leczący się w innym województwie, niż jest zameldowany, musi potwierdzić zlecenie na realizację przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym terytorialnie dla miejsca jego zameldowania. Stanowi to niepotrzebne utrudnienie dla osób niepełnosprawnych⁶⁰. Konwencja zobowiązuje państwa do zapewnienia świadczeń usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w której żyją - art. 25 lit. (c). Konieczność potwierdzenia zlecenia w miejscu zameldowania może więc stać w sprzeczności z powyższym obowiązkiem.

2.6. Informacja o prawach pacjenta

Ustawa o prawach pacjenta w art. 11 przyznaje pacjentom prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma udostępnić tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, informację udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa. Na tej samej zasadzie pacjent ma prawo

⁶⁰ Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ, red. A. M. Waszkielewicz, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków, 2008, str. 147.





do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

Pisemna forma informacji może nie być dostępna dla części osób niepełnosprawnych, szczególnie dla osób niewidomych i słabowidzących. Ponadto zbyt skomplikowana informacja, mająca formę informacji prawnej, może być zupełnie niezrozumiała np. dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, czy Głuchych. Informacja w alfabecie Braille'a oraz przedstawiona w formie uproszczonej, czy wręcz obrazkowej byłaby dostępna dla wszystkich grup pacjentów.

Prawo do zdrowia obejmuje m.in. prawo do informacji o kwestiach związanych z leczeniem. Konwencja tymczasem wyraźnie wskazuje, że osoby niepełnosprawne powinny otrzymywać opiekę zdrowotną takiej samej jakości jak inne osoby. Pozbawienie części osób niepełnosprawnych informacji o prawach pacjenta można uznać za sprzeczne z tym postanowieniem konwencji.

2.7. Opłaty za pobyt w zakładzie leczniczym

Kwestia opłat pobieranych za pobyt w zakładzie leczniczym regulowana jest w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z jej art. 18, świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Osoba niepełnosprawna korzystająca z tej formy opieki musi więc samodzielnie sfinansować pobyt w formie opłaty dostosowanej do jej dochodu oraz pokryć koszty wyżywienia i zakwaterowania, których wysokość nie jest już precyzyjnie regulowana.

Obowiązkiem państwa, zgodnie z Konwencją, jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych bezpłatnie lub po przystępnych cenach – art. 25 lit (a) KPON. Jednak koszty związane z pobytem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej stanowią barierę lub poważne utrudnienie dla osób niepełnosprawnych. Zgodnie z ustawową regulacją opłata nie może przekraczać 70% miesięcznego dochodu. Oznacza to, że koszt pobytu w niektórych zakładach może wynosić więcej niż połowę środków otrzymywanych przez osobę niepełnosprawną. Do powyższego doliczyć należy ponadto koszty związane





z wyżywieniem i pobytem. Dla pewnej grupy osób łączny koszt może być równy lub przekraczać 100% osiąganego dochodu, stanowiąc zbyt wysokie obciążenie finansowe. W takiej sytuacji trudno uznać, by usługi te były świadczone po cenach „przystępnych”.

Koszty zakwaterowania i pobytu ulegają redukcji w przypadku dzieci. Zgodnie z przytoczoną powyżej ustawą, miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli ta osoba kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Choć regulacja ta redukuje koszty związane z pobytem dzieci, wysokość opłat nadal utrzymywają się może na wysokim poziomie, co doprowadzi do faktycznego wykluczenia osób mniej zamożnych lub gorzej zarabiających.

2.8. Luka w systemie prawnym pozostawiająca bez opieki somatycznej/ambulatoryjnej osoby z niepełnosprawnością psychiczną nieposiadające ubezpieczenia⁶¹

Istnieje luka w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, która pozostawia bez somatycznej/ambulatoryjnej opieki zdrowotnej osoby z niepełnosprawnością psychiczną, u których wystąpiła łącznie sytuacja:

- posiadają lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności orzeczoney przez powiatowy zespół ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności
- nie posiadają prawa do świadczenia rentowego ZUS (nigdy nie pracowały), renty socjalnej ani innej,
- nie przysługuje im zasiłek socjalny, bo przychód w gospodarstwie domowym na 1 członka rodziny przekracza kryterium pomocy społecznej.

Są to zatem osoby:

- pozbawione jakichkolwiek świadczeń i środków do życia,
- pozbawione dostępu do leczenia somatycznego i opieki ambulatoryjnej,
- pozbawione możliwości wykupienia leków ze zniżką,
- pozostające na utrzymaniu rodzin.

Taka sytuacja występuje dość często u osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej. W Polsce w 2013 r. nieubezpieczonych osób chorujących psychicznie było

⁶¹ Lewonowska-Banach A., Dyskryminacja osób chorujących psychicznie w systemie ochrony zdrowia, Kraków 11 czerwca 2015 r.





24 933, natomiast w 2014 r. liczba ta wzrosła do 29 813. W odniesieniu do całej grupy osób chorujących psychicznie, osoby nie posiadające ubezpieczenia stanowiły w 2013 r. bardzo liczny odsetek, a mianowicie 12,02%, który w kolejnym roku wzrósł do poziomu 14,26%. Zaprezentowane dane świadczą o tym, że jest to problem społeczny, który pozostawia bardzo liczną grupę osób chorujących psychicznie bez dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od tych osób, ponieważ bardzo często dotyczy to osób młodych/dzieci, które opuszczają system edukacji. Przeważnie są to osoby z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością występującą od dzieciństwa, z lekkim stopniem niepełnosprawności (wg starszej nomenklatury upośledzenie w stopniu lekkim lub umiarkowanym) a także w przypadku osób dorosłych chorujących psychicznie.

Biorąc pod uwagę zobowiązania wynikające z art. 25 KPON do zapewnienia osobom niepełnosprawnym prawa do „osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność” wskazana luka prawna jest przejawem niewywiązywania się z postanowień KPON.

2.9. Kwalifikowanie pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych określa m.in. zasady oraz warunki prowadzenia i finansowania lecznictwa uzdrowiskowego. Szczegółowy sposób kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Zgodnie z § 4 przywołanego rozporządzenia, przy kwalifikowaniu pacjenta do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lekarz ocenia m.in. zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózku inwalidzkim. Jak sygnalizował Polski Związek Niewidomych, na ten przepis powoływali się lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, odmawiając niewidomym pacjentom wystawienia skierowania do sanatorium lub szpitala uzdrowiskowego⁶².

Należy zauważyć, że § 5 analizowanego rozporządzenia zawiera katalog przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, który nie zawiera przesłanek związanych z niepełnosprawnością.

⁶² <http://pzn.org.pl/nfz-zakazuje-dyskryminacji-osob-niewidomych-ubiegajacych-sie-o-skierowanie-do-placowek-lecznictwa-uzdrowiskowego/>



2.10. Opieka zdrowotna w zakładzie karnym

Przygotowany przez Helsińską Fundację Praw Człowieka raport pt. *Więzienna służba zdrowia – obecny stan dyskusji i kierunki reform* sygnalizuje wiele problemów dotyczących funkcjonowania więziennej służby zdrowia. Autorzy sygnalizują problemy związane z personelem medycznym, w tym m.in. brak odpowiednio wyspecjalizowanej kadry medycznej, nierealizowanie przez lekarzy obowiązku dokształcania się, przeciążenie lekarzy więziennych pracą, problemy z infrastrukturą, problem związany z przeludnieniem zakładów karnych czy wreszcie szereg problemów wynikających z kwestii finansowych. Raport zwrócił szczególną uwagę na orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące problemów spotykających więźniów niepełnosprawnych.

W ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji prowadzona jest kontrola dostępności świadczeń medycznych dla osób pozbawionych wolności. Raport przygotowany przez Helsińską Fundację Praw Człowieka zawiera stwierdzenie: „Krajowy Mechanizm Prewencji sprawdzamy także stan dostosowania jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Przeanalizowanie pod tym kątem warunków panujących w jednostkach penitencjarnych nie nastraja optymistycznie. Zdarzają się co prawda zakłady penitencjarne, które mają jedną lub dwie cele przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, ale to za mało. Brak udogodnień dla niepełnosprawnych w innych pomieszczeniach sprawia, że osoba poruszająca się na wózku skazana jest na życie w celi. Nie może wyjść na spacer, albo do świetlicy na zajęcia kulturalno-oświatowe⁶³”.

Podstawą prawną funkcjonowania więziennego systemu opieki zdrowotnej jest ustawa z kodeks karny wykonawczy. Zgodnie z jej art. 115, skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne. Dostęp osób pozbawionych wolności do świadczeń zdrowotnych jest jednak ograniczony. Nie przysługuje im m.in. prawo wyboru lekarza, a protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się skazanemu bezpłatnie, tylko jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności, a w innych wypadkach odpłatnie.

Kwestie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne reguluje dokładniej rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

⁶³ Kościelska-Koszur E. (red.), *Więzienna służba zdrowia – obecny stan dyskusji i kierunki reform*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, str. 5

Konwencja nakłada na państwa obowiązek realizacji prawa osób niepełnosprawnych do takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych. Co więcej, nakłada obowiązek zapewnienia tych usług zdrowotnych, które są osobom niepełnosprawnym potrzebne. Mając to na uwadze, uznać należy, że zadaniem państwa jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym pozbawionym wolności odpowiedniej opieki zdrowotnej związanej z ich niepełnosprawnością.

Fakt odbywania kary w oczywisty sposób ogranicza swobodę skazanego. Zgodzić należy się ze stanowiskiem Sądu Apelacyjnego w Lublinie wyrażonym w postanowieniu z dnia 11 stycznia 2012 r., II AKzw 1397/11, że wyłączenie możliwości leczenia w warunkach wolnościowych jest naturalną konsekwencją izolacji więziennej, co skazany winien mieć na uwadze decydując się na popełnienie przestępstwa. Sytuacja ta jednak nie oznacza, że państwo zwolnione zostaje z obowiązku poszanowania i realizacji praw osób niepełnosprawnych. Ograniczenia w dostępie do świadczeń ochrony zdrowia, jakich doznają w związku z odbywaniem kary, muszą być proporcjonalnie dostosowane do ich specyficznych potrzeb.

2.11. Dostępność aptek

Przepis art. 97 prawa farmaceutycznego reguluje w sposób stosunkowo szczegółowy kwestie związane z dostępnością aptek. Zgodnie z nim, lokal apteki ogólnodostępnej obejmuje powierzchnię podstawową i powierzchnię pomocniczą. Izba ekspedycyjna wchodząca w skład powierzchni podstawowej musi stwarzać warunki zapewniające dostęp osób niepełnosprawnych.

Wskazany powyżej przepis ewidentnie wyraża intencję ustawodawcy do zagwarantowania osobom niepełnosprawnym fizycznego dostępu do pomieszczenia, w którym zlokalizowana jest apteka. Czyni to jednak w sposób ogólnikowy i nieprecyzyjny. Odpowiednie warunki ma zapewniać jedynie izba ekspedycyjna. Wymóg ten nie dotyczy więc innych powierzchni, których pokonanie warunkuje dostęp do tej izby, np. schodów wejściowych do budynku, korytarza itp. W rezultacie osoba niepełnosprawna może mieć trudność z dostaniem się do odpowiednio już przystosowanego pomieszczenia. Ustawodawca wyraźnie też nie zakładał sytuacji, w której osoba niepełnosprawna nie będzie klientem, lecz pracownikiem apteki. Inne izby i pomieszczenia nie muszą już być bowiem odpowiednio dostosowane.

Konwencja nakłada na państwa obowiązek podjęcia wszelkich odpowiednich środków w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej.



Wskazana regulacja Prawa farmaceutycznego rodzi wątpliwość, czy przyjęty w prawie środek jest w wystarczającym stopniu odpowiedni.

2.12. Pies asystujący a dostępność do placówek służby zdrowia

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wskazuje w przepisie art. 20a, że osoba niepełnosprawna wraz z psem asystującym ma prawo wstępu m.in. do obiektów użyteczności publicznej, w szczególności budynków i ich otoczenia przeznaczonych na potrzeby administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, kultury, oświaty, szkolnictwa wyższego, nauki, **opieki zdrowotnej**, opieki społecznej i socjalnej, obsługi bankowej, handlu, gastronomii, usług, turystyki, sportu, obsługi pasażerów w transporcie kolejowym, drogowym, lotniczym, morskim lub wodnym śródlądowym, świadczenia usług pocztowych lub telekomunikacyjnych oraz innych ogólnodostępnych budynków przeznaczonych do wykonywania podobnych funkcji, w tym także budynków biurowych i socjalnych. Warunkiem skorzystania z tego uprawnienia jest wyposażenie psa asystującego w uprzęż oraz posiadanie przez osobę niepełnosprawną certyfikatu potwierdzającego status psa asystującego i zaświadczenia o wykonaniu wymaganych szczepień weterynaryjnych.

Pomimo istnienia wskazanej regulacji, wciąż zdarzają się przypadki odmowy wstępu osobom z niepełnosprawnością korzystającym z pomocy psa asystującego. Problem ten jest na tyle istotny, że Rzecznik Praw Obywatelskich prowadził postępowanie wyjaśniające dotyczące przypadków odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom korzystającym ze wsparcia psa asystującego⁶⁴. W komunikacie opublikowanym na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich wskazano, że taka praktyka narusza przepis art. 25 Konwencji⁶⁵. Jak poinformowano w przywołanym komunikacie, stanowiska Rzecznika zostało podzielone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Problem sygnalizowany jest także w mediach środowisk osób niepełnosprawnych⁶⁶. Uzasadnia to przyjęcie stwierdzenia, że przepis art. 20a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie zawsze jest egzekwowany.

Sytuacje te wynikają m.in. z obaw przed wpuszczaniem zwierzęcia do miejsca, w którym utrzymanie sterylnych warunków ma szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa innych. Takim miejscami są np. podmioty lecznicze. Obawy te mogą wynikać m.in. z braku precyzyjnych regulacji w tym zakresie. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje w przepisie

⁶⁴ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/prawa-osob-niewidomych-po-interwencji-rpo> (dostęp 24 stycznia 2017 r.)

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/283469> (dostęp 24 stycznia 2017 r.)





art. 22, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, które dotyczą w szczególności warunków sanitarnych. Szczegółowe wymagania określone zostały w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie upoważnienia zawartego w przywołanym przepisie. Jednak także rozporządzenia regulujące tę materię nie przesądzają, do jakich pomieszczeń może mieć dostęp pies asystujący. Tymczasem ryzyko zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym roznoszonym przez psa (będące zdarzeniem medycznym w myśl ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) naraża placówkę na odpowiedzialność prawną. Zgodnie bowiem z przepisem art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych **z należytą starannością** przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych **w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.**

Problem ten został rozwiązany w przypadku podmiotów związanych z rynkiem spożywczym i gastronomią. Zgodnie z art. 59a ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, podmioty działające na rynku spożywczym, prowadzące zakłady obrotu żywnością lub gastronomii, obowiązane są **uwzględniać w procedurach dotyczących dobrej praktyki higienicznej oraz wdrażania i stosowania zasad systemu HACCP prawo wstępu i korzystania z tych zakładów przez osoby niepełnosprawne z psem asystującym** w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Uzasadnione wydaje się więc ograniczenie możliwości wstępu psa asystującego do pomieszczeń wymagających ze względu na dobro pacjenta najwyższej sterylności (np. sala operacyjna, laboratorium). Podkreślić należy, że **limitacja ta nie oznacza zakazu wstępu do placówek opieki zdrowotnej**. Możliwe jest zatem zobowiązanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do uwzględnienia w procedurach dotyczących warunków sanitarnych i organizacyjnych prawa wstępu osób z psem asystującym w oparciu o wskazania aktualnej wiedzy medycznej

2.13. Służba medycyny pracy

Służba medycyny pracy została powołana w celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz





sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli zdrowia pracujących. Wśród osób pracujących są także osoby niepełnosprawne.

Funkcjonowanie służby medycyny pracy zostało uregulowane w ustawie o służbie medycyny pracy. Wskazuje ona w art. 6, że służba ta jest właściwa do realizowania zadań z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych.

Ustawa o służbie medycyny pracy, choć wyraźnie wymienia osoby niepełnosprawne jako grupę objętą szczególną opieką służby, nie zawiera żadnych dodatkowych norm z tą opieką związanych. Istnieje więc ryzyko, że lekarze służby nie będą odpowiednio wyczuleni lub przygotowani na potrzeby tej grupy pracowników. Tymczasem opieka zdrowotna nad niepełnosprawnym pracownikiem jest szczególnie istotna z punktu widzenia Konwencji, odzwierciedla bowiem dążenie do pełnej partycypacji osób niepełnosprawnych. Obowiązek ochrony prawa do zdrowia oraz prawa do pracy (art. 27 KPON), realizowany m.in. przez służbę medycyny pracy, powinien iść w parze z obowiązkiem realizacji, a ten wiąże się z promocją zatrudnienia osób niepełnosprawnych, czemu sprzyjałoby zapewnienie grupie niepełnosprawnych pracowników szczególnej opieki medycznej.

2.14. Brak łatwego i szybkiego dostępu do lekarza specjalisty

Problemem charakterystycznym dla całego polskiego publicznego systemu opieki zdrowotnej jest długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza, w szczególności lekarza specjalisty. W sposób oczywisty ogranicza to możliwość osiągnięcia najwyższego możliwego stanu zdrowia.

Problem długich kolejek nie jest problemem *stricto* prawnym, wynika z całokształtu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Niemniej wskazać można problem z wyborem lekarza. Na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej pacjent ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast w przypadku ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, opieki szpitalnej lub dentystycznej **prawo wyboru pacjenta ogranicza się tylko do świadczeniodawcy**. Wskazane ograniczenie dotyczy wszystkich pacjentów, nie można więc uznać, by dyskryminowało osoby niepełnosprawne. Niemniej stać może w sprzeczności z prawem do osiągnięcia jak najlepszego



stanu zdrowia, bowiem osoba niepełnosprawna nie może wskazać specjalisty, który np. specjalizuje się w leczeniu osób niepełnosprawnych lub ma w tym zakresie szczególne doświadczenie. W sytuacji, w której placówka specjalistyczna zatrudnia wielu lekarzy i są oni dostępni, nie ma przeciwwskazań, by pacjent mógł swobodnie umówić wizytę u danego specjalisty. Problem pojawia się jednak właśnie przy długich kolejkach, bowiem świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszeń.

Jedną z konsekwencji opisanego zjawiska jest także brak ciągłości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz trudność powiązania ich z procesem wczesnej rehabilitacji leczniczej. Jest to jednak bariera o charakterze systemowym, niewynikająca wprost z treści aktów prawnych.

2.15. Brak specjalnych miejsc postojowych przy szpitalach i przychodniach

Problem braku miejsc postojowych dla osób niepełnosprawnych na parkingach przed szpitalami, przychodniami lub innymi placówkami opieki zdrowotnej to problem z pogranicza prawa do zdrowia, dostępności (art. 9 KPON) i mobilności (art. 20 KPON). Fakt, że osoba niepełnosprawna ma utrudniony fizyczny dostęp do lekarza implikuje potencjalne ograniczenie w zakresie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, w ten sposób dyskryminowana jest grupa pacjentów o ograniczonych zdolnościach motorycznych.

Liczbę specjalnych miejsc postojowych reguluje ustawa z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 460, ze zm.). Zgodnie z art. 12a ust. 2 stanowiska postojowe w miejscu przeznaczonym na postój pojazdów wyznacza się w liczbie nie mniejszej niż:

- 1 stanowisko - jeżeli liczba stanowisk wynosi 6-15;
- 2 stanowiska - jeżeli liczba stanowisk wynosi 16-40;
- 3 stanowiska - jeżeli liczba stanowisk wynosi 41-100;
- 4% ogólnej liczby stanowisk jeżeli ogólna liczba stanowisk wynosi więcej niż 100.

Regulacja ta dotyczy ogólnie miejsc postojowych w strefie ruchu, czyli obszarze obejmującym co najmniej jedną drogę wewnętrzną, na który wjazdy i wyjazdy oznaczone są odpowiednimi znakami drogowymi. Ustawodawca nie wziął pod uwagę, że w przypadku parkingów znajdujących się przy dużych placówkach zdrowotnych limit specjalnych miejsc parkingowych powinien być zwiększony.



3. BARIERY ZWIĄZANE Z DOPUSZCZALNOŚCIĄ

3.1. Ochrona praw pacjenta szpitala psychiatrycznego

Osobie przebywającej w szpitalu psychiatrycznym przysługują takie same prawa jak pacjentom leczącym się w innych placówkach zdrowotnych. Potwierdza to oraz stosownie rozszerza art. 10a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw.

Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, jej przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny mają prawo w szczególności do przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw, spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby oraz uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

Zgłoszenie tego typu skargi może mieć na celu ograniczenie lub zapobieżenie pogłębianiu się niepełnosprawności, w tym wymiarze służy więc ochronie stanu zdrowia osób niepełnosprawnych. Zastanawiający jest więc stosunkowo długi termin (7 dni) na spotkanie z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Ustawa nie reguluje też terminu na rozstrzygnięcie zgłoszonej sprawy. Uznać więc należy, że w tej sytuacji znajdują zastosowanie normy kodeksu postępowania administracyjnego, a konkretnie art. 237, zgodnie z którym organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca. W tym czasie dojść może do powstania nieodwracalnych szkód w zdrowiu niepełnosprawnego pacjenta.

3.2. Izolacja niepełnosprawnych w szpitalach psychiatrycznych

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dopuszcza izolację pacjentów, przez co należy rozumieć umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu. Można ją stosować tylko w wyraźnie przewidzianych w ustawie przypadkach, m.in. gdy chorzy dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Szczegółowe przepisy w tej kwestii zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania z dnia 28 czerwca 2012 r. Zgodnie





z nim przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Ponadto, pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą.

Koszty związane z przystosowaniem pomieszczenia do opisanych powyżej wymogów sprawiają, że w niewielu szpitalach tak urządzona izolatka występuje. Zgodnie z prawem, w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia. Umożliwić ma on oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu przy jednoczesnym zapewnieniu poszanowania jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

4. BARIERY ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ

4.1. Brak standardów rehabilitacji leczniczej

Zaprezentowana przez Najwyższą Izbę Kontroli informacja o wynikach kontroli dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej wskazała liczne nieprawidłowości związane z organizacją rehabilitacji leczniczej w Polsce⁶⁷. Wśród nich znalazła się uwaga, że „w Polsce nie wprowadzono prawnych standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, co stanowi istotną barierę w rozwoju nowoczesnej rehabilitacji, charakteryzującej się wysoką jakością i efektywnością leczenia pacjentów ocenianą przy użyciu mierzalnych czynników, skal i testów. Minister Zdrowia posiadał umocowanie do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Ustawa o działalności leczniczej w obecnym brzmieniu wskazuje w przepisie art. 22 ust. 4c, że standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie ust. 5 przywołanego przepisu stanowi delegację ustawową dla

⁶⁷ Por. Informacja o wynikach kontroli Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej, KZD-4101-04/2013Nr ewid. 37/2014/P/13/131/KZD, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,7435,vp,9348.pdf> (dostęp 10 października 2016).





ministra zdrowia w tym zakresie – może on określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Do tej pory weszły w życie cztery rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego, dotyczące m.in. postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego czy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

4.2. Rada ds. Zdrowia publicznego

Ustawa o zdrowiu publicznym mocą art. 6 powołała do życia Radę do spraw Zdrowia Publicznego, pełniącą funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Do jej zadań należy m.in. opiniowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia oraz wykonywanie zadań opiniodawczo-doradczych w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład wchodzi przedstawiciele kluczowych z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej instytucji, np. Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Naczelnej Rady Lekarskiej. Brak obligatoryjnego przedstawiciela instytucji reprezentującej punkt widzenia osób niepełnosprawnych, takiej jak Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych czy Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.

Przepis art. 4 w związku z art. 25 Konwencji, wskazuje, że państwa w toku podejmowania decyzji w zakresie spraw dotyczących zdrowia osób niepełnosprawnych będą ściśle konsultować się z osobami niepełnosprawnymi, a także angażować te osoby w te procesy, za pośrednictwem reprezentujących je organizacji. Pozbawienie Rady stałego reprezentanta instytucji reprezentującej osoby niepełnosprawne, o ile nie stanowi bezpośredniego naruszenia tego ogólnego obowiązku, może być uznane za wycofanie się państwa z aktywnego działania w interesie tej grupy obywateli.

4.3. Zgoda na pobyt poza szpitalem psychiatrycznym

Zgodnie z art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

Ze wskazanego przepisu wynika, że osoba z zaburzeniami psychicznymi może przebywać poza szpitalem psychiatrycznym tylko wtedy, gdy nie zagraża to jej życiu. Możliwe jest więc wystawienie zgody w sytuacji, gdy pobyt poza szpitalem zagraża jej zdrowiu. W takiej sytuacji zachodzić może konflikt pomiędzy standardami etycznymi





zabraniającymi narażania zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi a prawem do przebywania blisko społeczności. Istnieje też ryzyko, że powyższa zgoda będzie traktowana instrumentalnie jako narzędzie „pozbywania się” ze szpitala „trudnych” pacjentów, z narażeniem ich na pogorszenie stanu zdrowia.

4.4. Stosowanie niedozwolonych postanowień umownych

W wyniku kontroli UOKiK przeprowadzonej w prywatnych domach opieki stwierdzono, że blisko 90% z nich stosowało postanowienia umowne, które wzbudziły zastrzeżenia Urzędu⁶⁸. Wśród najczęściej występujących niedozwolonych klauzul wymieniać należy możliwość rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, niezwracanie pieniędzy w przypadku niezrealizowania usługi, zmianę ceny usługi bez zgody konsumenta lub treści umowy bez prawa do jej wypowiedzenia, wyłączanie odpowiedzialności za szkody na osobie lub za rzeczy pozostawione w domu opieki czy wygórowane kary umowne lub odsetki.

Stosowanie w zawieranych z osobami niepełnosprawnymi umowach dotyczących usług zdrowotnych niedozwolonych postanowień umownych prowadzi do różnicowania jakości i standardu opieki zdrowotnej. Osoba niepełnosprawna będąca konsumentem napotyka na niekorzystne dla niej warunki, mogące stanowić barierę uniemożliwiającą skorzystanie z usługi lub ograniczające w sposób sprzeczny z prawem jej prawa konsumenckie. Natężenie tego zjawiska w podmiotach, których oferta z założenia dedykowana jest głównie osobom niepełnosprawnym, wskazuje na brak należytej ochrony prawa do zdrowia ze strony państwa, które w ramach władzy regulacyjnej powinno wprowadzić rozwiązania prawne w formie racjonalnego usprawnienia, służące szczególnemu zabezpieczeniu prawa klientów-osób niepełnosprawnych.

4.5. Krzywda doznana w związku z korzystaniem z wyrobów medycznych

Zgodnie z art. 13 ustawy o wyrobach medycznych, za wyrób, za wykonanie oceny zgodności wyrobu przed jego wprowadzeniem do obrotu oraz za wprowadzenie wyrobu do obrotu odpowiada wytwórca wyrobu. Jeżeli wytwórca nie ma miejsca zamieszkania lub siedziby w państwie członkowskim, odpowiedzialność tę ponosi autoryzowany przedstawiciel dla tego wyrobu. Jeżeli wytwórca nie wyznaczył autoryzowanego przedstawiciela albo jeżeli wyrób nie jest wprowadzany do obrotu na odpowiedzialność wytwórcy lub autoryzowanego przedstawiciela, odpowiedzialność tę ponosi podmiot, który wprowadził wyrób do obrotu.

⁶⁸ https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351 (dostęp: 6 maja 2016).





W literaturze wskazuje się, że zasady odpowiedzialności za wyroby medyczne zbliżone są do odpowiedzialności deliktowej, opartej na zasadzie ryzyka⁶⁹. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 300/04, wskazał jednak, że także nienależyte wykonanie umowy może stanowić czyn niedozwolony, powodujący krzywdę niemajątkową, co umożliwia poszkodowanej osobie wystosowanie potencjalnego roszczenia o zadośćuczynienie. Jak wskazał sąd w uzasadnieniu: „Tymczasem zakup wadliwych protez naraził ją [powódkę] nie tylko na cierpienia fizyczne, ale także spowodował jej znaczny dyskomfort psychiczny; zamiast spodziewanej poprawy, pogorszenie zdolności poruszania się, ból związany z próbą używania zakupionego urządzenia oraz konieczność dodatkowych czynności niezmiernie uciążliwych dla powódki, takich jak poddawanie się kolejnym badaniom, dojazdy do punktów serwisowych itp. Wszystkie te bezsporne okoliczności uzasadniają wniosek, że **nienależyte wykonanie umowy polegające na dostarczeniu wadliwego aparatu ortopedycznego, w okolicznościach danej sprawy może być także czynem niedozwolonym**. Jeżeli bowiem sprzedawca takiego urządzenia nie usuwa niezwłocznie jego wadliwości, a kolejne próby jego naprawy nie przywracają temu urządzeniu właściwej jakości, narażając jednocześnie człowieka dotkniętego kalectwem na dodatkowy wysilek i poważane cierpienia, takie zachowanie sprzedawcy wypełnia znamiona czynu niedozwolonego. Pozwany sprzedawca postępując w ten sposób, nie tylko bowiem nienależycie wykonał swój obowiązek wynikający z łączącej go z powódką umowy, ale jego zachowanie jest sprzeczne z przepisami prawa regulującymi prawa pacjenta oraz z zasadami współżycia społecznego. Za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego można bowiem uznać takie zachowanie, które wbrew oczekiwaniom osoby dotkniętej kalectwem, płacącej za dostarczony jej aparat ortopedyczny, pogarsza jej sytuację i naraża ją na cierpienia fizyczne i niekorzystne przeżycia psychiczne.”

Kodeks cywilny w przepisie art. 471 reguluje odpowiedzialność odszkodowawczą dłużnika. Szkoda związana z zobowiązaniem musi pozostawać w związku przyczynowym z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania. Co ważne, szkoda związana z umową musi mieć charakter majątkowy, nie może być nią np. pogorszenie stanu zdrowia, ból, obniżenie samopoczucia. Podstawą dochodzenia zadośćuczynienia są art. 445 oraz 448 kodeksu cywilnego, które regulują jednak tylko odpowiedzialność deliktową. Tymczasem w przypadku osób niepełnosprawnych krzywdy doznawane w związku z wadami produktów

⁶⁹ Blicharz R., Chmielniak Ł., Ogiełło L., *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa, 2012, Legalis, komentarz do art. 13, pkt 1.





medycznych (np. niedostosowana proteza wywołująca ból) związane są zazwyczaj ze stosunkami umownymi.

W zaprezentowanym orzeczeniu Sąd Najwyższy doszedł wprawdzie do wniosku, że nienależyte wykonanie umowy polegające na dostarczeniu wadliwego aparatu ortopedycznego, w okolicznościach danej sprawy może być także czynem niedozwolonym, jednak wniosek ten wydaje się uzasadniony ze względów słuszności, nie wynika jednak wprost z wykładni językowej i systemowej art. 471 kodeksu cywilnego.

Tymczasem zgodnie z Konwencją zadaniem państw jest zapewnienie opieki osobom niepełnosprawnym takiej samej jakości jak innym osobom, co przy uwzględnieniu stałego pogłębionego deficytu zdrowia wiązać się może z np. bardziej precyzyjną regulacją przepisów dotyczących najczęstszych problemów tych osób. Tego typu problemem jest wadliwość wyrobów medycznych, które służą minimalizowaniu ograniczeń fizycznych związanych z niepełnosprawnością.”⁷⁰

3.2. PROPOZYCJA ZMIAN SŁUŻĄCYCH PRZEWYCIĘŻENIU BARIER PRAWNYCH⁷¹

1. „BARIERY ZWIĄZANE Z DOSTĘPNOŚCIĄ

1.1. Brak rozwiązań telemedycznych

- *kierunek rekomendowanych zmian prawnych:*

Wprowadzenie rozwiązań telemedycznych do służby zdrowia wymaga rozwiązań systemowych, uwzględniających m.in. wymóg uniwersalnego projektowania. Za dostosowaniem przepisów do uwarunkowań związanych z kontaktem, badaniem i przesyłaniem danych w trybie *online* powinien iść program wdrażania i współfinansowania tego typu narzędzi. Równie ważna będzie informacja kierowana do pacjentów, która uświadomi możliwość korzystania z tego typu świadczeń i zachęci do zastąpienia nimi tradycyjnych form kontaktu z lekarzem. Polityka w dziedzinie ochrony zdrowia powinna być ukierunkowana na promocję telemedycyny, co łączyć będzie w sobie warunki wymagane art. 4, art. 9 oraz art. 25 Konwencji.

⁷⁰ fragment opracowania: Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

⁷¹ fragment opracowania: Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.





1.2. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Działalność ubezpieczeniowa jest działalnością regulowaną. Na poziomie ustawy o działalności ubezpieczeniowej możliwe jest wprowadzenie regulacji wyodrębniającej obszar ubezpieczeń o charakterze zdrowotnym, która zapobiegałaby zjawisku wykluczenia lub znacznego ograniczenia odpowiedzialności ze względu na niepełnosprawność.

Możliwym ograniczeniem problemu braku przystępnych ubezpieczeń zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych jest także stworzenie pakietów rodzinnych, w zakresie których ubezpieczenie osoby pełnosprawnej obejmowałoby automatycznie także niepełnosprawnego członka rodziny⁷².

Świadczenia gwarantowane powinny być także dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, co oznacza, że poza pokryciem kosztów leczenia powinny gwarantować także opiekę i codzienne wsparcie.

Zgodnie z Planem Strategicznym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na lata 2015-2020 z czerwca 2015 r., Konwencja jest podstawowym dokumentem programowym Funduszu, a wdrażanie jej postanowień stanowi podstawowy obszar jego działalności. Fundusz powinien więc podjąć inicjatywę służącą zwalczaniu dyskryminacji osób niepełnosprawnych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego. Potencjalnym narzędziem tej polityki jest dofinansowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Brak prawnych przeszkód do realizacji tego typu zadania, bowiem środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z art. 47 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, po zatwierdzeniu przez Radę Nadzorczą mogą być przeznaczane na programy służące rehabilitacji społecznej i zawodowej, w szczególności adresowane do osób niepełnosprawnych oraz do rodzin, których członkami są osoby niepełnosprawne.

1.3. Brak przystosowanych wyrobów medycznych

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Należy rozważyć, czy wymóg posiadania przez podmioty lecznicze wyrobów medycznych przystosowanych do udzielania świadczeń nie powinien być usankcjonowany prawnie, np. w ustawie o działalności leczniczej lub wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.

⁷² Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ, red. A. M. Waszkielewicz, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków, 2008, str. 148.





1.4. Brak dostępu do świadczeń na terenach nieurbanizowanych

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Należy rozważyć, czy rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych nie powinno zostać zmienione pod kątem zakresu zbieranych danych. Oparta o nie analiza powinna umożliwić odwzorowanie realnych potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Podejmowane na tej podstawie interwencje publiczne umożliwią w racjonalny i proporcjonalny sposób zwiększyć dostępność świadczeń zdrowotnych bliżej społeczności, w tym na obszarach wiejskich.

Ponadto, biorąc pod uwagę fakt, że w momencie powstawania niniejszego opracowania trwają prace nad reformą systemu ochrony zdrowia⁷³, należy w ramach nich rozważyć, czy nie zasadne byłoby oparcie modelu systemu na zasadach decentralizacji i deinstytucjonalizacji.

2. BARIERY ZWIĄZANE Z PRZYSTĘPNOŚCIĄ

2.1. Zgoda pacjenta niepełnosprawnego na zabieg medyczny

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Zgodnie z art. 25 Konwencji, państwo ma zapobiegać przypadkom odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych. Uregulowanie prawne, które uzależnia udzielenie świadczeń zdrowotnych od zgody osoby trzeciej lub sądu może prowadzić do sytuacji, w której wbrew woli osoby niepełnosprawnej zapadnie decyzja uniemożliwiająca udzielenie jej pomocy medycznej. Dla przykładu osoba całkowicie ubezwłasnowolniona, która jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, aby mogła je otrzymać, musi uzyskać dodatkowo zgodę przedstawiciela ustawowego. W przypadku jego sprzeciwu decyzję podejmuje sąd, który także może orzec o niedopuszczalności interwencji lekarskiej. W ten sposób osoba niepełnosprawna nie jest dysponentem prawa, przysługujące jej w myśl Konwencji uprawnienie zostaje przeniesione na osobę trzecią, tj. przedstawiciela ustawowego.

Za barierę uznać należy ponadto wątpliwości interpretacyjne związane z podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody zastępczej lub samą kompetencją do jej wyrażenia. Uznając nawet, że przeniesienie uprawnienia do wyrażenia zgody na inną osobę jest uzasadnione, za nieodpowiednią należy uznać regulację, która nie przesądza jednoznacznie,

⁷³ <http://www.pracodawcyrp.pl/aktualnosci/art,2301,ocena-planu-reformy-systemu-ochrony-zdrowia.html>





kto i na jaki typ zabiegu zgodę może wyrazić. Prowadzić to może do sytuacji, w których zgoda nie zostanie udzielona w odpowiednim z medycznego punktu widzenia czasie.

Przy ocenie postępowania medycznego z osobą niezdolną do kierowania swym postępowaniem pamiętać należy o art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym *przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy*. W oparciu o obecnie obowiązujące przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dochodzić może do konfliktu pomiędzy obiektywnym dobrem takiej osoby stwierdzonym np. przez sąd a jej subiektywną wolą.

Wobec powyższego, a także w związku z **art. 3** (zasada autonomii woli, w tym swobody wyborów), **art. 5** (równość wobec prawa, jednakowa ochrona prawna i jednakowe korzyści wynikające z prawa), **art. 12** (zdolność prawna we wszystkich aspektach życia), oraz **art. 25** (zapobieganie przypadkom odmowy udzielania opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych) Konwencji uznać należy, że **osoby niepełnosprawne, które dysponują dostatecznym rozeznanie, powinny mieć możliwość samodzielnego decydowania o udzielanych im świadczeniach zdrowotnych**. Mechanizm sprzeciwu pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, a dysponującego „dostatecznym rozeznanie”, przewidziany w art. 32 ust. 6 i art. 34 ust. 5 w zw. z art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, powinien zostać przekształcony w ten sposób, aby większą wagę przypisać woli pacjenta, jednocześnie zmniejszając decyzyjność przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Sedno znowelizowanej regulacji powinno polegać na tym, że w przypadku zgody ww. kategorii pacjentów, to sprzeciw przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wymusza uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego. Obecna regulacja przewiduje odwróconą konfigurację: to zgoda przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego kształtuje sytuację badania lub innej czynności medycznej, a dopiero sprzeciw pacjenta (tj. czynna niezgoda) uruchamia kontrolę sądową. Taka rozkład uprawnień powinna zostać odwrócona dla grupy pacjentów dysponujących „dostatecznym rozeznanie”.

Powyższa rekomendacja prawotwórcza oznacza taką zmianę przepisów prawa, która dopuści możliwość samodzielnego wyrażania zgody (lub jej nieudzielenia) na badanie lub udzielenie świadczenia zdrowotnego osobom wprawdzie niepełnosprawnym intelektualnie i umysłowo i/lub ubezwłasnowolnionym, ale dysponującym dostatecznym rozeznanie





w kwestii własnego zdrowia. W ten sposób urzeczywistniona zostanie zasada *voluntas aegroti suprema lex* (wola chorego prawem najwyższym).

2.2. Problem z wymogiem zachowania formy pisemnej przy czynnościach związanych z ochroną zdrowia

- *kierunek rekomendowanych zmian prawnych:*

Składanie podpisu przez osoby niepełnosprawne to kwestia stosunkowo prosta do rozwiązania z prawnego punktu widzenia. Ustawy powinny powszechnie dopuszczać alternatywę dla własnoręcznego podpisu, tak jak ma to miejsce np. w art. 78 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym osoba niemogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać. W ten sposób fizyczna niemożność złożenia podpisu zostaje rozwiązana przy zachowaniu jednoczesnej wiarygodności podpisu. Specjalne uregulowanie zawiera też kodeks postępowania administracyjnego. Przepis art. 63 § 3 stanowi, że gdy podanie wnosi osoba, która nie może lub nie umie złożyć podpisu, podanie lub protokół podpisuje za nią inna osoba przez nią upoważniona, czyniąc o tym wzmiankę obok podpisu.

Odesłanie do art. 78 kodeksu cywilnego, art. 63 § 3 kodeksu postępowania administracyjnego lub bardziej preferencyjna regulacja powinna zostać zawarta w każdym przypadku, gdy od obywatela oczekiwane jest własnoręczne złożenie podpisu. W przypadku świadczeń związanych z opieką zdrowotną dotyczy to m.in.:

- art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- art. 50 ust. 6 i 8, art. 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych,
- § 28 ust. 1 pkt 12 (adnotacja o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzona podpisem) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r.,
- § 6 ust. 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia przysługujące weteranowi poszkodowanemu-



funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 lutego 2013 r.,

- § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi i weteranowi poszkodowanemu z dnia 23 marca 2012 r.

Wymóg pisemnej formy podpisu może ograniczać dostęp pewnej grupy osób niepełnosprawnych do świadczeń zdrowotnych.

2.3. Obecność tłumacza podczas wizyty lekarskiej

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Problem niewystarczającej ilości tłumaczy języka migowego wymaga podjęcia złożonych, systemowych działań, służących zwiększeniu ilości osób posługujących się językiem migowym:

1) Ciężar zapewnienia usługi tłumaczenia

W związku z niekorzystną dla osób z niepełnosprawnością interpretacją przepisu art. 10 ustawy o języku migowym uzasadniona jest zmiana jego brzmienia, tak aby na podmiocie zobowiązanym (m.in. placówce opieki zdrowotnej) ciążył obowiązek aktywnego zapewnienia możliwości skorzystania z usług tłumacza. Niewymagającą zmian legislacyjnych interwencją byłaby zmiana interpretacji przywołanego przepisu. Zakładałaby ona, że organy administracji publicznej są zobowiązane do udostępnienia usługi pozwalającej na komunikowanie się (na mocy art. 11 ustawy o języku migowym) we wszystkich podmiotach zobowiązanych. Ponieważ zmiana wykładni prawa jest procesem długotrwałym, to ze względu na efektywność realizacji art. 25 KPON, należy jako rozwiązanie optymalne zaproponować zmianę legislacyjną art. 10 ustawy o języku migowym, tak aby usunąć skutki obecnej wykładni, która generuje barierę w postaci braku realnej dostępności usługi tłumacza w czasie wizyty w placówce zdrowotnej, co może nastąpić w dwojaki sposób:

- a) poprzez nowelizację art. 10 ustawy o języku migowym, prowadzącą do nałożenia na podmioty lecznicze aktywnego obowiązku zapewnienia dostępności usługi tłumacza, lub
- b) poprzez nowelizację art. 11 ww. ustawy, prowadzącą do wskazania, że to na lokalnym organie administracji publicznej ciąży obowiązek zapewnienia dostępności usługi tłumacza we wszystkich podmiotach zobowiązanych na obszarze danej jednostki terytorialnej.



2) Zgoda lekarza na obecność osób trzecich

Warunek uzyskania zgody lekarza na skorzystanie z pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika powinien zostać zmodyfikowany w sposób bardziej uwzględniający prawo osób z niepełnosprawnościami, ale jednocześnie zachowujący możliwość ochrony tajemnicy lekarskiej w uzasadnionych przypadkach np. gdy lekarz ma uzasadnione podejrzenia, że przedstawiony mu tłumacz nie jest osobą, za którą się podaje. Mechanizm każdorazowej obligatoryjnej zgody mógłby zostać zastąpiony instytucją sprzeciwu, z której lekarz mógłby skorzystać w uzasadnionych przypadkach.

3) Brak adekwatnej do potrzeb liczby tłumaczy

Alternatywą dla fizycznej obecności tłumacza może być także połączenia na żywo w trybie *online*. Rozwiązanie to jest stosowane np. w salonach niektórych firm, gdzie niepełnosprawny klient może połączyć się zdalnie w tłumaczem, co umożliwia komunikację z ekspedientem. Wykorzystanie potencjału nowych technologii wpisywałoby się w politykę informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Ustawa o działalności leczniczej (w art. 3 ust. 1) oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 2 ust. 4 i art. 42 ust. 1) wyraźnie dopuszczają, by świadczenia zdrowotne były udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Systemy te w łatwy sposób mogą zostać wykorzystane także do połączenia z tłumaczem w przypadku wizyt zarówno tradycyjnych, jak i świadczeń telemedycznych.

4) Jakość tłumaczenia

Rekomendowane jest także podjęcia działań w zakresie ustanowienia systemu certyfikacji tłumaczy języka migowego, który gwarantowałby znajomość terminów charakterystycznych dla komunikacji lekarza z pacjentem.

5) Pośrednictwo osób niepełnoletnich

Należy ponadto rozważyć, czy w relacjach z lekarzem nie należy wprowadzić zakazu pełnienia funkcji tłumacza języka migowego przez osoby niepełnoletnie. Zakaz ten w szczególności powinien dotyczyć tłumaczenia dokonywanego dla osoby bliskiej lub w jakikolwiek inny sposób bezpośrednio związanej z dzieckiem.

2.4. Ostrzeżenia przed szkodliwością produktów

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Jednym z rozwiązań byłoby przyjęcie przepisów nakładających obowiązek umieszczania na produktach oznakowań w alfabecie Braille'a. Wymóg ten jednak wiązać się będzie z koniecznością zmian w produkcji opakowań, co z kolei powodować może wzrost cen





samych produktów. Efekt ten byłby więc niekorzystny dla konsumentów, w tym osób niepełnosprawnych.

2.5. Potwierdzenia zlecenia w miejscu zameldowania

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego może być otrzymanie przez świadczeniobiorcę zlecenia wystawionego przez zlecającego, ale zlecenie to, przed przyjęciem przez świadczeniodawcę do realizacji, powinno móc być potwierdzone przez oddział wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, niekoniecznie zaś wyłącznie miejsce zameldowania.

2.6. Informacja o prawach pacjenta

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Problem informacji o prawach pacjenta to problem natury komunikacyjnej. Jego rozwiązaniem jest dostosowanie formy obecnie wymaganych komunikatów do możliwości percepcyjnych osób z niepełnosprawnością wzroku, czy osób Głuchych, np. poprzez wydanie broszur informacyjnych, regulaminów, ulotek itp. w alfabecie Braille'a, przygotowanie nagrania na płytę w polskim języku migowym. Prawna regulacja kanałów przekazu informacji z uwzględnieniem zasady uniwersalnego projektowania może zagwarantować stosowanie odpowiednich form. Należy ponadto zwrócić uwagę na kwestię przekazywania informacji o prawach pacjenta cudzoziemcom przebywającym w polskich placówkach służby zdrowia, którzy mogą być również osobami z niepełno sprawnościami.

Wdrożeniu powyższego rozwiązania powinny towarzyszyć szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne, których podstawowym celem będzie uwrażliwienie na tematykę praw pacjenta, w tym m.in. znaczenie praw pacjenta niepełnosprawnego.

Należy też rozważyć, czy osoba wykonująca zawód medyczny nie powinna być zobowiązana przy pierwszym kontakcie z pacjentem pouczyć go o tym, że przysługują mu prawa pacjenta i wręczyć lub wskazać mu dokument, w którym znajdzie szczegółową informację na ten temat.

2.7. Opłaty za pobyt w zakładzie leczniczym

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Opieka zdrowotna i programy zdrowotne powinny być gwarantowane bezpłatne lub po przystępnych cenach, w ten sposób, by próg wydatków nie stanowił bariery dla osób mniej





zamożnych. Tymczasem opłata w wysokości 70% miesięcznego dochodu plus koszty zakwaterowania i wyżywienia stanowić może całość dochodu osoby niepełnosprawnej, co faktycznie uniemożliwia jej dostęp do świadczenia. Obniżka opłat byłaby możliwa dzięki zwiększeniu dofinansowania ze środków publicznych, co wiązałoby się z kolei z koniecznością zmian w planach finansowych. Innym rozwiązaniem może być uregulowanie minimalnej kwoty, która powinna pozostać do swobodnej dyspozycji osoby niepełnosprawnej, z przysługującej jej przychodów (świadczeń). W ten sposób możliwe było zminimalizowanie obciążenia sektora finansów publicznych przy jednoczesnym poszanowaniu minimum swobody gospodarowania środkami pieniężnymi przez osobę niepełnosprawną, poddaną instytucjonalnej opiece.

4.6. Luka w systemie prawnym pozostawiająca bez opieki somatycznej/ambulatoryjnej osoby z niepełnosprawnością psychiczną nieposiadające ubezpieczenia

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Konieczne jest objęcie bezpłatną opieką somatyczną/ambulatoryjną wszystkie osoby z niepełnosprawnością psychiczną, nie wyłączając osób które nie posiadają ubezpieczenia i przyznać im w opiece zdrowia psychicznego wszystkie ulgi i zniżki przysługujące ubezpieczonej osobie z niepełnosprawnością psychiczną, w tym możliwość wykupienia leków ze zniżką.

2.8. Kwalifikowanie pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

W związku z wadliwą praktyką należy rozważyć, czy przesłanka określona jako „zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózku inwalidzkim” nie powinna zostać przeformułowana w sposób wykluczający arbitralne powoływanie się na nią w przypadku orzekania o pacjencie niepełnosprawnym.

Zasadne wydaje się także dokonanie pod tym kątem analizy wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego w poszczególnych rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Wskazane jednostki chorobowe nie powinny stanowić podstawy do wykluczenia z możliwości korzystania z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego osób niepełnosprawnych (o ile nie jest to w pełni uzasadnione względami medycznymi).





2.9. Opieka zdrowotna w zakładzie karnym

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Zagwarantowanie pozbawionym wolności osobom niepełnosprawnym odpowiedniej ochrony zdrowia wymagałoby reformy całego systemu więziennej opieki zdrowotnej. Powinien on gwarantować pomoc leczniczą na odpowiednim poziomie, co wiąże się z koniecznością poniesienia większych wydatków na doświadczonych lekarzy, leki i narzędzia, dostosowanie pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia. Fakt, że osoba niepełnosprawna odbywa karę nie oznacza, że ochrona jej zdrowia może być na ten czas zawieszona lub nieproporcjonalnie ograniczona.

Konwencja zobowiązuje władze publiczne do tego, by osoby wykonujące zawody medyczne zapewniały osobom niepełnosprawnym opiekę takiej samej jakości jak innym osobom. Rekomendowanym rozwiązaniem powinny być więc szkolenia dla lekarzy pracujących w ramach więziennej opieki zdrowotnej oraz przygotowanie szczegółowych wytycznych odnośnie postępowania z niepełnosprawnymi pacjentami. Ta grupa osadzonych, ze względu na szczególne potrzeby zdrowotne, mogłaby podlegać okresowym badaniom lub konsultacjom mającym kontrolować kondycję osób niepełnosprawnych w celu reagowania na ewentualne pogarszanie się stanu zdrowia.

2.10. Dostępność aptek

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Problem niewystarczającej dostępności aptek to zagadnienie z pogranicza prawa do zdrowia, dostępności i mobilności. O ile ustawa uwzględnia potrzeby osób niepełnosprawnych w odniesieniu do izby ekspedycyjnej, pomija resztę apteki, w której też przecież mogą przebywać osoby niepełnosprawne np. jako pracownicy.

2.11. Pies asystujący a dostępność do placówek służby zdrowia

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Należy rozważyć, czy przepisy wzorowane na art. 59a ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia nie powinny zostać wprowadzone także do innych ustaw, w tym przede wszystkim do aktów regulujących działalność podmiotów medycznych. Przyjęcie w wewnętrznych regulacjach (np. w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą) zasad wstępu osoby z psem asystującym powinno przyczynić się do rozwiązania przedstawionego problemu.



2.12. Służba medycyny pracy

- *kierunek rekomendowanych zmian prawnych:*

Służba medycyny pracy powinna odgrywać większą rolę w procesie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Regulacja normatywna w tym zakresie jest jednak bardzo ogólna, brak bardziej szczegółowych wytycznych⁷⁴. Zalecane jest zatem wskazanie dokładniejszych zadań Służby w tym zakresie, np. udzielanie pracodawcom i pracującym porad w zakresie przystosowania organizacji pracy do potrzeb zdrowotnych niepełnosprawnego pracownika, ocena proponowanych dostosowań i usprawnień pod kątem ewentualnych ryzyk zdrowotnych.

2.13. Brak łatwego i szybkiego dostępu do lekarza specjalisty

- *kierunek rekomendowanych zmian prawnych:*

Problem braku wystarczającej liczby lekarzy specjalistów, a co za tym idzie, także problem zbytniego obciążenia dostępnych lekarzy pracą i długich kolejek to jeden z podstawowych problemów całej polskiej służby zdrowia. Jego rozwiązanie wiąże się z gruntownym przemyśleniem i reorganizacją całego systemu opieki zdrowotnej. Ewentualne zmiany powinny więc obejmować m.in. ustawę o działalności leczniczej, ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty czy ustawę o prawach pacjenta.

2.14. Brak specjalnych miejsc postojowych przy szpitalach i przychodniach

- *kierunek rekomendowanych zmian prawnych:*

Brak specjalnych miejsc postojowych przy szpitalach i przychodniach to kolejny problem z pogranicza prawa do zdrowia, dostępności i mobilności. Ogólna regulacja dotycząca specjalnych miejsc postojowych nie zwraca uwagi na fakt, że w pewnych miejscach częstotliwość postoju osób niepełnosprawnych jest z oczywistych przyczyn większa niż standardowo np. przy szpitalach, ośrodkach opieki zdrowotnej itp. Dlatego też ustawa o drogach publicznych powinna uwzględniać także inne kryterium wyznaczania specjalnych miejsc postojowych.

⁷⁴ Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., P. Krawczyk-Szulc, Rybacki M., Wągrowaska-Koski E., *Opieka profilaktyczna nad pracownikiem niepełnosprawnym — problem współczesnej medycyny pracy?* [w:] Medycyna Pracy, nr 2 (62), 2011, str. 175.



3. BARIERY ZWIĄZANE Z DOPUSZCZALNOŚCIĄ

3.1. Ochrona praw pacjenta szpitala psychiatrycznego

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

System zapewniający ochronę praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, choć gwarantowany prawnie, w pewnych przypadkach może okazać się zbyt przewlekły, co prowadzić może do tragedii. Możliwe jest skrócenie terminów na interwencję lub zapewnienie dodatkowego systemu kontroli. Należy ponadto zweryfikować i ewentualnie rozważyć dostosowanie liczby rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego do realnych potrzeb. Działaniem usprawniającym proces będzie ponadto kampania informacyjna skierowana do pacjentów i ich rodzin na temat praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.

3.2. Izolacja niepełnosprawnych w szpitalach psychiatrycznych

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Problem niewłaściwej izolacji wymagającej jej osób jest kwestią niewłaściwej realizacji obecnych przepisów. Specjalne pomieszczenia, wymagane ustawą, nie są tworzone, bowiem szpitale nie chcą przeznaczać środków na ich dobudowę lub odpowiednie przystosowanie już posiadanych pomieszczeń. Należy zatem rozważyć przygotowanie specjalnego programu, który umożliwiłby sfinansowanie modernizacji i dostosowania odpowiednich podmiotów do wymogów ustawy.

4. BARIERY ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ

4.1. Brak standardów rehabilitacji leczniczej

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Należy rozważyć, czy w oparciu o delegację zawartą w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej nie należy przygotować standardów postępowania medycznego w dziedzinie rehabilitacji zdrowotnej. Stanowisko to jest zgodne z rekomendacjami Najwyższej Izby Kontroli przedstawionymi w przywołanej powyżej informacji pokontrolnej.

4.2. Rada ds. Zdrowia publicznego

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

W skład Rady ds. Zdrowia Publicznego powinien obligatoryjnie wchodzić przedstawiciel Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,





Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych lub innej publicznej instytucji, której głównym statutowym zadaniem jest wspieranie osób niepełnosprawnych. Zagwarantuje to przedstawicielstwo tej grupy interesu w razie bierności organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych.

Należy rozważyć ponadto włączenie w skład organu i/lub zaangażowanie w prace Rady w innym charakterze (np. jako doradców i konsultantów) przedstawicieli strony społecznej, w szczególności reprezentatywnych przedstawicieli środowiska osób niepełnosprawnych.

4.3. Zgoda na pobyt poza szpitalem psychiatrycznym

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Z obecnego brzmienia przepisu wynika, że uprawniona osoba może wyrazić zgodę na czasowy pobyt osoby z zaburzeniami psychicznymi poza szpitalem psychiatrycznym w sytuacji, w której pobyt ten może zagrażać jej zdrowiu. Jest to rozwiązanie wątpliwe, bowiem korzyść związana z pobytem w pożądanym otoczeniu wiązać może się z narażeniem zdrowia. Prawo powinno gwarantować w takiej sytuacji odpowiedni system ochrony, który zapobiegałby zagrożeniu.

4.4. Stosowanie niedozwolonych postanowień umownych

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

Stosowanie niedozwolonych postanowień umownych jest działaniem sprzecznym z prawem. Istnieje mechanizm umożliwiający konsumentowi kontrolę i ewentualną eliminację odpowiednich klauzul. Fakt, że pomimo tego wciąż wielu przedsiębiorców kreuje umowy ze szkodą dla pacjentów wskazuje, że konieczne jest podniesienie świadomości osób korzystających z opieki zdrowotnej (zarówno niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych) w tym obszarze. Świadomy konsument będzie w stanie skuteczniej dochodzić swych praw. Odgórna, państwowa kontrola może okazać się niewystarczająca lub spóźniona. Rozwiązaniem powyższego problemu może być przyznanie, zgodnie z zasadą subsydiarności, dodatkowych obowiązków i/lub kompetencji najbardziej lokalnym organom ochrony praw konsumentów, tj. miejskim lub powiatowym rzecznikom konsumentów. Niepełnosprawny konsument zgłaszający problem w przedmiocie dostępu do świadczeń zdrowotnych powinien być objęty szczególną ochroną, np. obowiązkowym monitoringiem postępowania przez rzecznika.



4.5. Krzywda doznana w związku z korzystaniem z wyrobów medycznych

- kierunek rekomendowanych zmian prawnych:

W literaturze wciąż podnosi się postulat wzmocnienia ochrony majątkowej dóbr osobistych i poszerzenia zakresu podstaw do żądania zadośćuczynienia pieniężnego⁷⁵. Rekomendowanym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie zmiany do art. 471 kodeksu cywilnego, która korespondowałaby z uzasadnieniem wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 300/04. Odpowiedzialność kontraktowa powinna być taką samą podstawą do przyznania zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową jak czyn niedozwolony.

W art. 471 kodeksu cywilnego możliwe jest dodanie drugiego ustępu, który precyzowałby, że dłużnik zobowiązany jest także do zadośćuczynienia krzywdzie wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, co obejmowałoby przypadki wadliwego wykonania umowy sprzedaży wyrobów medycznych. W konsekwencji uzyskana zostałaby pewność prawa w tym zakresie, zastępująca obecną względność interpretacyjną – w aktualnym stanie prawnym przyznanie zadośćuczynienia w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy wymaga zindywidualizowanej oceny sądu, czy doszło do popełnienia czynu niedozwolonego, co warunkuje sięgnięcie po normę zwartą w art. 448 kodeksu cywilnego (*w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Przepis art. 445 § 3 stosuje się.*).

Jednak powyższe rozwiązanie wiązałoby się ze znacznym zwiększeniem odpowiedzialności sprzedawców i producentów wyrobów medycznych, co mogłoby się przełożyć na wzrost cen samych produktów tego typu.



Zbiorcza analiza wszystkich opisanych barier prawnych prowadzi do wniosku – możliwego do precyzyjnego sformułowania na obecnym etapie analizy prawniczej - że zmianie legislacyjnej powinny ulec przede wszystkim następujące akty normatywne:

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1844)

⁷⁵ Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks cywilny – komentarz*. T. 1, Warszawa, 2015, komentarz do art. 445, pkt 3





- w zakresie, w jakim pomija obszar ubezpieczeń o charakterze zdrowotnym, przez co nie zapobiega zjawisku wykluczenia lub znacznego ograniczenia odpowiedzialności ze względu na niepełnosprawność.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.),
- w zakresie, w jakim ogranicza możliwość samodzielnego wyrażenia zgody na zabieg przez osoby niepełnosprawnych intelektualnie;
 - w zakresie, w jakim uzależnia wykonanie zabiegu przez lekarza od pisemnej zgody pacjenta.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581)
- w zakresie, w jakim nie przewiduje alternatywnej względem własnoręcznie złożonego podpisu formy potwierdzenia woli osoby niepełnosprawnej, wraz z:
 - a. rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 21 grudnia 2006 r. (Dz. U. 2006 nr 247 poz. 1819, ze zm.);
 - b. rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia przysługujące weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 lutego 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 208);
 - c. rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi i weteranowi poszkodowanemu z dnia 23 marca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 345),
 - w zakresie, w jakim ustala koszty pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
 - w zakresie, w jakim osoba niepełnosprawna nie ma możliwości wyboru lekarza specjalisty.
4. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.)





- w zakresie, w jakim nie przewiduje alternatywnej względem własnoręcznie złożonego podpisu formy potwierdzenia woli osoby niepełnosprawnej.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186)
- w zakresie, w jakim przyznaje pacjentom prawo do informacji o prawach pacjenta bez uwzględnienia form komunikacji dostępnych dla niepełnosprawnych pacjentów.
 - w zakresie, w jakim uzależnia obecność tłumacza od zgody osoby wykonującej zawód medyczny.
6. Ustawa z dnia z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. Nr 209, poz. 1243)
- w zakresie, w jakim reguluje dostępność usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika w podmiotach leczniczych, w szczególności w związku z obowiązkiem zapewnienia możliwości korzystania z pomocy tłumacza;
 - w zakresie państwowego systemu certyfikacji tłumaczy języka migowego.
7. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557 ze zm.)
- w zakresie, w jakim normuje standardy opieki zdrowotnej względem osób niepełnosprawnych w zakładach karnych.
8. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. Nr 45, poz. 271 ze zm.)
- w zakresie, w jakim określa warunki zapewniające dostęp osób niepełnosprawnych w izbach ekspedycyjnych aptek.
9. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1184)
- w zakresie, w jakim nie konkretyzuje obowiązków wynikających z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi osobami niepełnosprawnymi.
10. Ustawa z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 460 ze zm.)
- w zakresie, w jakim wyznacza stanowiska postojowe w miejscu przeznaczonym na postój pojazdów, bez uwzględnienia miejsc postojowych przy dużych placówkach zdrowotnych.





11. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 546)
 - w zakresie, w jakim osoba z zaburzeniami psychicznymi może skorzystać z pomocy w ochronie swoich praw;
 - w zakresie, w jakim dopuszcza izolację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, wraz z:
 - a. rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania z dnia 28 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 740);
 - w zakresie, w jakim osoba z zaburzeniami psychicznymi może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem.
12. Ustawa z dnia z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 380 ze zm.)
 - w zakresie, w jakim określa odpowiedzialność kontraktową i wskazuje ją jako podstawę do przyznania zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową.
13. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916) w zakresie, w jakim określa skład Rady do spraw Zdrowia Publicznego.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych z dnia 24 lutego 2004 r. (t.j. Dz.U. Nr 31, poz. 275)
 - w zakresie, w jakim nie uwzględnia obowiązku umieszczania ostrzeżeń w sposób dostępny dla osób z niepełnosprawnością zmysłu wzroku.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie oznakowania opakowań substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych oraz niektórych mieszanin z dnia 20 kwietnia 2012 r. (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 450)
 - w zakresie, w jakim nie uwzględnia obowiązku umieszczania ostrzeżeń w sposób dostępny dla osób z niepełnosprawnością zmysłu wzroku.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki z dnia 20 lutego 2009 r. (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1109)



- w zakresie, w jakim nie uwzględnia obowiązku umieszczania ostrzeżeń w sposób dostępny dla osób z niepełnosprawnością zmysłu wzroku.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego weterynaryjnego oraz treści ulotki z dnia 29 października 2009 r. (t.j. Dz.U. Nr 188, poz. 1467)
- w zakresie, w jakim nie uwzględnia obowiązku umieszczania ostrzeżeń w sposób dostępny dla osób z niepełnosprawnością zmysłu wzroku.
17. Zarządzenie nr 62/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi z dnia 20 września 2007 r. (Biul. Inf. NFZ Nr 42, poz. 62)
- w zakresie, w jakim uzależnia uzyskanie refundowanego przedmiotu ortopedycznego od potwierdzenia oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zameldowania świadczeniobiorcy.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 739)
- w zakresie, w jakim wyznacza standard przystosowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą do potrzeb niepełnosprawnych pacjentów.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych z dnia 26 marca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 458).
- w zakresie, w jakim określa zakres danych zbieranych na potrzeby przygotowania map potrzeb zdrowotnych.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów leczenia uzdrowiskowego z dnia 5 stycznia 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 14)
- w zakresie, w jakim ustanawia nieprecyzyjne kryteria, które mogą prowadzić do ograniczenia dostępności zakładów leczenia uzdrowiskowego dla osób niepełnosprawnych.”⁷⁶

⁷⁶ fragment opracowania: Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.





4. POZAPRAWNE UWARUNKOWANIA KORZYSTANIA PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE Z PRAWA DO ZDROWIA

4.1. UWARUNKOWANIA ADMINISTRACYJNE⁷⁷

4.1.1. DIAGNOZA SYTUACJI I IDENTYFIKACJA BARIER ADMINISTRACYJNYCH

Realizacja praw człowieka, w tym praw osób niepełnosprawnych, ściśle powiązana jest z zagadnieniem polityki rozwoju społeczno-gospodarczego. Zjawisko zagrożenia wykluczeniem społecznym osób niepełnosprawnych, jego zasięg i skala, pozostaje w wyraźnym związku z polityką rządów i realizowanymi programami rozwoju, które nie zawsze realizują w sposób wyczerpujący ich prawa. **Prawa człowieka powinny stanowić fundament planowania procesów rozwojowych, ponieważ rozwój jest ważnym sposobem urzeczywistniania praw człowieka.** Według Organizacji Narodów Zjednoczonych:

- głównym celem programów i polityki rozwoju powinna być pełna realizacja praw człowieka,
- międzynarodowe zasady i standardy dotyczące praw człowieka powinny stanowić wytyczne dla wszelkiej współpracy na rzecz rozwoju i programowania we wszystkich dziedzinach (np. zdrowia i edukacji) oraz we wszystkich fazach procesu wdrażania programów rozwojowych (np. podczas diagnozowania, planowania, projektowania, wdrażania, monitorowania i ewaluacji),
- podejście do planowania procesów rozwojowych, oparte na prawach człowieka, powinno obejmować również precyzowanie i gwarantowanie praw osób niepełnosprawnych oraz określania zobowiązań państwa i innych podmiotów do realizacji tych praw. Dlatego organizacje osób niepełnosprawnych powinny uczestniczyć w procesie opracowywania krajowych programów rozwoju.⁷⁸

Zgodnie z postanowieniami KPON, Państwa Strony „*uznają znaczenie zasad i wytycznych zawartych w Światowym programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych i w Standardowych zasadach wyrównywania szans osób niepełnosprawnych oraz ich wpływ*

⁷⁷ Bogacz-Wojtanowska E., Koziarek M., Lendzion M. i in., *Analiza programów i polityk samorządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016. Arczewska M., *Analiza strategii i programów rządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016; Arczewska M., *Analiza strategii i programów rządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016; Tomczyk U., *Materiały na tematyczną debatę doradczą-programową poświęconą wdrażaniu art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce: Prawo osób z niepełnosprawnościami do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.

⁷⁸ New York, United Nations, 2008.





na popieranie, formułowanie i ocenę polityki, planów, programów i działań na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym zmierzających do dalszego wyrównywania szans osób niepełnosprawnych.”⁷⁹

Z perspektywy wdrażania art. 25 KPON, istotne jest stanowisko WHO przedstawione w *Globalnym Planie Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021*, określa wytyczne dotyczące poprawy zdrowia, dobrobytu i przestrzegania praw człowieka, przysługujące osobom niepełnosprawnym, które państwa i regiony zobowiązane są realizować przez dostosowanie istniejących zapisów, zobowiązań, polityk, planów i celów. Realizacja tych praw jest ważnym zagadnieniem zrównoważonego rozwoju, ponieważ dotyczy 15% populacji globalnej. Są to dane szacunkowe, ponieważ często zbiory statystyk publicznych, obarczone są dwoma negatywnymi nieprawidłowościami. Po pierwsze, należy zgodzić się z opinią⁸⁰, że oficjalna statystyka o niepełnosprawności nie odzwierciedla najbardziej istotnego czynnika jakim jest stan zdrowia społeczeństwa. Związane jest to przede wszystkim z wpływem czynników pozamedycznych na system orzecznictwa o niepełnosprawności, czyli z tym jak kształtuje się polityka społeczna państwa.⁸¹ Po drugie, zbiory danych statystyk publicznych posiadają pewne luki informacyjne, wynikające z faktu pomijania w badaniach niektórych zagadnień związanych z prawem do zdrowia osób niepełnosprawnych.

Ujednoliceniu koncepcji i metodyki zbierania danych o niepełnosprawności służą obecnie *Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)*,⁸² które stanowią kluczowe narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia ludności krajów członkowskich. Badanie realizowane jest cyklicznie w krajach UE, a w 2014 r., po raz pierwszy wszystkie kraje członkowskie miały obowiązek zrealizować je, zgodnie z wytycznymi Eurostatu i regulacją prawną UE – *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia*

⁷⁹ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169, Preambuła (f).

⁸⁰ Gąciarz B., Bartkowski J., *Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2014(11), s. 23.

⁸¹ Gąciarz B., Bartkowski J., *Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2014(11), s. 23.

⁸² *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016, s. 3.





publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy Nr 1338/2008 wraz z aktem wykonawczym.

Wyniki wskazanych powyżej badań, zebrane w oparciu o spójną metodologię pozwalają na zebranie danych, uprawniających do uogólnienia na poziomie Unii Europejskiej oraz umożliwiających analizę porównawczą między państwami członkowskimi. W Polsce, ostatnie badanie *EHIS*, przeprowadzono w 2014 r.⁸³ (od września do grudnia) na próbie 24 tys. mieszkań, a zakres przedmiotowy obejmował samoocenę stanu zdrowia ludności oraz występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych.

Jak wynika z deklaracji mieszkańców miast Polski, w 2014 r. ponad połowa z nich zmagająca się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (55,7%). Znacznie częściej długotrwałe choroby występowały wśród kobiet (60,3%) niż mężczyzn (50,5%). Pomimo, że odsetek dzieci dotkniętych długotrwałymi problemami zdrowotnymi (29,4%) był blisko o połowę niższy niż w przypadku osób dorosłych (60%), **wielkość wskaźnika charakteryzującego stan zdrowia dzieci uznać należy za alarmująco wysoki i wymagający głębszej analizy oraz zaplanowania specjalnych programów profilaktycznych i zdrowotnych.** Szczególną uwagę zwrócić należy na dzieci w przedziale wiekowym od 10 do 14 lat, wśród których blisko czworo z dziesięciorga dzieci miało poważne problemy zdrowotne. Sytuacja ta spowodować może, że w nadchodzących latach będzie to jedna z przyczyn wzrostu poziomu niepełnosprawności wśród dorosłych mieszkańców Polski. W kolejnych grupach wiekowych, od 15 do 29 roku życia, odsetek osób zmagających się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi był znacznie niższy (15-19 lat - 26,2%, 20-29 lat - 33,3%). Najwyższy wzrost wskaźnika mieszkańców dotkniętych poważnymi problemami zdrowotnymi wystąpił w grupach osób w wieku 40-49 lat (54,6%) oraz w wieku **50-59 lat (72,1%)**. Jak wynika z danych, w grupie osób w wieku 50-59 lat, aż 7 na 10 osób posiadało poważne problemy ze zdrowiem. **Również w przypadku tej grupy wiekowej istnieje duża potrzeba wdrażania instrumentów mających charakter rehabilitacji leczniczo-zawodowej.** Kolejną kwestią wyłaniającą się z analizy, jest bardzo wysoki poziom mieszkańców dotkniętych długotrwałymi problemami zdrowotnymi wśród osób biernych zawodowo (74,9%). Należy w tym miejscu rozważyć, czy bierność zawodowa tych osób wynika z trudności związanych ze znalezieniem pracy odpowiedniej do stanu zdrowia, czy raczej jest ona wynikiem złego stanu zdrowia. Rozstrzygnięcie tej kwestii wymaga jednak przeprowadzenia odrębnej i pogłębionej analizy (tab. 6).

⁸³ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016, s. 29-31.





Tabela 6. Ludność miast według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych

Wyszczególnienie	Osoby		
	Ogółem	Z długotrwałymi problemami zdrowotnymi	Bez długotrwałych problemów
	[tys.]	[%]	
<i>Ogółem</i>	22869,2	55,7	44,3
<i>Płeć</i>			
mężczyźni	10824,2	50,5	49,5
kobiety	12045,0	60,3	39,7
<i>Subpopulacja</i>			
dzieci	3223,7	29,4	70,6
dorośli	19645,4	60,0	40,0
<i>Wiek</i>			
0-4 lata	1134,6	21,2	78,8
5-9	1137,9	31,8	68,2
10-14	951,2	36,2	63,8
15-19	1074,3	26,2	73,8
20-29	2969,7	33,3	66,7
30-39	3838,4	41,2	58,8
40-49	2961,6	54,6	45,4
50-59	3232,2	72,1	27,9
60-69	3137,5	86,1	13,9
70-79	1522,8	92,8	7,2
80 lat i więcej	908,9	96,1	3,9
<i>Status na rynku pracy (15 lat i więcej)</i>	19645,4	60,0	40,0
pracujący	10339,1	49,3	50,7
bezrobotni	1142,9	50,3	49,7
bierni zawodowo	8154,2	74,9	25,1
brak danych	9,3	100,0	-

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

Dostępność reprezentacyjnych i cyklicznie gromadzonych danych na temat poszanowania, ochrony i realizacji prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia w Polsce jest stosunkowo ograniczona, co utrudnia nie tylko wykazanie, że kraj nasz wywiązuje się ze zobowiązań wynikających z art. 25 KPO, ale również stanowić może barierę w planowaniu trafnych i skutecznych działań mających na celu rozwiązanie problemów występujących w tym obszarze. Jak wynika z analizy przeprowadzonej w niniejszym Projekcie⁸⁴, dostępne dane pozwalają scharakteryzować:

- dostępność do placówek medycznych (źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia*, publikacja roczna):

⁸⁴ Górniak J., Perek-Białas J., Szwed J., *Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – analiza danych statystycznych i badawczych dot. sytuacji i położenia osób niepełnosprawnych w Polsce*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016, s. 90-96.



- posiadanie udogodnień w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
 - rodzaj stosowanych udogodnień dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnie/podjazdy/platformy, windy oraz drzwi automatycznie otwierane,
 - posiadanie udogodnień dla osób niewidomych;
- b) *dostępność praktyk lekarskich i stomatologicznych* (źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia*, publikacja roczna):
- posiadanie pochylni/podjazdu/ platformy w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych,
 - inne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, np. dla osób niewidomych;
- c) *odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej wg występujących grup schorzeń* (źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia*, publikacja roczna);
- d) *odsetek osób niepełnosprawnych (prawnie, biologicznie) i bez niepełnosprawności, które bardzo dobrze lub dobrze oceniają swój stan zdrowia* (źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia*, publikacja roczna).
- e) *dostępność turnusów rehabilitacyjnych* (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych):
- liczba osób niepełnosprawnych i opiekunów osób niepełnosprawnych ubiegających się o dofinansowanie kosztu turnusu rehabilitacyjnego,
 - liczba osób niepełnosprawnych i opiekunów osób niepełnosprawnych, którym przyznano dofinansowanie kosztu turnusu rehabilitacyjnego;
- f) osoby niepełnosprawne, które otrzymały dofinansowanie na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych);
- g) *odsetek osób, które zadeklarowały, że są bardzo zadowolone lub zadowolone ze swojego stanu zdrowia/z opieki zdrowotnej* (Diagnoza Społeczna, publikacja cykliczna wydawana co dwa lata);
- h) *odsetek osób niepełnosprawnych i bez niepełnosprawności, które zadeklarowały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że rzeczywiście potrzebowały skonsultować się z lekarzem rodzinnym, pierwszego kontaktu lub specjalistą, ale nie zrobiły tego* (Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności, publikacja roczna ukazująca się w Polsce w około dwuletnim odstępie czasowym od wykonania badania)



- i) *odsetek osób niepełnosprawnych i bez niepełnosprawności, które zadeklarowały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zdarzyło się, że nie mogły zasięgnąć porady lekarskiej lub leczyć się ponieważ leczenie, którego potrzebowali nie było dostępne w miejscu zamieszkania lub okolicy bądź nie były w stanie za to zapłacić* (Europejski Sondaż Społeczny)
- j) *odsetek osób dobrze lub bardzo dobrze oceniających obecny stan służby zdrowia i dostępnych w Polsce usług medycznych (oceny od 8 do 10)* (Europejski Sondaż Społeczny);
- k) *odsetek osób, które dobrze lub bardzo dobrze oceniają stan swojego zdrowia (biorąc pod uwagę zarówno samopoczucie psychiczne, jak i fizyczne)* (Europejski Sondaż Społeczny).

Wskazany zestaw mierników, mimo że obejmuje stosunkowo szeroką listę cech, z perspektywy wdrażania art. 25 KPON nie umożliwia określenia:

- odsetka osób niepełnosprawnych i bez niepełnosprawności, które zadeklarowały, że w trakcie minionego roku potrzebowały usług rehabilitacyjnych i ich nie otrzymały,
- zróżnicowania dostępnych cech według rodzaju niepełnosprawności, płci i miejsca zamieszkania (miasto/wieś) (pkt. d, e, f, g, h),
- zróżnicowania dostępu do profilaktyki zdrowotnej według rodzajów niepełnosprawności, płci i miejsca zamieszkania (miasto/wieś),
- zróżnicowania dostępu do opieki leczniczej (zdrowotnej) według rodzajów niepełnosprawności, płci i miejsca zamieszkania (miasto/wieś),
- poziomu kompetencji lekarzy i personelu medycznego w zakresie udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym o różnych rodzajach niepełnosprawności,
- postaw lekarzy i personelu medycznego wobec osób niepełnosprawnych z różnymi rodzajami niepełnosprawności według specjalizacji lekarskiej.

Uzupełnienie zbioru danych o wskazane mierniki uzasadnione koniecznością monitorowania możliwości realizacji prawa do zdrowia przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności z uwzględnieniem wyrównywania szans wynikających z płci oraz miejsca zamieszkania. W przypadku konieczności uwzględnienia zasady równości płci, wynika z zaleceń KPON, zawartych w art. 6 *Niepełnosprawne kobiety*, w których wskazano, że „Państwa Strony uznają, że niepełnosprawne **kobiety i dziewczęta są narażone na wieloaspektową dyskryminację i, w związku z tym, podejmą środki w celu zapewnienia**



pełnego i równego korzystania przez nie ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności.” Oznacza to, że w każdej polityce publicznej należy uwzględniać perspektywę płci.

Uwzględnienie różnorodności w zakresie zbieranych danych na temat prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu zdrowia, wynika natomiast bezpośrednio z zobowiązania zawartego w art. 25 (b) KPON, zgodnie z którym Państwa Strony **zapewnią „(...) usługi zdrowotne, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność**, w tym wczesne rozpoznawanie i leczenie, jeżeli jest potrzebne, a także usługi mające na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych (...).

Z kolei, **uwzględnienie perspektywy miejsca zamieszkania** w zbiorze mierników służących monitorowaniu stanu wdrażania postanowień zawartych w art. 25 KPON, wynika z sygnalizowanych w badaniu przyczyn obiektywnych związanych z **oddaleniem od większych ośrodków miejskich, w których najczęściej zlokalizowane są placówki świadczące specjalistyczną pomoc w zakresie profilaktyki zdrowotnej, leczenia oraz rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej.**

Brak pełnego zbioru danych w statystyce publicznej, nie pozwala dokonać obiektywnej charakterystyki barier na jakie napotykają osoby niepełnosprawne dążąc do realizacji prawa do zdrowia. Taki stan rzeczy może wpływać na obniżenie trafności, skuteczności i efektywności rządowych i samorządowych polityk prowadzonych w zakresie realizacji zobowiązań, wynikających z art. 25 KPON. Z uwagi na to identyfikację barier oraz rekomendowane dla polityk publicznych kierunki zmian oparto na opiniach ekspertów uczestniczących w debacie doradczo – programowej pn. Zdrowie (Art.25), zorganizowanej przez Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych w dniu 11 października 2016 r. oraz analizach przeprowadzonych w niniejszym projekcie.

Zobowiązania wynikające z postanowień art. 25 KPON, nakładają na Państwa Strony, a więc i Polskę, obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym równego dostępu do odpowiedniego zakresu, jakości i standardu bezpłatnej, lub zapewnianej po przystępnych cenach, usług opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego oraz adresowanych do całej populacji programów w zakresie zdrowia publicznego. Zdaniem ekspertów debaty doradczo – programowej, w wyniku procesu wdrażania *Konwencji* **w okresie minionych 4 lat niewiele się zmieniło i nie są zauważane znaczące zmiany w zakresie realizacji zobowiązań wynikających z postanowień art. 25 KPON.** Sam proces ocenić należy jako powolny, który mimo wprowadzanych zmian legislacyjno-administracyjnych, nie nadał wysokiego priorytetu działaniom rządowych w tym





kierunku, czego przyczyną jest przede wszystkim **nieuwzględnienie w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 wszystkich istotnych zagadnień związanych z prawami osób niepełnosprawnych do zdrowia**. Jak wynika z opinii ekspertów, bariery związane z korzystaniem przez osoby niepełnosprawne z prawa do zdrowia wynikają np. z niedostosowania pomieszczeń, sprzętu i wyposażenia medycznego, ze stosowanych rozwiązań komunikacyjnych, niedostosowanych do potrzeb osób o różnych rodzajach niepełnosprawności oraz występujących nadal trudności w dostępie zarówno do lekarzy jak i badań specjalistycznych. Kolejne **niedostatki dostrzeżone w procesie wdrażania KPON dotyczą ograniczonego dostępu do informacji o jej zapisach, co należy rozumieć jako braku społecznego upowszechnienia wiedzy o prawach osób niepełnosprawnych, które powinny być chronione na mocy art. 25 KPON**. Dodatkowo nie zostały utworzone niezależne i autonomiczne struktury organizacyjne, działające w obszarze koordynowania, wdrażania i monitorowania stanu wdrażania Konwencji, w tym art. 25 KPON.

Szczególną uwagę należy zwrócić w tym miejscu na opinie wskazujące, że **nie ratyfikowanie przez Polskę Protokołu fakultatywnego, powoduje, znaczne ograniczenie możliwości egzekwowania zobowiązań wynikających z Konwencji, w tym zawartych w art. 25 (tab. 7)**.

Tabela 7. Opinie na temat przebiegu procesu wdrażania *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* (KPON) w okresie minionych 4 lat, tj. od momentu jej ratyfikacji w 2012 r., w kontekście prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność

Wyszczególnienie
- wdrażanie Konwencji napotyka wiele problemów i barier głównie w obszarze informacji o jej zapisach, tworzenia niezależnych i autonomicznych struktur, wsparcia w obszarze monitoringu - usprawnienia w obszarze polityk publicznych na poziomie lokalnym czy centralnym wynikają z dobrej woli, a nie z konieczności wynikającej z ratyfikacji Konwencji - mamy do czynienia z niezwykle niską świadomością wśród osób niepełnosprawnych nt. zapisów Konwencji i jej znaczenia dla środowiska osób niepełnosprawnych oraz ich otoczenia - Polska nie ratyfikowała protokołu dodatkowego, co sprawia że możliwości egzekucji wykonania Konwencji są znacznie mniejsze. Można więc powiedzieć że po ratyfikacji została wstawiona na półkę z napisem „zrobione”, a nie „do zrobienia” - nic się nie zmieniła - Wdrażanie konwencji w dużych miastach przebiega zbyt wolno natomiast na wsiach proces ten nie został w ogóle uruchomiony - niewiele się zmieniło w ostatnich czterech latach w zakresie dostępności do diagnozowania, leczenia, w opiece ambulatoryjnej i szpitalnej - mimo ratyfikacji KOPON w Polskim ustawodawstwie nie wprowadzono znaczących zmian, wynikających z treści Konwencji, w zakresie ochrony zdrowia: - nie zostały wprowadzone m.in. szczegółowe zalecenia, dotyczące dostosowania pomieszczeń,



Wyszczególnienie

- w których świadczone są usługi zdrowotne,
- dotyczące wdrażania ułatwień dla osób z różnymi dysfunkcjami, np. dostosowanie do potrzeb osób niewidomych i słabowidzących (kontrastowe oznaczenia schodów, wejść, pomieszczeń, gabinetów, sanitariatów, zabezpieczone żółtym pasem kontrastowym szklane i przeszklone drzwi, ściany itp.),
- niedostosowane fotele dentystyczne, fotele ginekologiczne i inne urządzenia
- w ostatnim okresie pogorszyła się dostępność do lekarzy okulistów
- wydłużył się w ostatnich czterech latach czas oczekiwania na konsultacje, leczenie i zabiegi operacyjne, co w szczególnym stopniu może wpływać na pogarszanie się stanu zdrowia osób niepełnosprawnych
- proces wdrażania KPON jest powolny, oficjalnie wygląda na toczący się proces zmian legislacyjno-administracyjnych, a kluczem jest tu brak nadania wysokiego priorytetu działań rządowych w tym kierunku i wynikająca z tego faktu wyraźnego umieszczenia spraw osób niepełnosprawnych w strategii zdrowia Państwa
- W zakresie dostępu do opieki zdrowotnej nie widać znaczących działań mających na celu zapewnienie dostępu do możliwie najwyższego poziomu stanu zdrowia
- dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce jest utrudniony, to utrudnienie do opieki zdrowotnej a zwłaszcza opieki psychologicznej i rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych jest dramatyczny, niestety nie podejmowano działań zmierzających do zmiany tej sytuacji.
- w ciągu ostatnich 4 lat nie są zauważane znaczące zmiany w zakresie ochrony zdrowia wynikającej z wdrożenia Konwencji
- w kontekście osób z ograniczeniami sensorycznymi niestety wielkich zmian od momentu ratyfikacji Konwencji nie było
- ważnym momentem było w 2011 ratyfikowanie przez Polskę ustawy o języku migowym i innych środkach komunikacji, jednak nadal usługi zdrowotne świadczone przez placówki publiczne bardzo często nie są dostępne dla osób głuchych, niewidomych i głuchoniewidomych
- dostęp zarówno do lekarzy jak i badań specjalistycznych jest bardzo ograniczony poprzez istniejące kolejki

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Największe **osiągnięcia procesu wdrażania Konwencji, zdaniem ekspertów uczestniczących w debacie, związane są z prowadzonymi kampaniami edukacyjno-informacyjnymi**, które przyczyniły się do wzrostu świadomości społecznej na temat niepełnosprawności. **Za sukces należy uznać również inwestycje infrastrukturalne**, które zwiększyły dostępność przestrzeni publicznej dla osób niepełnosprawnych. Inwestycje te przyczyniły się do zlikwidowania wielu barier architektonicznych, np. specjalistycznie dostosowane toalety, oznaczone miejsca parkingowe, podjazdy na chodnikach, dodatkowe poręcze i windy w przejściach podziemnych oraz budynkach użyteczności publicznej (tab. 8).

Tabela 8. Opinie na temat osiągnięć i sukcesów w procesie wdrażania KPON

Wyszczególnienie

- powolny proces, uświadamianie znaczenia dostępności usług zdrowotnych jest niewątpliwym sukcesem, ale wciąż niewystarczającym
- w niektórych schorzeniach udało się wprowadzić nowe programy lekowe
- można wyróżnić powstanie licznych inwestycji infrastrukturalnych (likwidacja barier architektonicznych)





Wyszczególnienie

ułatwiających osobom niepełnosprawnym poruszanie się w miejscach publicznych (specjalistycznie dostosowane i wydzielone toalety, oznaczone miejsca parkingowe, podjazdy na chodnikach, dodatkowe poręcze i windy w przejściach podziemnych oraz budynkach użyteczności publicznej)

- dużą rolę w podniesieniu świadomości społecznej odniosły tu kampanie informacyjno-edukacyjne
- za minimalny sukces można uznać spotkania i debaty na temat Konwencji, gdzie osoby niepełnosprawne i ich środowiska mają możliwość przedstawiania decydom swoim potrzeb
- jedynym sukcesem jest podejmowanie coraz częściej debaty nad sytuacją osób niepełnosprawnych oraz ich opiekunów
- w odniesieniu do osób głuchych nie można wskazać żadnych znaczących osiągnięć
- w Polsce trudno mówić o procesie wdrażania Konwencji w tym zakresie

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

W okresie minionych 4 lat, osiągnięciom wdrażania *KPON* w zakresie podnoszenia świadomości społecznej oraz likwidowania barier architektonicznych towarzyszyły również porażki utrudniające osobom niepełnosprawnym korzystanie z prawa do osiągnięcia możliwie najwyższego stanu zdrowia. Niedostatki w omawianym procesie dotyczyły m.in. **niewprowadzenia systemowych rozwiązań dotyczących dostępności do tłumaczy języka migowego oraz nastawienia na medycynę interwencyjną**, które w świadczy o podejściu do wydatków na zdrowie jako kosztu, a nie dobrze rozumianej i prowadzonej w dużej skali inwestycji. Za kolejny niedostatek w procesie wdrażania *KPON* uznać należy **zbyt mały nacisk w systemowym podejściu do udziału osób niepełnosprawnych oraz organizacji reprezentujących osoby niepełnosprawne w konsultacjach dotyczących spraw osób niepełnosprawnych** (tab. 9).

Z perspektywy wdrażania działań związanych z realizacją postanowień *KPON*, w tym art. 25 tego, wiele porażek związanych jest z brakiem świadomości/zobowiązania do dostosowania placówek medycznych do potrzeb różnych grup osób niepełnosprawnych i pomimo obowiązywania *Konwencji*, **wiele placówek medycznych nie wprowadza zmian, które pozwoliłyby korzystać osobom niepełnosprawnym z opieki zdrowotnej na równi z osobami bez niepełnosprawności.**

Tabela 9. Opinie na temat porażek w procesie wdrażania *KPON*

Wyszczególnienie

- art. 9 pkt 2e Konwencji mówi o zapewnieniu osobom głuchym dostępu do profesjonalnych tłumaczy języka migowego, w ustawie o języku migowym osoba uprawniona ma prawo do skorzystania tylko z pomocy osoby przybranej (którą sama sobie musi zapewnić) w kontaktach z podmiotami leczniczymi, natomiast podmiot leczniczy w ustawie o języku migowym został wyłączony z obowiązku zapewnienia certyfikowanego tłumacza języka migowego
- porażką jest fakt, iż nie tylko istniejące podmioty medyczne nie wdrażają zasad wynikających





Wyszczególnienie

z Konwencji

- powstają nowe podmioty, które pomimo wiedzy, że Polska ratyfikowała KPN, nie wprowadzają wymaganych standardów
- zmniejszono dofinansowanie NFZ do zakupu artykułów medycznych i pomocy wspomagających
- jedną z podstawowych bolączek ostatniego ćwierćwiecza jest niski poziom prowadzonych konsultacji społecznych (często jedynie fasadowych) przy tworzeniu nowych regulacji
- kwestie gospodarczo-finansowe uzyskiwały zazwyczaj wyższy priorytet niż sprawy społeczne (tj, edukacja, zdrowie, zabezpieczenie socjalne)
- przeważało nastawienie na medycynę interwencyjną, a w konsekwencji, rozumienie wydatków na zdrowie jako kosztu, a nie dobrze rozumianej i prowadzonej w dużej skali inwestycji
- ciągle utrzymuje się utrudniony dostęp do refundowanych wyrobów medycznych, przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych
- osoby niepełnosprawne w żaden sposób nie odczuwają zmian wynikających z wdrażania Konwencji, co jest bez wątpienia porażką
- jedną z podstawowych porażek wyrównania praw osób niepełnosprawnych, jest ułomny system oceny i orzekania niepełnosprawności, a porażką jest nie wprowadzenie przez Polskę systemu ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) i zaniechanie prac nad jego wprowadzeniem
- obszar faktycznych zmian jest niewielki i tak naprawdę w ciągu ostatnich 4 lat nie dokonano znaczących zmian w zakresie poprawy dostępności do usług zdrowotnych czy programów profilaktyki zdrowotnej
- osoby niepełnosprawne w Polsce nadal są dyskryminowane w zakresie dostępności do usług medycznych, czyli Konwencja w tym zakresie nie została wdrożona
- zobowiązanie instytucji publicznych, szpitali, przychodni do tego, aby zapewniały tłumaczenie na język migowy dla osób głuchych, niestety ciągle na zbyt małą skalę
- W okresie 4 lat nie zmieniło się nic w stosunku rzeczywistej obsługi osób niesłyszących
- pomimo dostępnych i wykorzystywanych funduszy europejskich które zostały przeznaczone na modernizację różnych aspektów w służbie zdrowia przyczyniając do polepszenia dostępu do opieki medycznej to świadomość lekarzy na temat osób niepełnosprawnych nie uległa poprawie
- wielu lekarzy nie traktuje pacjentów podmiotowo, konsultuje się z ich, opiekunami, rodzicami, asystentami czy tłumaczami, a nie z samymi osobami niepełnosprawnymi
- istnieje bariera informacyjna w szczególności dla osób głuchych co przejawia się nieprzestrzeganiem punktu 6 karty praw pacjenta

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Zarówno sukcesy jak i niedostatki, które wystąpiły w procesie wdrażania art. 25 KPN w okresie minionych 4 lat powiązać należy z zagadnieniami dotyczącymi polityki Państwa wobec ograniczania zjawiska dyskryminacji osób niepełnosprawnych w dostępie do odpowiedniej opieki zdrowotnej. Zdaniem ekspertów uczestniczących w debacie doradczo-programowej poświęconej zagadnieniom wdrażania art. 25 KPN, polityka Państwa umożliwiła ograniczenie szeroko pojętych barier architektonicznych oraz zagwarantowano osobom z niepełnosprawnością słuchu możliwość obecności osób towarzyszących w trakcie wizyt lekarskich. Pozytywnie ocenione zostało ograniczenie wiekowe osób towarzyszących,





które nie mogą mieć mniej niż 16 lat. Zmiana ta była oczekiwana przez środowiska osób niepełnosprawnych:

„(...)ważną sprawą to jest to, że do lekarza bardzo często chodzi tak zwana osoba przybrana zamiast tłumacza, bo za tłumacza to nie wiadomo kto ma płacić, służba zdrowia nie chce płacić. To kto ma płacić? To wtedy idzie osoba przybrana, czyli członek rodziny, ale najczęściej jest to dziecko i my jako organizacja się sprzeciwiamy, żeby w ogóle dzieci do lat 16, nie powinny chodzić w ogóle jako osoba (...)”

Sprawozdanie z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016

W okresie minionych 10 lat w polityce publicznej w zakresie ograniczania zjawiska dyskryminacji osób niepełnosprawnych w kontekście ich prawa wynikającego z art. 25 *KPON* wystąpiły nie tylko osiągnięcia, ale również sytuacje, które można określić mianem porażek. Dotyczyły one najczęściej oceny rozwiązań prawnych i organizacyjnych, jednak stanowić mogą W opinii ekspertów uczestniczących w debacie doradczo-programowej poświęconej art. 25 *KPON*, **zmiany następowały zbyt wolno i nie miały charakteru strategicznej i systematycznej polityki wobec niepełnosprawności**. Ocenione negatywnie zostały również nadal występujące negatywne postawy lekarzy i opiekunów osób niepełnosprawnych wobec potrzeb osób niepełnosprawnych oraz niedostosowanie stron publicznych internetowych do odbioru przez osoby niepełnosprawne. Wynikać one mogą z **niedostatecznej intensyfikacji działań w polityce publicznej poświęconych podnoszeniu wiedzy, świadomości i wpływających na stereotypowe postrzeganie niepełnosprawności** (tab. 10).

Tabela 10. Opinie na temat skuteczności polityki Państwa w okresie ostatnich dziesięciu lat w zakresie ograniczania zjawiska dyskryminacji osób niepełnosprawnych w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność

Opinie pozytywne	Opinie krytyczne
- duży postęp nastąpił w likwidowaniu barier architektonicznych (budownictwo, transport, drogi i mosty), bo tam duży biznes mógł liczyć na korzystne kontrakty - ustawa o języku migowym pozwala aby głuchy przyszedł z osobą przybraną, w ustawie pozytywnie wprowadzono wiek takiej osoby która musi mieć co najmniej 16 lat	- Państwo nie prowadzi systematycznej polityki wobec osób niepełnosprawnych, symboliczne gesty nie zastąpią myślenia strategicznego - zmiany następują bardzo powoli, próby dotyczące wprowadzania zasad dostępności oraz zwiększania jakości leczenia są niezadowalające - lekarze na komunikat „jestem tłumaczem języka migowego” często wypraszają tłumaczy z gabinetu zasłaniając się ochroną danych wrażliwych, nie mają za to „zahamowani” w wykorzystaniu, podczas wizyty lekarskiej osoby nieletniej (członka rodziny) dla której większość informacji jest niezrozumiała



Opinie pozytywne	Opinie krytyczne
	- wciąż strony internetowe NFZ i podmiotów leczących są niedostępne dla osób z różnymi dysfunkcjami - w obszarach tzw. „miękkiego wsparcia”, (usługi rehabilitacyjne, opiekuńcze, edukacyjne, kulturalno-integracyjne) możliwość finansowania dużych programów jest ciągle niewystarczająca - należy ocenić negatywnie, jest to również ocena osób i opiekunów osób niepełnosprawnych - w ostatnich latach nie podjęto żadnych znaczących systemowych zmian mających na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych - środowisko osób niepełnosprawnych boryka się z problemami architektonicznymi, brakiem tłumaczy języka migowego, brakiem dostępu do możliwości dokonania zapisów na wizyty i zabiegi medyczne bez konieczności osobistej wizyty w placówce lub kontaktu telefonicznego (co stwarza problem dla osób niesłyszących) - polityka państwa w ostatnim latach skupia się na jednorazowych działaniach mających charakter populistyczny i nie wprowadzający znaczących zmian - planowane na przyszły rok zmiany które wpłyną między innymi na możliwość swobodnego wyboru lekarza specjalisty, stworzą kolejną barierę dla osób niepełnosprawnych i z chorobami rzadkimi, które to osoby nie będą mogły samodzielnie wybrać najlepszego specjalisty w danej dziedzinie, co może przyczynić się do obniżenia jakości leczenia - niestety wielu lekarzy i podmioty lecznicze nie stosują się do zapisów ustawy o języku migowym

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Wywiązywanie się przez polską politykę publiczną ze zobowiązań wynikających z art. 25 KPON poddane zostało również ocenie z perspektywy dokumentów planistycznych i strategicznych.

• **POLITYKA RZĄDOWA**

Funkcjonujące w rządowych dokumentach planistycznych i strategicznych rozwiązania wyznaczać powinny kierunki działań planowanych i realizowanych przez samorządy na poziomie regionalnym i lokalnym w zakresie poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia.

Jak wynika z przeglądu rządowych dokumentów, w Polsce z perspektywy wywiązania się ze zobowiązań wynikających z art. 25 KPON najistotniejsze znaczenie powinny mieć następujące dokumenty:





1) NARODOWY PROGRAM ZDROWIA NA LATA 2016–2020⁸⁵

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 jest jednym z najważniejszych dokumentów w kraju, który wyznacza cele, zakres działania oraz podmioty odpowiedzialne za realizowaną politykę zdrowia w Polsce. Celem głównym Programu, realizowanym przez wdrażanie celów operacyjnych i odpowiadających im zadań jest wspólne przyczynianie się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także realizowanie ich w sposób powiązany, przeciwdziałając więcej niż jednemu zagrożeniu jednocześnie, w szczególności w obszarach, w których istnieją naukowe dowody powiązań zależności między zagrożeniami lub korelującymi czynnikami ryzyka i chroniącymi.

W Programie, jako wymóg określona została zasada uwzględnienia w realizacji celów konieczności zapewnienia dostępności, zgodnie z koncepcją projektowania uniwersalnego, określoną w art. 2 *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169), oraz potrzebami osób z różnymi niepełnosprawnościami.

Cele operacyjne Programu obejmują:

1) *Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację celu jest minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: kultury fizycznej, pracy, rodziny, turystyki, finansów publicznych, rolnictwa, obrony narodowej oraz oświaty i wychowania.

2) *Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację celu jest minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, obrony narodowej, pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, finansów publicznych oraz informatyzacji.

3) *Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa*

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację celu jest minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, obrony narodowej, nauki, szkolnictwa wyższego oraz informatyzacji.

⁸⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, Dz.U. 2016 poz. 1492.





4) *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki*

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację celu jest minister właściwy do spraw środowiska we współpracy z ministrem właściwym do spraw: zdrowia, pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, obrony narodowej, rynków rolnych oraz rozwoju wsi.

5) *Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się.*

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację celu jest minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw pracy, rodziny i zabezpieczenia społecznego.

6) *Poprawę zdrowia prokreacyjnego.*

Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego oraz oświaty i wychowania.

Jak wynika Programu, wymienione powyżej cele powinny być realizowane z uwzględnieniem konieczności zapewnienia dostępności, zgodnie z koncepcją projektowania uniwersalnego, określoną w art. 2 *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*. Pojęcie uniwersalnego projektowania jest bardzo ważne z perspektywy wdrażania art. 25 *KPON*, jednak nie stanowi o podjęciu wszelkich możliwych starań, aby osoby niepełnosprawne osiągnęły możliwie największą dostępność do profilaktyki zdrowotnej i opieki medycznej. Wynika to przede wszystkim z tego, że uniwersalne projektowanie zapewnia dostępność do nowopowstałych obiektów i usług, a więc kwestia osiągnięcia pełnej dostępności do zdrowia przez osoby niepełnosprawnej może stać się realna w bardzo odległej perspektywie. W Programie **brakującym czynnikiem zmiany, a zarazem wywiązania się ze zobowiązania zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do opieki zdrowotnej jest przyjęcie w celach i działaniach koncepcji racjonalnych usprawnień**. Jak wynika z badań zarówno istniejące obiekty, przyjęte schematy komunikacji jak i wyposażenie placówek medycznych często nie spełniają kryteriów dostępu dla osób niepełnosprawnych. Brak realizowania przez politykę publiczną zobowiązania wynikającego z art.2 *KPON* w części dotyczącej racjonalnych usprawnień stanowi nie tylko o niewdrożeniu art. 2 *KPON*, ale jednocześnie o nierespektowaniu praw osób niepełnosprawnych do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej.

Z perspektywy realizacji prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu zdrowia, niekorzystnym jest bardzo ogólne potraktowanie w Programie





kwestii związanych z różnorodnością osób niepełnosprawnych. W całym dokumencie tylko raz, we wstępie do rozdz. II. Cele operacyjne NPZ i podmioty odpowiedzialne za ich realizację, powołano się na konieczność uwzględnienia potrzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. **O ile przyjęte założenie uwzględnienia różnorodności osób niepełnosprawnych jest zgodne z KPON, to w dalszej części Programu nie dostrzega się konsekwentnego realizowania tej zasady, ponieważ brak jest wskazania konkretnych zadań, które służyć mają rozwiązaniu bardzo istotnych barier wynikających z konkretnego rodzaju niepełnosprawności, np. dotyczących dostępności do komunikacji dla osób z naruszoną sprawnością narządu słuchu, czy też rozwiązań dla osób z naruszoną sprawnością narządu wzroku.**

Dodatkowo, w Planie nie zostały podniesione kwestie dyskryminacji wielorakiej, która wynika często z płci i miejsca zamieszkania. Kwestie większego zagrożenia dyskryminacją wieloraką kobiet niepełnosprawnych podkreślone zostały w art. 6 KPON i powinny być uwzględnione w każdej polityce publicznej, również w obszarze zdrowia. Z kolei, jak wynika z opinii ekspertów uczestniczących w debacie tematycznej poświęconej ocenie wdrażania art. 25 KPON, mieszkańcy niepełnosprawni zamieszkujący wsie i małe miasta mają utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej z uwagi na często występujące duże odległości od większych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są specjalistyczne placówki medyczne.

Program w bardzo niewielu miejscach powołuje się na realizację zadań, w których należy uwzględnić specjalne potrzeby osób niepełnosprawnych, aby bariery społeczne nie utrudniały korzystania z opieki zdrowotnej. I tak:

- str. 2 – powołanie się na KPON i uznanie zasady uniwersalnego projektowania oraz potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami,
- str. 8 – w zadaniach służących realizacji celu operacyjnego 1: *Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*, przyjęto zasadę, że „określanie warunków zabudowy miast, budowy dróg i mostów w sposób sprzyjający ruchowi pieszemu, rowerowemu i aktywności fizycznej, uwzględniając potrzeby osób niepełnosprawnych”,
- str. 44 – w wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, przyjęto „tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych”,





- str. 45 – w zadaniach służących realizacji celu operacyjnego 5: *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się* wskazano działania mające na celu „przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej”.

W części VI. Programu pn. *Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi* dużo uwagi poświęca się zagadnieniom zdrowia psychicznego, jednak z perspektywy czynników ryzyka problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych. Ta część Programu wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.



Reasumując, Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 nie uwzględnia wszystkich zobowiązań wynikających z art. 25 KPOiN i z powiązanego z nim art. 2 KPOiN, co w konsekwencji tworzy następujące bariery administracyjne:

1. NIEUWZGLĘDNIENIE W REALIZOWANEJ POLITYCE Koncepcji racjonalnych usprawnień

W omawianym dokumencie nie zostało wprowadzone pojęcie racjonalnego usprawnienia, które należy wdrożyć, jeżeli nie nakłada nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszystkich praw i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami. Uwzględnienie tego pojęcia w dokumentach strategicznych i planistycznych jest kluczowe z uwagi na wywiązanie się przez Państwo ze zobowiązania wynikającego z art. 25 KPOiN do poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych, w tym również do zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do opieki zdrowotnej.

2. NIEUWZGLĘDNIENIE W SZCZEGÓŁOWYCH CELACH OPERACYJNYCH I ZADANIACH SŁUŻĄCYCH ICH REALIZACJI ZASADY RÓŻNORODNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I WYNIKAJĄCYCH Z NIEJ SPECYFICZNYCH POTRZEB OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Brak uwzględnienia różnorodności osób niepełnosprawnych powoduje zagrożenie, że działania w zakresie poprawy dostępności architektonicznej, informacyjnej, wyposażenia, urządzeń oraz stosowanych form komunikacji, które są kluczowe z perspektywy korzystania





przez osoby niepełnosprawne z opieki zdrowotnej, nie będą sprzyjać realizacji praw osób niepełnosprawnych oraz nie będą wyczerpywały zobowiązań wynikających z art. 25 oraz art. 2 KPON.

3. NIEUWZGLĘDNIENIE PERSPEKTYWY DYSKRYMINACJI WIELORAKIEJ, WYNIKAJĄCEJ Z PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA

W programowanej polityce publicznej poświęconej zdrowiu nie została uwzględniona perspektywa dyskryminacji wielorakiej. Dotyczy to przede wszystkim pominięcia kobiet niepełnosprawnych, które są bardziej zagrożone dyskryminacją wynikającą z niepełnosprawności i płci, która może utrudniać im realizację praw, w tym prawa do zdrowia (art. 25 i art. 6 KPON). Również pominięcie zagadnień związanych z połączenia dwóch dyskryminujących czynników, a mianowicie niepełnosprawności i zamieszkania na terenach wiejskich nie zostało wyróżnione, co jest niezgodne ze zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji (art. 25(c)). Pominięcie wskazanych zagadnień w polityce publicznej poświęconej zdrowiu, niesie za sobą duże zagrożenie, że grupy szczególnie narażone na dyskryminację nie zostaną objęte wsparciem publicznym i będą miały utrudniony dostęp do służby zdrowia.

4. NIE PODJĘCIE KWESTII ZWIĄZANYCH ZE ŚWIADCZENIEM USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ MOŻLIWIE BLISKO SPOŁECZNOŚCI, W KTÓRYCH ŻYJĄ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE, W TYM NA OBSZARACH WIEJSKICH, KTÓRA WYNIKA Z ART.25 KPON

Polityka publiczna pomija w celach i działaniach (zadaniach) zagadnienia związane ze świadczeniem opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w której żyją osoby niepełnosprawne, również na obszarach wiejskich, co wskazuje na nieuwzględnienie zobowiązania wynikającego z postanowień art. 25 (c) KPON. W konsekwencji osoby niepełnosprawne, np. z naruszoną sprawnością psychiczną – będą miały utrudnioną realizację nie tylko prawa do zdrowia, ale niejednokrotnie prawa do życia w społeczności.

5. BRAK ZAPLANOWANYCH CELÓW I ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z PODNOSZENIEM ŚWIADOMOŚCI

Planowaniu dostosowania środowiska/programów/usług, m.in. w obszarze zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych powinny towarzyszyć działania podnoszące świadomość społeczną w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu szkoleń i przez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, do których zobowiązuje Konwencja.



2) NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W Polsce realizowany był Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015⁸⁶. Cele główne programu obejmowały:

- 1) promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, oraz
- 3) rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

Zgodnie z celami szczegółowymi omawiany Program stanowić miał odpowiedź na potrzeby osób z niepełnosprawnością psychiczną w zakresie dostępności do powszechnie dostępnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, wykorzystującej najnowsze wyniki badań naukowych oraz do włączenia w życie społeczne. W związku z wymienionymi potrzebami, w Programie określono następujące cele szczegółowe:

- 1) Promowanie zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym:
 - upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
 - zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
 - zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
- 2) Zapewnianie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:
 - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;
- 3) Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu zdrowia psychicznego:
 - przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych,
 - promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego,

⁸⁶ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.





- unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej,
- ocena skuteczności realizacji Programu.

Bardzo ważnym założeniem przyjętym w tym Programie była interdyscyplinarność, czyli powierzenie realizacji celów różnym ministerstwom, a mianowicie: Ministrowi Sprawiedliwości, Ministrowi Obrony Narodowej oraz ministrom właściwym do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych i administracji publicznej, a także: Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz samorządom województw, powiatów i gmin.

Zgodnie ze stanowiskiem Najwyższej Izby Kontroli⁸⁷, nie zostały osiągnięte zakładane cele, a większość zaplanowanych zadań nie zostało zrealizowanych. Negatywne wywiązanie z powierzonych zadań odnosi się zarówno do administracji rządowej, jak i samorządowej. W konsekwencji stan realizacji Programu nie doprowadził do ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz lepszej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2011–2015.

Uzasadnieniem negatywnej opinii NIK było :

- ✓ niezabezpieczenie środków finansowych przez wszystkich realizatorów NPOZP na zadania, które zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego należały do zadań własnych tych podmiotów, co skutkowało nierealizowaniem wskazanych zadań NPOZP;
- ✓ niezrealizowanie przez Ministra Zdrowia pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz nieopracowanie stosowanych standardów postępowania i procedur medycznych;
- ✓ niepodjęcie przez Ministra Zdrowia szkolenia kadr niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- ✓ nieutworzenie przez Ministra Edukacji Narodowej programów promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego oraz niepodjęcie ich realizacji, w sposób określony w NPOZP, w celu ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;
- ✓ brak zaangażowania samorządów województw w tworzenie warunków dla realizacji zadań NPOZ, co skutkowało m.in. niewdrożeniem planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej

⁸⁷ Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2017.





do oddziałów szpitali ogólnych; brak aktywności samorządów powiatów i gmin (objętych kontrolą) bezpośrednio ukierunkowanej na realizację ustalonych w NPOZP celów, tj. upowszechniania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, rozwoju zróżnicowanych form wsparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi;

- ✓ nieutworzenie, na terenie kraju, CZP spełniających kryteria określone w NPOZP z powodu zaniechań Ministra Zdrowia polegających na nieustaleniu zasad tworzenia i finansowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej;
- ✓ brak koordynacji działań i monitorowania rezultatów osiągniętych w ramach NPOZP przez Ministra Zdrowia;
- ✓ brak współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi Program;
- ✓ nierzetelne informowanie Ministra Zdrowia o stanie wykonania poszczególnych zadań w danym roku przez ich realizatorów.
- ✓ nierzetelne informowanie Stałego Komitetu Rady Ministrów o realizacji zadań Programu przez Ministra Zdrowia.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli negatywnie ocenić należy również fakt, że do czasu zakończenia kontroli NIK **nowa edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 nie została ustanowiona, mimo iż pierwszy rok, w którym miała być realizowana, dobiegł końca.**

Zaznaczyć należy, że zostały opracowane rekomendacje dla nowego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020⁸⁸ obejmujące:

- ✓ Zapewnienie pełnej dostępności pacjentów do optymalnego modelu leczenia psychiatrycznego, jako priorytetu zdrowotnego Państwa.
- ✓ Zapewnienie wieloletniego, minimalnego poziomu finansowania świadczeń w rodzaju psychiatrii i leczenie uzależnień w wysokości nie mniejszej niż 5% środków zapisanych w planie finansowym NFZ.
- ✓ Zapewnienie finansowania ze środków budżetowych oraz pomocowych, pochodzących z nowej perspektywy (2014–2020), w celu realizacji koniecznych inwestycji, a w szczególności tworzenia systemu Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP).
- ✓ W celu zapewnienia pełnej koordynacji oraz właściwego kierunku zmian, utworzenie lub wzmocnienie systemu Rad ds. Psychiatrii – o charakterze konsultacyjno-doradczym, na

⁸⁸ *Raport. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020. Rekomendacje*, red. prof. B. Łoza, J. Gryglewicz, Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, Warszawa 2015.



poziomie krajowym, wojewódzkim i powiatowym (dzielnicowym), wzmacniając ich uprawnienia i reprezentatywność.

- ✓ Utworzenie z dniem 1 stycznia 2017 systemu Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie całej Polski.
- ✓ Utworzenie Rad Środowiskowych działających na poziomie powiatów (dzielnic) i łączących pracę/zadania z zakresu ochrony zdrowia z pomocą społeczną i aktywnością urzędów pracy, umożliwiając rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb pacjentów psychiatrycznych, zgodnie z ich kompetencjami i społecznymi potrzebami.
- ✓ Powstanie centralnego ośrodka lub powierzenie zadań z zakresu planowania, organizacji, monitorowania i statystyki wdrażania NPOZP.
- ✓ Opracowanie i sfinansowanie programów szkoleniowych personelu medycznego wykonującego świadczenia zdrowotne i inne zadania realizowane w Centrach Zdrowia Psychicznego.
- ✓ Wprowadzenie, wzorem systemów zachodnich, systemu „case managerów” – opiekunów pacjentów, mających dwojakie kompetencje: terapeutyczne oraz prawno-organizacyjne w zakresie reprezentowania i wsparcia pacjenta w zadaniach społeczno-zawodowych.
- ✓ Opracowanie i wdrożenie programów zdrowotnych (programów profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych), odnoszących się do podstawowych problemów zdrowia psychicznego.
- ✓ Opracowanie i sfinansowanie programów rehabilitacji leczniczej – w ramach prewencji rentowej ZUS – dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w celu zmniejszenia zjawisk wykluczenia społecznego oraz zapewnienia możliwości kontynuacji aktywności zawodowej.

Mimo szczegółowych wskazań, jakie zadania należ zrealizować, aby omawiany Program spełniał potrzeby i oczekiwania społeczne, nie podjęto działań, a osoby z niepełnosprawnością psychiczną nadal pozostają bez właściwej opieki i wsparcia polityki publicznej.

Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest koniecznością wynikającą z potrzeb społecznych oraz jednocześnie stanowi o wypełnianiu przez Państwo obowiązków wynikających z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2016 poz. 546), o czym świadczy zapis w art. 2.1., że ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;



- 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i **powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy** niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Ponadto, realizacja omawianego Programu jest bardzo istotna ponieważ osoby z niepełnosprawnością psychiczną, często wymagają „szczególnej pomocy w uzyskaniu należnych im świadczeń: zaświadczeń o stanie zdrowia, orzeczenia o niepełnosprawności, rehabilitacji, renty ZUS lub zasiłku z pomocy społecznej”⁸⁹.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (w art. 10) przyznaje osobom chorującym psychicznie (z zaburzeniami psychotycznymi) oraz osobom z niepełnosprawnością intelektualną **prawo do bezpłatnych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz nieodpłatnych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych**⁹⁰. Bariere w realizacji tego prawa stanowi jednak niewystarczająca dostępność różnych placówek leczenia psychiatrycznego, w tym zwłaszcza poradni i innych form leczenia w środowisku poza szpitalnym oraz długie oczekiwanie na przyjęcie w poradni, powodujące zaostrzenie objawów i hospitalizację psychiatryczną, której można byłoby uniknąć, gdyby pacjent wcześniej mógł dostać się do lekarza czy psychologa w poradni.⁹¹



Planowane do realizacji cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 uznać można za trafne i mogące realizować wiele zobowiązań wynikających z Konwencji. Nieosiągnięcie tych celów świadczy, że Program pozostał jedynie w sferze deklaratywności, a prawa osób z niepełnosprawnością psychiczną nie były w odpowiednim stopniu chronione. Ponadto, brak ustanowienia nowego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 wskazuje, że w polityce publicznej zagadnienia związane z poszanowaniem, ochroną i realizacją praw osób z niepełnosprawnością psychiczną nadal będą marginalizowane. Przeprowadzona analiza wykazała barierę w realizacji postanowień Konwencji wynikających z art. 25, w związku z czym rekomenduje się:

⁸⁹ Załuska M., *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, red. dr K. Kurowski, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, s. 67.

⁹⁰ Tamże, s. 17.

⁹¹ Tamże, s. 68.





1. NIEOSIĄGNIĘCIE ZAKŁADANYCH W POLITYCE PUBLICZNEJ CELÓW W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W LATACH 2011-2015 I NIEPODJĘCIE REALIZACJI KOLEJNYCH NA LATA 2016-2020

Należy ustanowić nowy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który uwzględni rekomendacje kierowane przez środowiska osób niepełnosprawnych. Z uwagi na niepowodzenia poprzedniego Programu na lata 2011-2015, w nowym należy oprócz wyznaczonych celów, zadań i struktury instytucjonalnej wyznaczyć wskaźniki monitorowania, tak aby możliwa była ocena stanu wdrożenia w ramach powierzonych instytucjom zadań.

3) STRATEGIA NA RZECZ ODPOWIEDZIALNEGO ROZWOJU

"Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju"⁹² w wersji przekazanej do konsultacji, podobnie, w żadnym miejscu nie powołuje się bezpośrednio na wdrażanie postanowień KPON, pomimo tego jest to bardzo ważny dokument sprzyjający procesowi wdrażania Konwencji. Strategia jest aktualizacją średniookresowej strategii rozwoju kraju (tj. „Strategii Rozwoju Kraju 2020”, przyjętej uchwałą Rady Ministrów 25 września 2012 r.), zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. W Strategii zawarte są rekomendacje dla polityk publicznych. Stanowi ona podstawę dla aktualizacji obowiązujących dokumentów strategicznych (w tym strategii, polityk, programów) oraz weryfikacji pozostałych instrumentów wdrożeniowych.

W Strategii określono kierunki interwencji w poszczególnych obszarach, poniżej wyszczególniono te obszary i działania, które w sposób bezpośredni lub pośredni odnoszą się do poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych:

- *Obszar: Spójność społeczna*
- *Aktywna polityka prorodzinna*

Aktywna polityka rodzinna, łagodząca negatywne trendy demograficzne, to szereg działań o charakterze finansowym, instytucjonalnym i prawnym, obejmujących takie obszary jak: zdrowie, opieka nad dzieckiem, system podatkowy, edukacja, szkolnictwo wyższe, budownictwo, godzenie ról zawodowych i rodzinnych, polityka migracyjna, ułatwienia w zakresie prowadzenia biznesu. To również działania promujące wartości rodzinne oraz zdrowie prokreacyjne. Dotychczasowe rozwiązania wzmocnione zostaną bezpośrednim wsparciem finansowym dla rodzin posiadających dzieci (Program 500+). Wsparcie

⁹² https://www.mr.gov.pl/media/24032/ProjektSOR_2016_D.pdf





instytucjonalne wiąże się ze zwiększeniem dostępności usług opieki nad dziećmi do lat 3, poprzez tworzenie nowych miejsc opieki w różnych formach (np. żłobek, usługa opiekuna dziennego, klub dziecięcy). Prowadzone będą również inwestycje w rozwój edukacji przedszkolnej i zmniejszenie dysproporcji w upowszechnieniu edukacji przedszkolnej (zwłaszcza pomiędzy miastem a wsią). Szczególnej uwagi wymaga sytuacja rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, cechujących się skrajnie niską aktywnością zawodową i społeczną.

Zaproponowane w Strategii działania sprzyjające wdrażaniu KPON to m.in. wprowadzenie zmian w organizacji opieki zdrowotnej, prowadzenie szerokiej edukacji zdrowotnej, adaptacja nowych standardów postępowania w opiece specjalistycznej.

Projekty strategiczne do przygotowania i realizacji do 2020 r. w tym zakresie przewidziane w Strategii to "Zdrowa Mama" – działania szkoleniowe i informacyjne, mające na celu poprawę wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia prokreacyjnego, poprawę kwalifikacji i umiejętności lekarzy i położnych, udoskonalenie i rozwój profilaktyki dla kobiet w ciąży (i dzieci w okresie prenatalnym) oraz matki i dziecka po jego urodzeniu.

➤ *Poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych*

Kierunek interwencji w tym obszarze zakłada wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi poprzez rozwój nowych form wsparcia w usługach społecznych, w tym opiekuńczych oraz asystenckich. To także podejmowanie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia, które ułatwią dostęp do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Deinstytucjonalizacja zakłada stopniowe ograniczanie udziału osób przebywających w placówkach zamkniętych na rzecz zwiększania udziału wsparcia środowiskowego, co (ze względu na wciąż duże, istniejące zapotrzebowanie) niekoniecznie oznacza ograniczanie liczby miejsc w instytucjach opiekuńczych. Z jednej strony umożliwi to aktywizację osób w wieku aktywności zawodowej, obciążonych dziś obowiązkami opiekuńczymi nad osobami niesamodzielnymi (dzieci, dorosłe osoby niepełnosprawne, rodzice), z drugiej zaś umożliwi większe zaangażowanie do udziału w rynku pracy osób, które potrzebują szczególnego wsparcia w podjęciu aktywności zawodowej (osoby niepełnosprawne).

Działania przewidziane w Strategii zakładają m.in. wsparcie rozwoju (w tym standaryzację i certyfikację jakości) usług asystenckich, poprawę dostępu do produktów i usług (np. teleopieki, sprzętu rehabilitacyjnego), umożliwiające mobilność społeczną i zawodową, oraz zwiększenie autonomii funkcjonowania społecznego, a także wsparcie usług opiekuńczych w warunkach domowych i półstacjonarnych. Ponadto zakłada się rozwój



form mieszkalnictwa wspomagane na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (jako formy deinstytucjonalizacji).

- *Obszar - Kapitał ludzki i społeczny*

Efekty działań na rzecz poprawy jakości kapitału ludzkiego i społecznego będą widoczne poprzez lepsze funkcjonowanie systemów edukacji, szkolnictwa wyższego, ochrony zdrowia czy społeczeństwa obywatelskiego. Działania w zakresie poprawy dostępu i jakości opieki zdrowotnej przyczynią się do poprawy warunków życia ludności w Polsce, co przełoży się na wydłużenie trwania życia kobiet i mężczyzn. Wzrośnie wzajemne zaufanie państwa i obywateli, w tym przedsiębiorców, co sprzyjać będzie wypracowywaniu lepszych rozwiązań na rzecz rozwoju kraju.

➤ *Działania służące poprawie stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej obejmują następujące zadania:*

- ✓ promocja zdrowia oraz zapobieganie chorobom,
- ✓ poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- ✓ poprawa jakości świadczeń medycznych;
- ✓ poprawa systemu kształcenia kadr medycznych;
- ✓ rozwój e-zdrowia, w tym systemów informacyjnych w ochronie zdrowia;
- ✓ wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Projekty strategiczne przewidziane do przygotowania i realizacji do 2020 r.

- ❖ Przeciwdziałanie niekorzystnym trendom demograficzno-epidemiologicznym – pakiet programów zdrowotnych, mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, poprzez wzmocnienie działań profilaktycznych, zwiększanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia.
- ❖ Efektywna służba zdrowia – pakiet programów na rzecz poprawy sytuacji w polskiej służbie zdrowia, obejmujących m.in. wprowadzenie organizacji opieki koordynowanej, mapowania potrzeb zdrowotnych, określanie zapotrzebowania na personel medyczny (w tym kształcenie kadr), inwestycje w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny, rozwój e-zdrowia, oraz budowanie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.





Z uwagi na uwzględnienie w celach i działań problematyki związanej z podniesieniem stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej pewnością, Strategia jest ważnym dokumentem, który może przyczynić się do wdrażania postanowień zawartych w art. 25 KPON. Dokument ten wymaga jednak uwzględnienia kilku kwestii, ważnych z perspektywy poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych, a mianowicie:

1. BRAK SYSTEMU MONITOROWANIA ZAKŁADANYCH CELÓW I REZULTATÓW PLANOWANYCH DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ POSTANOWIEŃ ART. 25 KPON

Brak systemu wskaźników pozwalających na obserwację, analizę i ocenę zaplanowanych działań na rzecz poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia, uniemożliwia określenie czy i jakie nastąpiły zmiany. Dodatkowo, z uwagi na konieczność przedstawiania sprawozdań ze stanu wdrażania *Konwencji* Komitetowi KPON, nie jest możliwe obiektywne przedstawienie jak Państwo wywiązuje się ze zobowiązania wynikającego z jej ratyfikacji, w tym również w zakresie postanowień zawartych w art. 25 KPON.

2. NIESTOSOWANIE POJĘCIA UNIWERSALNEGO PROJEKTOWANIA

W omawianym dokumencie nie zostało wprowadzone pojęcie uniwersalnego projektowania środowiska/programów/usług w taki sposób, by były one użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania, mimo że planowane działania w pewnym zakresie taki charakter mają. Pojęcie to jest kluczowym czynnikiem inkluzji społecznej, w tym również zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej.

3. NIEUWZGLĘDNIENIE W PROWADZONEJ POLITYCE KONCEPCJI RACJONALNYCH USPRAWNIENÍ

W omawianym dokumencie nie zostało wprowadzone pojęcie racjonalnego usprawnienia, które należy wdrożyć, jeżeli nie nakłada nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszystkich praw i podstawowych wolności na zasadzie równości z innymi osobami. Uwzględnienie tego pojęcia w dokumentach strategicznych i planistycznych jest kluczowe z uwagi na wywiązanie się przez Państwo ze zobowiązania wynikającego z art. 25 KPON do poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych, w tym również do zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do opieki zdrowotnej.





4. NIEUWZGLĘDNIENIE W SZCZEGÓŁOWYCH CELACH OPERACYJNYCH I ZADANIACH SŁUŻĄCYCH ICH REALIZACJI ZASADY RÓŻNORODNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I WYNIKAJĄCYCH Z NIEJ SPECYFICZNYCH POTRZEB OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Brak uwzględnienia w polityce zdrowotnej różnorodności osób niepełnosprawnych powoduje zagrożenie, że działania w zakresie poprawy dostępności architektonicznej, informacyjnej, wyposażenia, urządzeń oraz stosowanych form komunikacji, które są kluczowe z perspektywy korzystania przez osoby niepełnosprawne z opieki zdrowotnej, nie będą sprzyjać realizacji praw osób niepełnosprawnych oraz nie będą wyczerpywały zobowiązań wynikających z art. 25 oraz art. 2 KPON.

5. NIEUWZGLĘDNIENIE PERSPEKTYWY DYSKRYMINACJI WIELORAKIEJ, WYNIKAJĄCEJ Z PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA

W programowanej polityce publicznej poświęconej zdrowiu nie została uwzględniona perspektywa dyskryminacji wielorakiej. Dotyczy to przede wszystkim pominięcia kobiet niepełnosprawnych, które są zagrożone dyskryminacją wynikającą z niepełnosprawności i płci, co może szczególnie utrudniać im realizację wszystkich praw, w tym prawa do zdrowia (art. 25 i art. 6 KPON). Również pominięcie zagadnień związanych z połączenia dwóch dyskryminujących czynników, a mianowicie niepełnosprawności i zamieszkania na terenach wiejskich nie zostało wyróżnione, co jest niezgodne ze zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji (art. 25(c)). Pominięcie wskazanych zagadnień w polityce publicznej poświęconej zdrowiu, niesie za sobą duże zagrożenie, że grupy szczególnie narażone na dyskryminację nie zostaną objęte wsparciem publicznym i będą miały utrudniony dostęp do służby zdrowia.

4) Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2013 - 2016

Program⁹³ jest pierwszym dokumentem rządowym, który porusza problematykę równego traktowania wielu grup narażonych na dyskryminację. Wcześniej funkcjonowały programy dotyczące przeciwdziałania rasizmowi, ksenofobii czy dyskryminacji określonych grup etnicznych, natomiast nigdy nie było horyzontalnej polityki, która objęłaby całość tych działań, zarówno jeśli chodzi o treść, jak i zaangażowanie poszczególnych ministerstw.

93

http://www.spoleczenstwoobywatelskie.gov.pl/sites/default/files/krajowy_program_dzialan_na_rzecz_rownego_traktowania_przyjety_na_rm_10.12.13.pdf



Polityka równego traktowania ma charakter horyzontalny, dlatego działania przewidziane w programie realizowane są przez wszystkie resorty, zgodnie z ich kompetencjami, i we współpracy z organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi oraz jednostkami samorządu terytorialnego. Działania przewidziane w programie odnoszą się do VI obszarów:

- ✓ polityka antydyskryminacyjna;
- ✓ równe traktowanie na rynku pracy i w systemie zabezpieczenia społecznego;
- ✓ przeciwdziałanie przemocy, w tym przemocy w rodzinie i zwiększenie ochrony osób jej doświadczających;
- ✓ równe traktowanie w systemie edukacji;
- ✓ równe traktowanie w systemie ochrony zdrowia;
- ✓ równe traktowanie w dostępie do dóbr i usług.

W każdym z obszarów zaplanowano cele główne, szczegółowe oraz działania zmierzające do ich realizacji. W programie przewidziano m.in.:

- ✓ podniesienie standardów prowadzenia polityki antydyskryminacyjnej,
- ✓ poprawę sytuacji dotyczącej równości kobiet i mężczyzn na rynku pracy,
- ✓ równe traktowanie na rynku pracy grup narażonych na dyskryminację ze względu na wiek, niepełnosprawność, pochodzenie narodowe i etniczne, orientację seksualną oraz migrantek i migrantów,
- ✓ doskonalenie prawa i jego stosowanie w zakresie przeciwdziałania przemocy, w tym przemocy wobec kobiet oraz przemocy w rodzinie,
- ✓ podniesienie jakości działań w obszarze prewencji, reagowania i oceny zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy, w tym przemocy w rodzinie,
- ✓ przeciwdziałanie przemocy fizycznej i psychicznej oraz mowie nienawiści wobec osób z grup narażonych na dyskryminację,
- ✓ eliminowanie przejawów nierówności i dyskryminacji występujących w procesie edukacji,
- ✓ doskonalenie prawa w zakresie ochrony praw człowieka w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny,
- ✓ zapewnienie realizacji przepisów obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży,
- ✓ przeciwdziałanie nierównościom w dostępie osób starszych do usług medycznych,
- ✓ upowszechnianie postaw prozdrowotnych wśród osób w wieku 50+,
- ✓ podniesienie standardów nauczania lekarzy oraz pielęgniarek i położnych o zagadnieniach dotyczących LGBT (osób homoseksualnych),



- ✓ poprawę dostępu do świadczeń medycznych osób dotkniętych przestępstwem seksualnym,
- ✓ poprawę rozwiązań wspomagających osoby wymagające pomocy w uzyskaniu mieszkania, a także osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej ze względu na wiek, niepełnosprawność, chorobę oraz posiadające status uchodźcy,
- ✓ poprawę jakości usług instytucji obsługujących cudzoziemców,
- ✓ zwiększenie udziału kobiet w procesie podejmowania decyzji,
- ✓ równe traktowanie kobiet i mężczyzn, osób starszych i niepełnosprawnych w sporcie,
- ✓ przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na płeć, wiek, pochodzenie narodowe i etniczne, niepełnosprawność oraz orientację seksualną w mediach.

Z perspektywy poszanowania, ochrony i realizacji prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia, najważniejszym obszarem realizacji Programu jest: *Obszar – równe traktowanie w systemie ochrony zdrowia*, w ramach którego realizowane są/będą następujące cele:

- Cel główny 3. Przeciwdziałanie nierównościom w dostępie osób starszych do usług medycznych:

Cel szczegółowy 3.1

Poprawienie jakości opieki geriatrycznej.

Kluczowe działania prowadzące do osiągnięcia Celu 3.1

1. Uruchomienie krótkiej ścieżki specjalizacyjnej w zakresie geriatrii w celu zwiększenia liczby lekarzy posiadających tę specjalizację.
2. Wprowadzenie fakultatywnego trybu kształcenia gerontologicznego dla studentów uczelni medycznych nieobjętych obowiązkowym kształceniem gerontologicznym.
3. Rewizja warunków kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia lekarzy geriatrów.

- Cel główny 4. Upowszechnianie prozdrowotnych postaw wśród osób w wieku 50+:

Cel szczegółowy 4.1

Podniesienie świadomości społecznej na temat wpływu profilaktyki zdrowotnej na poczucie dobrostanu osób powyżej 50+.

Kluczowe działania prowadzące do osiągnięcia Celu 4.1:

1. Przeprowadzenie kampanii społecznej skierowanej do osób powyżej 50 roku życia oraz ich otoczenia mającej na celu ukazanie wpływu profilaktyki zdrowotnej na poczucie dobrostanu.
2. Ewaluacja efektów kampanii.



Cel główny 5. Podniesienie standardów opieki medycznej skierowanej do kobiet, uwzględniających różnorodność kulturową.

Cel szczegółowy 5.1

Poprawa dostępu kobiet do adekwatnej kulturowo opieki ginekologicznej.

Kluczowe działania prowadzące do osiągnięcia Celu 5.1

1. Analiza istniejących rozwiązań w celu poprawy systemu opieki ginekologicznej adekwatnej do potrzeb kobiet (zgodnie z zapisem celu szczegółowego 5.1).
2. Doskonalenie modelu świadczenia opieki ginekologicznej uwzględniającej kulturową różnorodność kobiet.

Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2013 – 2016 jest bardzo istotnym dokumentem, który pozwala realizować politykę równości w wielu obszarach. Z perspektywy poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia, w obszarze VI: *Równe traktowanie w systemie ochrony zdrowia*, co do zasady uwzględnia działania skierowane na wyrównywanie szans, jednak przede wszystkim w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna będzie osobą starszą, osobą w wieku 50+, kobietą lub zostanie dotknięta przestępstwem seksualnym. Szczególną polityką antydyskryminacyjną w obszarze zdrowia nie zostały objęte osoby niepełnosprawne, które nie zaliczają się do wymienionych grup, czyli osoby niepełnosprawne w tym obszarze nie zostały uwzględnione jako grupa szczególnego zagrożenia.

Nie zostały ostatecznie określone i opublikowane wskaźniki służące monitorowaniu równego traktowania w obszarze zdrowia, jednak z uwagi na bardzo ograniczone podejście do zagadnień nierówności i dyskryminacji osób niepełnosprawnych w tym obszarze, trudno oczekiwać, że możliwe będzie określenie poziomu dyskryminacji tych osób lub rezultatów realizowanych działań.



Jak wynika z przeprowadzonej analizy, Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016 nie uwzględnia osób niepełnosprawnych i ich różnorodności jako grupy/grup szczególnie narażonej/ych na nierówne traktowanie w obszarze opieki zdrowotnej. Mimo to Program jest ważnym dokumentem, który może przyczynić się do wdrażania postanowień zawartych w art. 25 KPN. Dokument ten wymaga jednak uwzględnienia kilku kwestii, ważnych z perspektywy poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych, a mianowicie:





1. NIEUWZGLĘDNIENIE W SZCZEGÓŁOWYCH CELACH OPERACYJNYCH I ZADANIACH SŁUŻĄCYCH ICH REALIZACJI ZASADY RÓŻNORODNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I WYNIKAJĄCYCH Z NIEJ SPECYFICZNYCH POTRZEB OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Brak uwzględnienia w polityce zdrowotnej różnorodności osób niepełnosprawnych powoduje zagrożenie, że działania, które są kluczowe z perspektywy korzystania przez osoby niepełnosprawne z opieki zdrowotnej, nie będą sprzyjać realizacji praw osób niepełnosprawnych oraz nie będą wyczerpywały zobowiązań wynikających z art. 25.

2. NIEUWZGLĘDNIENIE PERSPEKTYWY DYSKRYMINACJI WIELORAKIEJ, WYNIKAJĄCEJ Z PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA

W programowanej polityce publicznej poświęconej zdrowiu nie została uwzględniona perspektywa dyskryminacji wielorakiej. Dotyczy to przede wszystkim pominięcia kobiet niepełnosprawnych, które są zagrożone dyskryminacją wynikającą z niepełnosprawności i płci, co może szczególnie utrudniać im realizację wszystkich praw, w tym prawa do zdrowia (art. 25 i art. 6 KPON). Również pominięcie zagadnień związanych z połączenia dwóch dyskryminujących czynników, a mianowicie niepełnosprawności i zamieszkania na terenach wiejskich nie zostało wyróżnione, co jest niezgodne ze zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji (art. 25(c)). Pominięcie wskazanych zagadnień w polityce publicznej poświęconej zdrowiu, niesie za sobą duże zagrożenie, że grupy szczególnie narażone na dyskryminację nie zostaną objęte wsparciem publicznym i będą miały utrudniony dostęp do służby zdrowia.

3. BRAK ZAPLANOWANYCH CELÓW I ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z PODNOSZENIEM ŚWIADOMOŚCI O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Planowaniu dostosowania środowiska/programów/usług, m.in. w obszarze zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych powinny towarzyszyć działania podnoszące świadomość społeczną w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu szkoleń i przez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, do których zobowiązuje Konwencja.

4. BRAK SYSTEMU MONITOROWANIA ZAKŁADANYCH CELÓW I REZULTATÓW PLANOWANYCH DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ POSTANOWIEŃ ART. 25 KPON

Brak systemu wskaźników pozwalających na obserwację, analizę i ocenę zaplanowanych działań na rzecz poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia, uniemożliwia określenie czy i jakie nastąpiły zmiany.





Dodatkowo, z uwagi na konieczność przedstawiania sprawozdań ze stanu wdrażania *Konwencji* Komitetowi KPON, nie jest możliwe obiektywne przedstawienie jak Państwo wywiązuje się ze zobowiązania wynikającego z jej ratyfikacji, w tym również w zakresie postanowień zawartych w art. 25 KPON.

•

W rządowej polityce publicznej podejmowane są zagadnienia związane z poszanowaniem, ochroną i realizacją praw osób niepełnosprawnych do zdrowia. Wyznaczane są cele i działania, jednak często nie są planowane systemy monitorowania rezultatów prowadzonych działań. Niemal wszystkie dokumenty pomijają kwestie związane z różnorodnością osób niepełnosprawnych, dyskryminacją wieloraką oraz dostosowaniem środowiska społecznego z zastosowaniem racjonalnych usprawnień oraz czasem również uniwersalnego projektowania. Wszystkie wymienione zagadnienia są kluczowe z perspektywy tworzenia warunków do korzystania przez osoby niepełnosprawne z przysługujących im prawa do zdrowia i powinny zostać w tych dokumentach uwzględnione.

5) *POLITYKA SAMORZĄDOWA*

Polityka samorządowa w zakresie profilaktyki oraz dostępności opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych pełni bardzo ważną rolę. Realizowane programy i strategie wojewódzkie mają duży potencjał do wprowadzania wielu zmian, które przyczynić się mogą do wywiązania się przez Polskę ze zobowiązań wynikających z art. 25 KPON.

Jak wynika z analiz przeprowadzonych w niniejszym projekcie, poddane analizie dokumenty polityki samorządowej zawierają działania, których celem jest:

1) *Zwiększenie dostępności budynków służby zdrowia dla osób niepełnosprawnych*

Odpowiednie zapisy zawierają zarówno dokumenty regionalnych programów operacyjnych, jak i dołączone do nich SZOOP. Przykładem może być województwo Wielkopolskie, gdzie w miejscowym RPO przewidziano, iż (...) *wspierane będą między innymi projekty polegające na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych (...)*⁹⁴. Natomiast w SZOOP do tego programu uwzględniono Działanie 9.1. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, zawierające Poddziałanie 9.1.1 „Infrastruktura ochrony zdrowia: Projekty podmiotów leczniczych o znaczeniu regionalnym,

⁹⁴ Wielkopolski RPO, s. 241.





ponadlokalnym i lokalnym (...)). Przewidziano projekty skierowane do podmiotów leczniczych, mogące polegać m.in. na: *a) przeprowadzeniu niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych prac remontowo-budowlanych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami*⁹⁵. Realizowane projekty mogą jednak dotyczyć tylko świadczeń zdrowotnych dotyczących określonych (wymienionych *explicite*) chorób oraz świadczeń zdrowotnych, istotnych z punktu widzenia trendów demograficznych. Przewidziano także w wytycznych zasadę, iż *wszystkie realizowane projekty uwzględniają konieczność dostosowania infrastruktury i wyposażenia do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z zasadą uniwersalnego projektowania (o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020)*⁹⁶.

Podobne tendencje wystąpiły w przypadku województwa lubelskiego, w którym RPO zawiera regulację, iż *wspierane będą między innymi projekty polegające na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, (...) w związku z powyższym wsparcie sektora usług społecznych w ramach priorytetu koncentrować się będzie m.in. wokół: - wsparcia infrastrukturalnego (m.in. prace remontowo-budowlane, adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia) na rzecz rozwoju nowych form realizacji usług społecznych dla osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym w tym dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym, osób starszych (...)*⁹⁷. Natomiast w SZOOP do tego dokumentu zapisano działania analogiczne jak w przypadku poprzedniego województwa⁹⁸.

W województwie Warmińsko-Mazurskim zapisy odnoszące się do dostosowania infrastruktury zamieszczono tylko w treści RPO: *2.9 Dostęp do wysokiej jakości usług publicznych: (...) Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną(...) projekty polegające na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych, dostosowaniu infrastruktury do potrzeb*

⁹⁵ SZOOP do Wielkopolskiego RPO, s. 321-322.

⁹⁶ Ibidem, s. 327.

⁹⁷ Lubelski RPO, s. 194, 195

⁹⁸ SZOOP do Lubelskiego RPO, s. 252-255.





osób starszych i niepełnosprawnych, (...) ⁹⁹. Na Pomorzu zapisy dotyczące dostosowania infrastruktury opieki placówek opieki zdrowotnej wpisano jedynie w działach na poziomie SZOOP do RPO ¹⁰⁰.

2) Dostęp do specjalistycznych świadczeń związanych z niepełnosprawnością

We wszystkich województwach przewidziano działania mające na celu ułatwienie osobom niepełnosprawnym dostępu do specjalistycznych świadczeń związanych z niepełnosprawnością. W województwie Wielkopolskim takie rozwiązania pojawiły się na poziomie celu operacyjnego 8.3, pn. „Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej (...) Rozwój zróżnicowanych form opieki długoterminowej” ¹⁰¹. Natomiast w przypadku RPO z tego województwa przewidziano działanie 2.A.4. *Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Wzrost liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym korzystających z usług zdrowotnych (....) W ramach Priorytetu Inwestycyjnego wspierane będą przede wszystkim działania służące poprawie dostępu do usług zdrowotnych i społecznych, w tym opiekuńczych dla osób starszych i z niepełnosprawnościami, (.....) . Wsparcie ukierunkowane będzie na deinstytucjonalizację usług i rozwój środowiskowych form wsparcia* ¹⁰². Natomiast w SZOOP tego województwa wpisano: *Projekty z zakresu wsparcia działań, mających na celu integrację i aktywizację społeczno-zawodową osób, rodzin/grup/środowisk zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, przez wykorzystanie instrumentów aktywizacji: c) zdrowotnej – wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy (...), np. (...) - skierowanie i sfinansowanie terapii psychologicznej, rodzinnej, psychospołecznej dla osób lub rodzin, (...) - sfinansowanie części kosztów zespołów ćwiczeń fizycznych usprawniających psychoruchowo lub zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami.* ¹⁰³

W przypadku województwa lubelskiego do działań związanych ze wzrostem dostępu do specjalistycznych świadczeń związanych z niepełnosprawnością nawiązuje RPO: *Rezultatem interwencji będzie umożliwienie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych dedykowanych osobom wykluczonym, bądź zagrożonym ubóstwem*

⁹⁹ Warmińsko-Mazurski RPO, s. 157.

¹⁰⁰ SZOOP do Pomorskiego RPO, s. 121-123.

¹⁰¹ Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego, s. 132.

¹⁰² Wielkopolski RPO, s. 197.

¹⁰³ SZOOP do Wielkopolskiego RPO, s. 191, 201.





i wykluczeniem społecznym, zwłaszcza osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym. Zostanie on osiągnięty poprzez organizację i świadczenie dodatkowych usług adekwatnych do potrzeb osób objętych wsparciem(...)W ramach priorytetu zakłada się również realizację zintegrowanych usług o charakterze opiekuńczym i zdrowotnym adresowanych do osób najbardziej zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnym. Wspierane będą projekty realizowane w ramach zintegrowanych form opieki środowiskowej (community based centres). (...) Dodatkowo przewidziano wsparcie w zakresie usług ochrony zdrowia psychicznego¹⁰⁴.

W dokumentach pozostałych województw działania związane ze wzrostem dostępu do specjalistycznych świadczeń związanych z niepełnosprawnością nie zostały uwzględnione.

3) *Dostosowanie systemów komunikacji do potrzeb osób niepełnosprawnych*

Tworzenie warunków do stosowania systemów komunikacji dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych znalazły odzwierciedlenie tylko w dokumentach programowych województwa Lubelskiego oraz Warmińsko-Mazurskiego. W SZOOP do RPO: *DZIAŁANIE 2.1 Cyfrowe Lubelskie - 10. Typy projektów: 2. Projekty dotyczące rozwoju elektronicznych usług publicznych Budowa, rozbudowa lub zakup systemów teleinformatycznych zapewniających dostępność, integrację oraz cyfryzację nowych usług i poprawę funkcjonalności istniejących usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną w zakresie m.in. e-administracji, e-zdrowia (z wyłączeniem projektów telemedycyny), e-kultury. W tym m.in.:*

- budowa, rozbudowa lub modernizacja systemów teleinformatycznych rozumianych jako zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniających przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci komputerowe,*
- zapewnienie elektronicznej dostępności usług publicznych z uwzględnieniem dostępności dla osób niepełnosprawnych zgodnie ze standardami WCAG 2.0¹⁰⁵.*

Natomiast w SZOOP do Warmińsko-Mazurskiego RPO w ramach działania „E-zdrowie” zaplanowano:

¹⁰⁴ Lubelski RPO, s. 154, 156.

¹⁰⁵ SZOOP do Lubelskiego RPO, s. 37.





- *Tworzenie e-usług placówek ochrony zdrowia: tworzenie narzędzi i usług z wykorzystaniem TIK służących wymianie informacji i danych między pacjentami i placówkami opieki zdrowotnej, personelem medycznym oraz systemami informacji medycznej. (...)*
- *Wprowadzanie systemów udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach i rejestrów medycznych(...).*
- *Wszystkie działania, w szczególności projekty związane z elektroniczną publikacją informacji (e-usługi, strony internetowe) powinny zakładać stosowanie standardów w tworzeniu stron internetowych dostępnych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Przedsięwzięcia muszą uwzględniać zapewnienie dostępności informacji dla osób niepełnosprawnych (konieczność dostosowania infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych – standard WCAG 2.0).¹⁰⁶*

W żadnym z dokumentów poddanych analizie nie zostały uwzględnione działania wspierające możliwość komunikowania się w języku migowym, jak również wspierające przekaz drukowany, który jest napisany językiem zrozumiałym dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.

4) Wczesne wykrywanie i reagowanie na niepełnosprawność u dzieci

Polityka samorządowa dotycząca wczesnego wykrywania i reagowania na niepełnosprawność u dzieci zaplanowana została jedynie w dokumentach dwóch województw. W Lubelskim RPO: *Przewiduje się także opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych. Zaplanowana interwencja w zakresie wczesnej diagnostyki pozwalająca na wykrycie i leczenie wad rozwojowych zmniejszy zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności u dzieci, a tym samym przyczyni się do ograniczenia zjawiska niepełnosprawności w regionie (.....) W ramach priorytetu realizowane będą następujące typy działań: (...) - realizacja programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych(...)*¹⁰⁷. I w dwóch dokumentach województwa Warmińsko-mazurskiego:

- RPO: *(....) interwencja obejmie poszerzanie dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej w części profilaktyki zdrowotnej ukierunkowanej na dzieci. Realizowane będą inicjatywy na rzecz rozwiązywania problemów wad rozwojowych u dzieci, a także*

¹⁰⁶ SZOOP do Osi 3 Warmińsko-mazurskiego RPO, s. 17-20.

¹⁰⁷ Lubelski RPO, s. 156-157.





rehabilitację dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych , co przełoży się na zmniejszenie kosztów opieki w przyszłości.(...) Typy przedsięwzięć: opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania (wraz z sanacją) wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych (...)¹⁰⁸;

- SZOOP do RPO: *Działanie 11.2 Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym - . Typy projektów: 1. Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania (wraz z sanacją) wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych.¹⁰⁹*
- 5) Zapewnianie dostępu do bezpłatnych lub refundowanych świadczeń dot. rehabilitacji zdrowotnej

Wielkopolski RPO przewiduje w tym zakresie działania skierowane na: *Wzrost szans na rynku pracy osób zagrożonych dezaktywizacją zawodową z powodu wieku lub stanu zdrowia, obejmujące programy zdrowotne w zakresie rehabilitacji zdrowotnej ułatwiające powrót na rynek pracy, w których grupami docelowymi są osoby w wieku aktywności zawodowej, kwalifikujące się do profilaktyki, leczenia lub rehabilitacji zdrowotnej ze względu na wiek lub stan zdrowia,(...)¹¹⁰.*

W województwie Pomorskim takie działania zostały zaplanowane w RPO: *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych. A wsparcie dotyczyć ma m.in.:*

- *poprawy dostępności do oddziałów z deficytami łóżek, w tym oddziałów chorób wewnętrznych, ośrodków opieki geriatrycznej, ośrodków opieki długoterminowej, ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej pneumonologicznej,*
- *restrukturyzacji leczenia psychiatrycznego, w tym utworzenia sieci centrów zdrowia psychicznego,*
- *utworzenia sieci referencyjnych placówek w zakresie oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej.¹¹¹*

¹⁰⁸ Warmińsko-mazurski RPO, s. 204.

¹⁰⁹ SZOOP do Osi 11 Warmińsko-mazurskiego RPO, s. 39(os 11).

¹¹⁰ Wielkopolskie RPO, s. 185.

¹¹¹ Pomorski RPO, s. 90-91.





Natomiast w SZOOP do Pomorskiego RPO zaplanowano: *Projekty ukierunkowane na zwiększenie udziału mieszkańców regionu w programach zdrowotnych dotyczących chorób stanowiących istotną barierę w utrzymaniu i wydłużaniu aktywności zawodowej, realizowane zgodnie z Regionalnym Programem Zdrowotnym(...) w szczególności obejmującym: działania z zakresu rehabilitacji leczniczej, ułatwiające powroty do pracy i zapobieganie niepełnosprawności.*¹¹²

W żadnym z poddanych analizie dokumentów polityki samorządowej na poziomie województw nie uwzględniono wsparcia usługi związanej z transportem OZN do placówek służby zdrowia.

6) *Wzrost wrażliwości na potrzeby osób niepełnosprawnych*

W polityce samorządowej na poziomie województw rzadko planowane są działania, których celem jest wzrost wrażliwości społecznej na potrzeby osób niepełnosprawnych, także w kontekście ochrony ich zdrowia. Tylko w jednym z poddanych analizie dokumentów samorządów wojewódzkich zaplanowano prowadzenie szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie potrzeb i praw osób niepełnosprawnych. W Pomorskim RPO uwzględniona została potrzeba *prowadzenia psychoedukacji (...) lekarzy (...) w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych [uczniów z niepełnosprawnościami]*¹¹³. Natomiast w SZOOP do tego RPO przewidziano działania: *Poddziałanie 3.2.1. JAKOŚĆ EDUKACJI OGÓLNEJ - Typy projektów: a) kształtowanie i rozwijanie u uczniów kompetencji kluczowych niezbędnych na rynku pracy, obejmujące m.in.: iv) zajęcia uzupełniające ofertę nauczania w zakresie indywidualizacji pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szczególności z niepełnosprawnościami lub zaburzeniami rozwoju oraz uczniem młodszym, w tym z uwzględnieniem działań towarzyszących w postaci prowadzenia psychoedukacji opiekunów, lekarzy, nauczycieli, pracowników socjalnych w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych(...).*¹¹⁴

7) *Wspieranie kampanii społecznych dotyczących zdrowia osób niepełnosprawnych*

W Strategii Rozwoju Województwa Wielkopolskiego uwzględniono się cel operacyjny 8.4. „Promocja zdrowego stylu życia (...) Tworzenie infrastruktury dla podtrzymania aktywności fizycznej i psychospołecznej, w szczególności seniorów oraz osób

¹¹² SZOOP do Pomorskiego RPO, s.85.

¹¹³ Pomorski RPO, s.52.

¹¹⁴ SZOOP do Pomorskiego RPO, s. 49.





niepełnosprawnych”¹¹⁵. Natomiast RPO tego województwa przewiduje wsparcie na: *programy zdrowotne służące wspieraniu aktywności zawodowej, dotyczące w szczególności profilaktyki (pierwotnej i wtórnej) (...) innych chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, w tym wykraczających poza finansowanie w ramach systemu powszechnych świadczeń zdrowotnych, (...) grupy docelowe: osoby w wieku aktywności zawodowej, kwalifikujące się do profilaktyki, leczenia lub rehabilitacji zdrowotnej ze względu na wiek lub stan zdrowia(...)*¹¹⁶. Z kolei, SZOOP do tego RPO uwzględnia: 1. *Programy profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej) służące wspieraniu aktywności zawodowej, w zakresie chorób: układu krążenia, nowotworowych, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, psychicznych oraz wynikające ze specyficznych uwarunkowań regionalnych (...).* 3. *Programy rehabilitacji zdrowotnej ułatwiające powrót na rynek pracy.* Cross-financing w ramach projektów współfinansowanych z EFS może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, bez których realizacja projektu nie byłaby możliwa, w szczególności w związku z zapewnieniem realizacji zasady równości szans, a zwłaszcza potrzeb osób z niepełnosprawnościami.¹¹⁷

W województwie lubelskim – SZOOP do regionalnego RPO przewiduje: *programy zdrowotne z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej (...) a) regionalne programy zdrowotne*⁹¹ *(w tym tworzone i realizowane we współpracy z pracodawcą) obejmujące także działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne, b) programy zdrowotne ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy(...). Limity i ograniczenia w realizacji projektów - 1. Zgodnie z: (...) Wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami(...).*

W przypadku RPO województwa Pomorskiego, zaplanowano *realizację działań promocyjnych i informacyjnych zachęcających mieszkańców do udziału w programach zdrowotnych, a także podnoszenie kompetencji i kwalifikacji zawodowych kadr medycznych [dotyczy zmniejszenia poziomu dezaktywacji zawodowej ze względu na chorobę lub niepełnosprawność]*¹¹⁸.

Natomiast w dokumentach samorządu województwa warmińsko-mazurskiego, nie zaplanowano działań wspierających kampanie społeczne dotyczące zdrowia osób niepełnosprawnych.

¹¹⁵ Strategia Rozwoju Wielkopolski, s. 133.

¹¹⁶ Wielkopolski RPO, s. 185.

¹¹⁷ SZOOP do Wielkopolskiego RPO, s. 170 i 175, 178 i 181, 184 i 187.

¹¹⁸ Pomorski RPO, s. 58.





•

Zaprezentowane wyniki analizy pozwalają stwierdzić, że **regionalna polityka samorządowa wobec niepełnosprawności najczęściej skupia się na barierach architektonicznych i przestrzennych, czyli niepełnosprawność postrzegana jest z perspektywy naruszenia sprawności narządów ruchu.** Nawet w tym obszarze wsparcia osób niepełnosprawnych w realizacji prawa do zdrowia, dostrzec można **brak odwołania się do koncepcji Konwencji i zrozumienia istoty problemu, ponieważ w dokumentach tych nie stosuje się pojęć „racjonalnego usprawnienia” i „uniwersalnego projektowania”,** zastępując je określeniami „adaptacja”, „dostosowanie infrastruktury”, „prace remontowe”, co nie oddaje istoty przyjętej w *KPON* koncepcji i zagraża celom wprowadzanych zmian, czyli koniecznych i odpowiednich zmian i dostosowań, nie nakładających nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku oraz takiego projektowania, które będzie użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania.

Niewiele miejsca poświęca się w dokumentach samorządowej polityki zagadnieniom związanym z dostosowaniem przyjętych i często utrwalonych zwyczajowo sposobów komunikacji i przekazywania informacji np. osobom z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu. Nieliczne dokumenty polityki samorządowej podejmują działania zwiększające dostęp osób niepełnosprawnych do specjalistycznych świadczeń związanych z niepełnosprawnością oraz do bezpłatnych lub refundowanych świadczeń dot. rehabilitacji zdrowotnej.

Zauważyć należy również, że jeżeli nawet podejmowana jest polityka wobec podnoszenia jakości opieki zdrowotnej osób niepełnosprawnych, w dokumentach samorządowych nie artykułuje się bezpośrednio konieczności uwzględnienia potrzeb różnych grup osób niepełnosprawnych, grup wyróżnionych z uwagi na rodzaj niepełnosprawności. Oznacza to, że **nie uwzględnia się zasady różnorodności osób niepełnosprawnych, która jest bardzo istotna z perspektywy koncepcji *KPON* i trafnego planowania wsparcia dla osób niepełnosprawnych.** Ponadto, w dokumentach polityki samorządowej pomijane są często dwie bardzo istotne kwestie. Pierwsza dotyczy dyskryminacji wielorakiej w dostępie do opieki zdrowotnej na jaką narażone są szczególnie **kobiety niepełnosprawne oraz osoby niepełnosprawne zamieszkujące na terenach wiejskich.** Druga odnosząca się do roli środowiska lokalnego i pewnego zakresu **opieki zdrowotnej, która mogłaby być świadczona w najbliższym otoczeniu.**





W niewielu województwach polityka samorządowa planuje cele i zadania poświęcone profilaktyce zdrowotnej osób niepełnosprawnych, w tym dzieci, które dotyczyłyby wczesnego wykrywania i reagowania na niepełnosprawność. Podobna sytuacja występuje w przypadku prowadzenia polityki w zakresie podnoszenia wiedzy i świadomości społecznej o niepełnosprawności, której rezultatem może być wzrost wrażliwości społecznej na niepełnosprawność.

•

Przeprowadzona analiza polityki samorządowej pozwoliła na wyróżnienie następujących barier:

1. NIEUWZGLĘDNIENIE W REALIZOWANEJ POLITYCE KONCEPCJI RACJONALNYCH USPRAWNIENÍ

W dokumentach samorządowej polityki publicznej nie zostało wprowadzone pojęcie „racjonalnego usprawnienia”, które należy wdrożyć, z uwzględnieniem zasady nie nakładania nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszystkich praw i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami. Uwzględnienie tego pojęcia w dokumentach strategicznych i planistycznych jest kluczowe z uwagi na wywiązanie się przez Państwo ze zobowiązania wynikającego z art. 25 KPO do poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych, w tym również do zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do opieki zdrowotnej.

2. NIESTOSOWANIE POJĘCIA UNIWERSALNEGO PROJEKTOWANIA

W samorządowej polityce publicznej rzadko wprowadzane jest pojęcie „uniwersalnego projektowania” produktów/środowiska/programów/usług w taki sposób, by były one użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania. Pojęcie to jest kluczowym czynnikiem inkluzji społecznej, w tym również zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej.

3. NIEUWZGLĘDNIENIE W SZCZEGÓŁOWYCH CELACH I ZADANIACH SŁUŻĄCYCH ICH REALIZACJI ZASADY RÓŻNORODNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I WYNIKAJĄCYCH Z NIEJ SPECYFICZNYCH POTRZEB OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Brak uwzględnienia w samorządowej polityce publicznej w zakresie zdrowia różnorodności osób niepełnosprawnych powoduje zagrożenie, że działania dotyczące poprawy dostępności architektonicznej, informacyjnej, wyposażenia, urządzeń oraz





stosowanych form komunikacji, które są kluczowe z perspektywy korzystania przez osoby niepełnosprawne z opieki zdrowotnej, nie będą sprzyjać realizacji praw osób niepełnosprawnych oraz nie będą wyczerpywały zobowiązań wynikających z art. 25 oraz art. 2 *KPON*.

4. NIEUWZGLĘDNIENIE PERSPEKTYWY DYSKRYMINACJI WIELORAKIEJ, WYNIKAJĄCEJ Z PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA

W programowanej samorządowej polityce publicznej poświęconej często pomijana jest perspektywa dyskryminacji wielorakiej. Dotyczy to przede wszystkim pominięcia zagadnień dotyczących kobiet niepełnosprawnych, które są w większym stopniu zagrożone dyskryminacją wynikającą z niepełnosprawności i płci, która z kolei może utrudniać im realizację praw, w tym prawa do zdrowia (art. 25 i art. 6 *KPON*). Również pominięcie zagadnień związanych z połączenia dwóch dyskryminujących czynników, a mianowicie niepełnosprawności i miejsca zamieszkania na terenach wiejskich nie zostało wyróżnione, co jest niezgodne ze zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji (art. 25(c)) oraz faktycznie występującymi barierami na jakie napotykają osoby niepełnosprawne zamieszkujące te obszary. Pominięcie wskazanych zagadnień w polityce publicznej poświęconej zdrowiu, niesie za sobą duże zagrożenie, że grupy szczególnie narażone na dyskryminację nie zostaną objęte odpowiednio zaplanowanym wsparciem publicznym i będą miały utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej.

5. NIE PODJĘCIE KWESTII ZWIĄZANYCH ZE ŚWIADCZENIEM USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ MOŻLIWIE BLISKO SPOŁECZNOŚCI, W KTÓRYCH ŻYJĄ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE, W TYM NA OBSZARACH WIEJSKICH

Polityka publiczna często pomija w celach i działaniach (zadaniach) zagadnienia związane ze świadczeniem opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w której żyją osoby niepełnosprawne, również na obszarach wiejskich, co wskazuje na nieuwzględnienie zobowiązania wynikającego z postanowień art. 25 (c) *KPON*. W konsekwencji osoby niepełnosprawne, np. z naruszoną sprawnością psychiczną – będą miały utrudnioną realizację nie tylko prawa do zdrowia, ale niejednokrotnie prawa do życia w społeczności.

6. BRAK ZAPLANOWANYCH CELÓW I ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z PODNOSZENIEM ŚWIADOMOŚCI

Polityka publiczna często pomija zagadnienia związane z planowaniem i wdrażaniem działań związanych z podnoszeniem świadomości społecznej w zakresie praw człowieka,





godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu szkoleń i przez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, do których zobowiązuje Konwencja.

7. POMIJANIE W POLITYCE PUBLICZNEJ ZAGADNIENI POŚWIĘCONYCH PROFILAKTYCE ZDROWOTNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, W TYM DZIECI, KTÓRE DOTYCZYŁYBY WCZESNEGO WYKRYWANIA I REAGOWANIA NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Polityka publiczna często pomija zagadnienia wynikające z art. 25 (b) *KPON* związane z zapewnieniem usług zdrowotnych, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym dotyczy to wczesnego rozpoznawania i leczenia, a także usług mających na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych.

4.1.2. PROPOZYCJA ZMIAN SŁUŻĄCYCH PRZEZWYCIĘZENIU BARIER ADMINISTRACYJNYCH

1. NIEUWZGLĘDNIENIE W REALIZOWANEJ POLITYCE KONCEPCJI RACJONALNYCH USPRAWNIEŃ

- kierunek rekomendowanych zmian:

Zasadnym jest uwzględnienie w dokumentach planistycznych i strategicznych pojęcia „racjonalnego usprawnienia”, które usystematyzują i podniosą trafność planowanych/realizowanych celów/działań w zakresie:

- a) dostępności architektury budynków i innych obiektów budowlanych,
- b) dostępności transportu,
- c) dostępności form komunikacji (z uwzględnieniem osiągnięć współczesnych, nowoczesnych technik i technologii informatycznych),
- d) dostępności do informacji (werbalnych i niewerbalnych),
- e) usług w zakresie opieki zdrowotnej,

— i jednocześnie zapewni osobom niepełnosprawnym dostęp do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej oraz zgodność ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 *KPON* i powiązanymi z nim art. 2 i 9 *KPON*.

2. NIESTOSOWANIE POJĘCIA UNIWERSALNEGO PROJEKTOWANIA

- kierunek rekomendowanych zmian:



Zasadnym jest uwzględnienie w polityce publicznej pojęcia „uniwersalnego projektowania”, które usystematyzują i podniosą trafność planowanych/realizowanych celów/działań w zakresie:

- a) dostępności architektury budynków i innych obiektów budowlanych,
 - b) dostępności transportu,
 - c) dostępności form komunikacji (z uwzględnieniem osiągnięć współczesnych, nowoczesnych technik i technologii informatycznych),
 - d) dostępności do informacji (werbalnych i niewerbalnych),
 - f) usług w zakresie opieki zdrowotnej
- i jednocześnie zapewni osobom niepełnosprawnym dostęp do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej oraz zgodność ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 KPON i powiązanymi z nim art. 2 i 9 KPON.

3. NIEUWZGLĘDNIENIE W SZCZEGÓŁOWYCH CELACH OPERACYJNYCH I ZADANIACH SŁUŻĄCYCH ICH REALIZACJI ZASADY RÓŻNORODNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I WYNIKAJĄCYCH Z NIEJ SPECYFICZNYCH POTRZEB OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- kierunek rekomendowanych zmian:

Zasadnym jest uwzględnienie w polityce publicznej pojęć związanych z różnorodnością osób niepełnosprawnych, uwzględniających niepełnosprawność wynikającą z naruszonej sprawności fizycznej, intelektualnej, psychicznej oraz narządów zmysłów, np. wzroku lub słuchu oraz zróżnicowanych potrzeb wynikających z tych niepełnosprawności, które usystematyzują i podniosą trafność planowanych/realizowanych celów/działań w zakresie:

- a) dostępności architektury budynków i innych obiektów budowlanych,
 - b) dostępności transportu,
 - c) dostępności form komunikacji (z uwzględnieniem osiągnięć współczesnych, nowoczesnych technik i technologii informatycznych),
 - d) dostępności do informacji (werbalnych i niewerbalnych),
 - e) usług opieki zdrowotnej,
- i jednocześnie zapewni osobom niepełnosprawnym dostęp do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej oraz zgodność ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 KPON i powiązanymi z nim art. 2 i 9 KPON oraz Preambułą (i).

4. NIEUWZGLĘDNIENIE PERSPEKTYWY DYSKRYMINACJI WIELORAKIEJ, WYNIKAJĄCEJ Z PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA





- *kierunek rekomendowanych zmian:*

Należy wprowadzić do polityki publicznej w zakresie zdrowia, zagadnień związanych z zagrożeniem dyskryminacją wieloraką, w tym przede wszystkim kobiet, które są szczególnie narażone na dyskryminację z uwagi na niepełnosprawność i płeć oraz osób niepełnosprawnych zamieszkujących tereny wiejskie (małe miasteczka i wsie). Wobec tych grup należy skierować politykę publiczną w zakresie ochrony i profilaktyki zdrowia, która uwzględni ich specyficzne położenie i wyrówna szanse w dostępie do odpowiednio wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

5. NIE PODJĘCIE KWESTII ZWIĄZANYCH ZE ŚWIADCZENIEM USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ MOŻLIWIE BLISKO SPOŁECZNOŚCI, W KTÓRYCH ŻYJĄ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE, W TYM NA OBSZARACH WIEJSKICH

- *kierunek rekomendowanych zmian:*

Do polityki publicznej poświęconej zdrowiu należy wprowadzić cele/działania (zadania) dotyczące wsparcia i pomocy środowiskowej dla osób niepełnosprawnych. Dotyczy to przede wszystkim ograniczenia pomocy świadczonej przez stacjonarne ośrodki opieki zdrowotnej i/lub społecznej na rzecz wsparcia środowiskowego, przede wszystkim osób z niepełnosprawnością psychiczną i osób starszych. Prowadzenie polityki dostępu do możliwie jak najwyższej jakości opieki zdrowotnej w środowisku lokalnym wymaga wspierania rozwoju trwałych i wysokiej jakości lokalnych usług w zakresie opieki zdrowotnej i opieki socjalnej dostępnych po przystępnych cenach.

6. BRAK ZAPLANOWANYCH CELÓW I ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z PODNOSZENIEM ŚWIADOMOŚCI

- *kierunek rekomendowanych zmian:*

Zasadnym jest uwzględnienie w omawianym dokumencie celów/działań dotyczących podnoszenia wiedzy i świadomości społecznej na temat praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych, które realizowane będą przy wykorzystaniu szkoleń i przez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, do których zobowiązuje art. 25 (d) *Konwencji*.

8. POMIJANIE W POLITYCE PUBLICZNEJ ZAGADNIEŃ POŚWIĘCONYCH PROFILAKTYCE ZDROWOTNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, W TYM DZIECI, KTÓRE DOTYCZYŁYBY WCZESNEGO WYKRYWANIA I REAGOWANIA NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- *kierunek rekomendowanych zmian:*

Należy uwzględnić w dokumentach strategicznych i planistycznych cele i działania związane z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym potrzebnych im usług zdrowotnych,





szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym dotyczy to wczesnego rozpoznawania i leczenia, a także usług mających na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych.

9. NIEOSIĄGNIĘCIE ZAKŁADANYCH W POLITYCE PUBLICZNEJ CELÓW W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W LATACH 2011-2015 I NIEPODJĘCIE REALIZACJI KOLEJNYCH NA LATA 2016-2020

Należy ustanowić nowy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który uwzględni rekomendacje kierowane przez środowiska osób niepełnosprawnych. Z uwagi na niepowodzenia poprzedniego Programu na lata 2011-2015, w nowym należy oprócz wyznaczonych celów, zadań i struktury instytucjonalnej wyznaczyć wskaźniki monitorowania, tak aby możliwa była ocena stanu wdrożenia w ramach powierzonych instytucjom zadań.

10. BRAK SYSTEMU MONITOROWANIA ZAKŁADANYCH CELÓW I REZULTATÓW PLANOWANYCH DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ POSTANOWIEŃ ART. 25 KPN

- kierunek rekomendowanych zmian:

W polityce publicznej powinny zostać przyjęte wskaźniki dla zaplanowanych działań w zakresie poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia. Należy stworzyć system, w którym zostanie wskazana ich wartość bazowa, oczekiwany trend zmiany wraz z oczekiwaną wartością na koniec pomiaru. Przede wszystkim jednak pomiar powinien zostać dokonany w odniesieniu do odpowiednich zagadnień wynikających z art. 25 KPN.

11. NIEOSIĄGNIĘCIE ZAKŁADANYCH W POLITYCE PUBLICZNEJ CELÓW W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W LATACH 2011-2015 I NIEPODJĘCIE REALIZACJI KOLEJNYCH NA LATA 2016-2020

- kierunek rekomendowanych zmian:

Należy ustanowić nowy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który uwzględni rekomendacje kierowane przez środowiska osób niepełnosprawnych. Z uwagi na niepowodzenia poprzedniego Programu na lata 2011-2015, w nowym należy oprócz wyznaczonych celów, zadań i struktury instytucjonalnej wyznaczyć wskaźniki





monitorowania, tak aby możliwa była ocena stanu wdrożenia w ramach powierzonych instytucjom zadań.

4.2. UWARUNKOWANIA ORGANIZACYJNE¹¹⁹

4.2.1. DIAGNOZA SYTUACJI I IDENTYFIKACJA BARIER ORGANIZACYJNYCH

Realizacja zobowiązania wynikającego z art. 25 *KPON*, dotyczącego poszanowania, ochrony i realizacji prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia, determinowana jest przez uwarunkowania organizacyjne, które wynikają z praktyk stosowanych przez jednostki realizujące zadania polityki publicznej, przyjęte procedury postępowania, często powiązane są z poglądami i postawami osób realizujących zadania publiczne, a także osób niepełnosprawne i środowisk osób niepełnosprawnych.

Z perspektywy oceny stosowanych praktyk i przyjętych przez różne środowiska postaw wobec prawa osób niepełnosprawnych do zdrowia, ważne jest poznanie zakresu podmiotowego, skali i kierunków dyskryminacji wobec osób niepełnosprawnych.

Dokonując identyfikacji najbardziej dyskryminowanych grup osób niepełnosprawnych, należy zwrócić uwagę na opinię ekspertów debaty doradczo-programowej, zgodnie z którymi **nie powinno się dzielić osób niepełnosprawnych na grupy mniej czy bardziej dyskryminowane**. Słuszność tej opinii wynika przede wszystkim z tego, że pomimo istnienia wspólnych potrzeb (np. równego traktowania, inkluzji społecznej) każda z tych grup charakteryzuje specyficznymi dla siebie potrzebami wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności, a w konsekwencji trudnościami w pokonywaniu innych barier, które w takim samym stopniu mogą utrudniać korzystanie np. z opieki zdrowotnej. Eksperci wspomnianej debaty zwrócili uwagę, że tego rodzaju szczególne potrzeby występują np. w przypadku:

- osób głuchych z uwagi na bardzo ograniczone możliwości porozumiewania się, mylne przekonanie, że ich ojczystym językiem jest język polski oraz brak dostępu

¹¹⁹ Arczewska M., *Analiza strategii i programów rządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016; Bogacz-Wojtanowska E., Koziarek M., Lendzion M., Pazderski F., *Analiza programów i polityk samorządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016; Tomczyk U., *Materiały na tematyczną debatę doradczo-programową poświęconą wdrażaniu art. 25 konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce: prawo do zdrowia*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016; *Sprawozdanie z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”*, *Deбата tematyczna: Zdrowie (Art.25)*, Termin: 11 Październik 2016.





w placówkach opieki zdrowotnej tłumaczy języka migowego, a ponadto dodatkowym utrudnieniem jest niska świadomość i brak umiejętności komunikowania personelu tych placówek,

- osoby z niepełnosprawnością psychiczną z uwagi na brak umiejętności personelu placówek opieki zdrowotnej w zakresie porozumiewania się z osobami z tym rodzajem niepełnosprawności,
- dzieci ze stałą niepełnosprawnością z uwagi na brak należytej opieki,
- osoby niepełnosprawne z terenów wiejskich z uwagi na brak odpowiedniej infrastruktury i zabezpieczenia usług zdrowotnych,
- osoby ze sprzężoną niepełnosprawnością, ponieważ bardzo rzadko oferuje się wsparcie przy uwzględnieniu potrzeb wynikających ze sprzężenia niepełnosprawności (tab. 11).

Należy zatem przyjąć, że **najważniejszym czynnikiem dyskryminującym osoby niepełnosprawne w realizacji wszystkich należnych ich praw, a w zakresie przedmiotowym dotyczących prawa do zdrowia, jest przede wszystkim powszechne nieuznanie ich różnorodności i wynikających z niej specyficznych potrzeb.**

Tabela 11. Opinie na temat grup osób, które są najsilniej dyskryminowane w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność

Wyszczególnienie
• osoby z niepełnosprawnością psychiczną, osoby głuche z uwagi na brak możliwości porozumiewania się • niepełnosprawność osób głuchych jest na pierwszy rzut oka niewidoczna, przez co są osoby te traktowane są jak każdy inny pacjent i panuje mylne przekonanie, że ich ojczystym językiem jest język polski i doskonale radzą sobie z odczytywaniem mowy z ust • najbardziej dyskryminowanymi grupami są osoby głuche, głuchoniewidome, niewidome i z niepełnosprawnością umysłową, a także osoby ze sprzężoną niepełnosprawnością, a powodem tej dyskryminacji jest niedostosowanie systemu ochrony zdrowia do specyficznych potrzeb osób z poszczególnymi dysfunkcjami, np. brak w podmiotach medycznych tłumaczy języka migowego, niska świadomość i brak umiejętności komunikowania • świadczenia gwarantowane nie zapewniają kompleksowej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością słuchu - są one niewystarczające, w zakresie liczby godzin oraz częstotliwości • osoby z niepełnosprawnością psychiczną • osoby bezdomne (brak środków do zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych) • dzieci ze stałą niepełnosprawnością (brak należytej opieki) • osoby niepełnosprawne z terenów wiejskich (brak odpowiedniej infrastruktury i zabezpieczenia usług zdrowotnych) • każda grupa osób niepełnosprawnych stanowi grupę o specyficznych potrzebach, trudno wyróżnić grupę najbardziej dyskryminowaną • trudno wskazać na szczególną grupę osób niepełnosprawnych, na pewno należy zwrócić uwagę na osoby zamieszkujące tereny wiejskie, oddalone od dostępu do specjalistycznej opieki medycznej



Wyszczególnienie

- należy zwrócić uwagę na osoby niesłyszące które mają szczególny problem z możliwością przekazywania im informacji o stanie zdrowia i sposobach leczenia przez lekarzy, z zachowaniem tajemnicy lekarskiej, co jest spowodowane brakiem wystarczającej ilości tłumaczy języka migowego mających opanowaną terminologię medyczną i profesjonalnie do tego przygotowanych
- nie powinno się dzielić środowiska osób niepełnosprawnych na grupy mniej czy bardziej dyskryminowane
- jeżeli mówimy o równym dostępie do usług medycznych i profilaktyki zdrowotnej, każda taka usługa powinna być świadczona w zakresie umożliwiających korzystanie z niej każdej osobie
- większość osób, które doświadczają sprzężenia niepełnosprawności np. osoba niewidoma doświadczająca niepełnosprawności psychicznej lub też niepełnosprawności intelektualnej, ponieważ bardzo rzadko oferuje się wsparcie przy uwzględnieniu potrzeb wynikających ze sprzężenia niepełnosprawności
- nierówności można szukać na przykładzie osób głuchych i pomiędzy głuchymi które potrzebują implantu albo aparatu

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Zdaniem ekspertów uczestniczących w debacie tematycznej poświęconej tej tematyce, w Polsce skala dyskryminacji zmniejsza się i dostrzega się wzrost społecznego zrozumienia potrzeb i akceptacji praw osób niepełnosprawnych. Wzrost świadomości społecznej nie oznacza jednak, że sytuacja osób niepełnosprawnych poprawiła się na tyle znacząco, że nie napotykają one na bariery związane z dostępem do możliwie wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Zgodnie z opiniami ekspertów, wyróżnić należy cztery główne czynniki, które w największym stopniu dyskryminują osoby niepełnosprawne. Pierwszym czynnikiem są **nadal występujące bariery dostępności architektury budynków** (np. brak wind, podjazdów, oznakowanych schodów i poręczy), które utrudniają lub uniemożliwiają niezależne korzystanie z opieki zdrowotnej. Powszechnym zjawiskiem jest dyskryminacja wynikająca z czynników technicznych i technologicznych. Dotyczy ona **niedostosowania placówek opieki zdrowotnej z uwagi na wyposażenie i urządzenia służące badaniom diagnostycznym i leczniczym**, z których często nie mogą korzystać osoby mające trudności z przemieszczaniem się. Kolejnym jest **stosowanie w placówkach opieki zdrowotnej takich form komunikowania, które utrudniają lub nawet uniemożliwiają osobom z naruszoną sprawnością narządu wzroku lub słuchu niezależny i rzetelny przekaz i odbiór informacji**. Ostatni czynnik odnosi się do **postaw lekarzy i personelu placówek opieki zdrowotnej, które charakteryzują się stereotypami oraz uprzedzeniami** wobec osób niepełnosprawnych, wynikających z braku wiedzy o potrzebach i prawach osób niepełnosprawnych oraz braku wrażliwości na niepełnosprawność (tab. 12)

Tabela 12. Opinie na temat skali i obszarów zjawiska dyskryminacji osób niepełnosprawnych w Polsce w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia





Opinie pozytywne	Opinie krytyczne
- można zaobserwować zmniejszenie zjawiska dyskryminacji wyrażające się w większym zrozumieniu potrzeb i akceptacji osób niepełnosprawnych w naszym otoczeniu - częściej obserwuję się oznaki zwykłej życzliwości w kontaktach międzyludzkich, co znacząco wpływa na podniesienie poziomu poczucia własnej wartości osób niepełnosprawnych	- osoby niepełnosprawne mają ograniczony dostęp do opieki medycznej w zakresie np. dentysty, ginekologa, internisty (brak komunikacji np. migowej), co jest dyskryminacją z uwagi na publicznego płatnika i brak standardów dostępności - brak profesjonalnych tłumaczy języka migowego i komunikacja „na karteczkach” lub głośnie mówienie lekarzy do głuchych pacjentów - w związku z istniejącymi barierami dostępności architektonicznej, dostępności do diagnostyki i leczenia, dostępności do informacji na temat miejsca i możliwości leczenia, niska jest ocena realizacji równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz poszanowania ich przyrodzonej godności - problemem są narastające trudności w znalezieniu zatrudnienia - osoby niepełnosprawne są w Polsce dyskryminowane w zakresie dostępu do usług medycznych i osiągania możliwie najlepszego stanu zdrowia - osoby niepełnosprawne intelektualnie, z uwagi na ograniczenie funkcji intelektualnych potrzebują wsparcia i pomocy w czynnościach dnia codziennego, również w kontaktach ze służbą zdrowia, a lekarze i pielęgniarki nie dopuszczają możliwości, aby w kontaktach uczestniczył opiekun, a jeśli już taka sytuacja się zdarzy – osoba niepełnosprawna jest traktowana jak przedmiot, mówi się o niej w osobie trzeciej, jako jej nie było - skala dyskryminacji osób niepełnosprawnych jest w tym obszarze ogromna. - dostęp do opieki stomatologicznej, pomimo wielu kontaktów z NFZ na leczenie stomatologiczne w mieście 50 tys. nie ma żadnego gabinetu leczącego pacjentów niepełnosprawnych - dostęp do aparatury specjalistycznej – brak możliwości skorzystania z niej np. z powodu braku pomocy przy przemieszczeniu się pacjenta z wózka do aparatury – np. rentgen - brak tłumaczy języka migowego – nie ma możliwości komunikacji z pacjentem niesłyszącym - osoby niepełnosprawne w Polsce niestety pozbawione są koordynatora opieki medycznej, niestety jedynym wsparciem dla osób niepełnosprawnych podczas procesu leczenia jest wyłącznie najbliższa rodzina. - do sytuacji dyskryminujących dochodzi podczas badań lekarskich czy zabiegów, większość placówek medycznych w Polsce jest zupełnie nieprzygotowanych do pomocy osobom niesłyszącym czy poruszającym się na wózkach (stomatologia) - wśród karygodnych i niedopuszczalnych sytuacji należy wymienić na przykład niedostępność architektoniczną obiektów, gdzie świadczy się usługi medyczne - w niektórych placówkach brak możliwości zapisania się na wizytę do lekarza bez konieczności osobistego kontaktu - problemem jest brak edukacji seksualnej w Polsce - w tragicznej sytuacji znajdują się kobiety niepełnosprawne chcące korzystać z gabinetów ginekologicznych, ponieważ w niektórych dużych miastach, takich jak na przykład (...), takich placówek nie ma wcale, co



Opinie pozytywne	Opinie krytyczne
	całkowicie uniemożliwia kobietom tam mieszkającym dbanie o zdrowie • w kontekście osób głuchych skala jest ogromna, ponieważ gdy znajdą się w szpitalu lub muszą skorzystać z konsultacji u lekarza lub w przychodni, niestety rzadko daje im się możliwość skorzystania z usługi tłumacza • często można się spotkać z naruszeniem punktu 6 karty praw pacjenta „Prawo (pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego) do uzyskania przystępnej informacji od lekarza o: swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu • lekarze nie wchodzi w dialog z osobami głuchymi, można spotkać sytuacje iż lekarz wymaga aby pacjent przyszedł z słyszącym członkiem rodziny lub tłumaczem i wtedy podejmuje się leczenia i informowania pacjenta, ale także można spotkać się z sytuacją kiedy lekarz wyprasza osobę wskazaną przez głuchego pacjenta np. tłumacza czy członka rodziny i każe się głuchemu komunikować na piśmie co nie zawsze jest komfortowe dla osoby głuchej • Ogólnie rzecz biorąc lekarze nie zdają sobie sprawy z powagi sytuacji z istniejącej ustawy o języku migowym

Źródło: Kwestionariusze opinii doradczej z tematycznej debaty doradczo – programowej w ramach realizacji projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Debata tematyczna: Zdrowie (Art.25), Termin: 11 Październik 2016.

Wnioski wypływające z opinii ekspertów uczestniczących w debacie doradczo-programowej, poświęconej art. 25 KPON, zasadniczo potwierdził przegląd literatury oraz wyniki badań jakościowych przeprowadzonych wśród przedstawicieli instytucji publicznych.

Jak wynika ze *Společnego Raportu Alternatywnego z realizacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce (dalej Raport Alternatywny)*¹²⁰, opublikowanego przez Fundacja KSK w 2015 r., w praktyce **większość placówek opieki zdrowotnej poddanych kontroli spełniała podstawowe wymagania dostępności architektonicznej, jednak nie dotyczy to dostępności do sprzętu medycznego oraz informacji.**

Z uwagi na bardzo ogólne określenie wymogu dostępności architektonicznej, a mianowicie przyjęcie jako kryterium oceny „podstawowych wymagań dostępności architektonicznej”, nie sposób przyjąć konkluzji, że większość placówek, z tych właśnie względów jest dostępna dla osób niepełnosprawnych. Świadcą o tym badania jakościowe¹²¹ przeprowadzone w Projekcie, których uczestnikami byli przedstawiciele instytucji publicznych działających o obszarze niepełnosprawności. Jak wynika z badań mimo, że rozmówcy na ogół byli zgodni co do kwestii dobrego przystosowania infrastruktury ośrodków leczniczych i rehabilitacyjnych dla szczególnych potrzeb, związanych z mobilnością

¹²⁰ *Společny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, Fundacja KSK, Warszawa 2015, s. 44-45.

¹²¹ Żejmis M., *Pogłębiona analiza danych pozyskanych w badaniu jakościowym*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.





przestrzenną osób niepełnosprawnych, **pojawiły się wypowiedzi zwracające uwagę np. na nieprzystosowane płatne parkingi, wąskie bramki i utrudniony dostęp do wind.**

W ocenie autorów *Raportu Alternatywnego*¹²², **brak odpowiedniego sprzętu medycznego często utrudnia, a nawet uniemożliwia, korzystanie z diagnostyki przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich.**

Kolejnym problemem, utrudniającym korzystanie z prawa do zdrowia przez osoby niepełnosprawne jest występujący niemal wszędzie brak możliwości korzystania z komunikacji w języku migowym. W tej sytuacji osoby niesłyszące zmuszone są do korzystania z pomocy znajomych lub rodziny, co narusza zasadę zachowania tajemnicy lekarskiej.

Analiza przedstawiona w Raporcie wskazuje również, że w Polsce niemal nie ma żadnych materiałów dotyczących profilaktyki zdrowotnej, w tym związanych ze zdrowiem seksualnym, które przygotowane zostały z myślą o potrzebach osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Bardzo nieliczne materiały przygotowywane zostały przez organizacje pozarządowe.

Kolejną kwestią, negatywnie ocenioną w Raporcie jest **anachroniczna organizacja pracy placówek, która często wymaga osobistego stawienia się w niej w celu umówienia wizyty, utrudniając korzystanie z opieki zdrowotnej szczególnie osobom z niepełnosprawnościami słuchu oraz osobom z naruszoną sprawnością fizyczną.**

Dodatkowe bariery tworzy również system dostępu do informacji, który **w największym stopniu dyskryminuje osoby z niepełnosprawnością słuchu i wzroku.** Jak wynika z kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli:¹²³

- większość zbadanych stron internetowych podmiotów wykonujących zadania publiczne (91,3%) zawiera różne błędy w kodzie HTML skutkujące utrudnieniami dla osób niewidomych i słabowidzących posługujących się czytnikami ekranu,
- osoby niesłyszące i niewidome nie mogły zapoznać się z pełną treścią większości badanych materiałów multimedialnych, gdyż w przypadku 13 z 14 stron internetowych podmiotów wykonujących zadania publiczne (92,9%), udostępniane informacje nie umożliwiały wybrania stosownej alternatywy (np. w postaci napisów dla materiałów audio-wideo, opisu zawartości materiałów audio, audiodeskrypcji),

¹²² *Spółeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, Fundacja KSK, Warszawa 2015, s. 44-45.

¹²³ *Realizacja przez podmioty wykonujące zadania publiczne obowiązku dostosowania ich stron internetowych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2015, s. 11.





- na większości stron wystąpiły błędy powodujące utrudnienia dla osób niepełnosprawnych korzystających z komputera wyłącznie z użyciem klawiatury (78,3%), np. słabo widoczny fokus klawiatury lub jego brak, pułapki na klawiaturę, nielogiczne poruszanie się fokusa klawiatury i pomijanie aktywnych elementów stron,
- błędy skutkujące problemami w odbiorze treści stron przez osoby słabowidzące stwierdzono na blisko połowie stron (43,5%).

W Polsce, wywiązywanie się z obowiązku nałożonego na mocy *Konwencji* do zapewnienia personelu medycznego, odpowiednio przygotowanego do pracy z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności wymaga wprowadzenia wielu zmian na płaszczyźnie instytucjonalnych rozwiązań oraz w zakresie kształtowania postaw na rzecz akceptacji i zrozumienia potrzeb osób niepełnosprawnych. Powołując się na wyniki analiz przedstawionych w *Społecznym Raporcie Alternatywnym z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*¹²⁴, **ocena personelu medycznego wskazuje na jego nieprzygotowanie na różne potrzeby pacjentów niepełnosprawnych**, np. konieczność mniej standardowego podejścia do osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z naruszoną sprawnością wzroku. Przykładem jest zdarzenie, mające miejsce w 2014 r., kiedy z jednego z gabinetów lekarskich została wyrzucona osoba niewidoma z psem przewodnikiem, a decyzję lekarza poparł Okręgowy Sąd Lekarski w Krakowie.

Innym zjawiskiem świadczącym o nieprzygotowaniu personelu medycznego do pracy z osobami niepełnosprawnymi są **występujące często stereotypy i uprzedzenia, a nawet mity np. o aseksualności kobiet niepełnosprawnych, które często powodują ignorowanie ich praw do zdrowia seksualnego i prokreacyjnego**.¹²⁵ Zgodnie ze stanowiskiem specjalistów z Zakładu Profilaktyki Chorób Kobiety i Seksuologii w Katowicach, mimo licznych aktów prawnych zapewniających osobom niepełnosprawnym równouprawnienie, kobiety i dziewczęta z niepełnosprawnością zarówno intelektualną, jak i fizyczną nie są częstymi pacjentkami gabinetów ginekologicznych.¹²⁶ Wyniki badań empirycznych wykazały, że najczęściej powodem wizyty u ginekologa rzadziej niż raz na rok jest niechęć

¹²⁴ *Społeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, Fundacja KSK, Warszawa 2015, s. 44-45.

¹²⁵ Ciaputa E., Król A., Warat M., *Genderowy wymiar niepełnosprawności. Sytuacja kobiet z niepełnosprawnościami wzroku, ruchu i słuchu* [w:] *Polscy Niepełnosprawni od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, pod red. Gąciarz B., Rudnicki S., Wydawnictwa AGH, Kraków 2014, s. 289.

¹²⁶ Mężyk I., Długoń M., Dors J., Skrzypulec-Plinta V., Kazimierczak M., Gogola C., *Opieka ginekologiczna nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie*, Zdrowie i dobrostan 1/2015. ROZDZIAŁ XIX, Zakład Profilaktyki Chorób Kobiety i Seksuologii Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk O Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, s. 262.





i lęk przed badaniem, długi czas oczekiwania na wizytę oraz brak odpowiedniego podejścia lekarza ginekologa. Zdarzają się również osoby, które nie wiedzą, w jakim gabinecie najlepiej podjąć konsultacje lub leczenie.¹²⁷

Ocena kadr medycznych była również przedmiotem kontroli prowadzonych przez *Najwyższą Izbę Kontroli*. Jedną z nich, obejmującą lata 2013-2015, dotyczyła oceny funkcjonowania systemu kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych w celu zapewnienia przygotowania odpowiedniej liczby specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.¹²⁸ Kontrola wykazała wiele nieprawidłowości na poziomie systemowym, który nie zapewniał właściwej jakości kadr. Jest to bardzo niekorzystne z perspektywy osób niepełnosprawnych, które mają większe potrzeby korzystania z opieki zdrowotnej niż osoby bez niepełnosprawności. Najważniejsze zastrzeżenia NIK dotyczyły m.in.:

- systemu kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych, który nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- wydłużanie się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne, z powodu braku lekarzy niektórych specjalności.

Jak wynika z analizy, **obecnie kadra placówek opieki zdrowotnej nie jest odpowiednio przygotowana do pracy z osobami niepełnosprawnymi o różnych rodzajach niepełnosprawności**. Bardzo ważnym jest, aby osoby pracujące z pacjentami niepełnosprawnymi miały świadomość ich potrzeb, zarówno tych, które wynikają z ich niepełnosprawności, jak również tych, które mimo niepełnosprawności nie różnią się od potrzeb pacjentów bez niepełnosprawności.

•

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, do najważniejszych barier organizacyjnych wdrażania art. 25 KPON zaliczyć należy:

1. BARIERY DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ, TECHNICZNEJ I TECHNOLOGICZNEJ

¹²⁷ Mężyk I., Długoń M., Dors J., Skrzypulec-Plinta V., Kazimierczak M., Gogola C., *Opieka ginekologiczna nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie*, Zdrowie i dobrostan 1/2015. ROZDZIAŁ XIX, Zakład Profilaktyki Chorób Kobietych i Seksuologii Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk O Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, s. 269.

¹²⁸ *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016, s. 11-13.





Mimo prowadzonych w kraju wielu działań mających na celu niwelowanie barier architektonicznych, utrudniających osobom niepełnosprawnym niezależne poruszanie się, nadal z powodu niedostosowania/niewłaściwego dostosowania osoby niepełnosprawne napotykają na trudności w korzystaniu z placówek opieki zdrowotnej.

2. BARIERY WYNIKAJĄCE Z CZYNNIKA LUDZKIEGO, NAJCZĘŚCIEJ SĄ PRZEJAWEM POSTAW CHARAKTERYZUJĄCYCH SIĘ UPRZEDZENIAMI LUB STEREOTYPOWYM PODEJŚCIEM DO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wśród personelu medycznego często funkcjonują mity o aseksualności osób niepełnosprawnych, a przede wszystkim kobiet niepełnosprawnych, które często powodują ignorowanie ich praw do zdrowia seksualnego i prokreacyjnego. Personel placówek opieki zdrowotnej często nie dostrzega lub neguje potrzeby osób niepełnosprawnych wynikające z niepełnosprawności, np. w przypadku asystencji w trakcie wizyt lekarskich lub korzystania ze wsparcia psów asystujących. Przyczyn takiego stanu należy dopatrywać się w braku wiedzy o potrzebach i prawach osób niepełnosprawnych oraz braku wrażliwości na niepełnosprawność.

3. NIEPRZYGOTOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO NA SZCZEGÓLNE POTRZEBY PACJENTÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH, NP. KONIECZNOŚĆ MNIEJ STANDARDOWEGO PODEJŚCIA DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z NARUSZONĄ SPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ ORAZ NARZĄDU WZROKU

W placówkach opieki zdrowotnej często stosowane są takie formy komunikowania, które utrudniają lub nawet uniemożliwiają osobom z naruszoną sprawnością narządu wzroku lub słuchu niezależny i rzetelny przekaz i odbiór informacji.

4. ANACHRONICZNA ORGANIZACJA PRACY PLACÓWEK W ZAKRESIE UMAWIANIA BADAŃ I WIZYT LEKARSKICH/REHABILITACYJNYCH

W Polsce funkcjonują placówki opieki zdrowotnej, które często wymagają osobistego stawienia się w niej w celu umówienia wizyty, co w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową, wzroku lub słuchu może stanowić istotną barierę w korzystaniu z opieki zdrowotnej.

5. STRONY INTERNETOWE WIELU PLACÓWEK OPIEKI ZDROWOTNEJ CZĘSTO NIE SĄ DOSTOSOWANE DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU I WZROKU UTRUDNIAJĄ IM DOSTĘP DO INFORMACJI

Osoby niepełnosprawne często mają ograniczony dostęp do informacji w zakresie opieki zdrowotnej. Czynnikiem ograniczającym dostęp do informacji jest brak dostosowania stron internetowych do potrzeb osób z niepełnosprawnością słuchu i wzroku.





4.2.2. PROPOZYCJA ZMIAN SŁUŻĄCYCH PRZEWYCIĘZENIU BARIER ORGANIZACYJNYCH

1. BARIERY DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ, TECHNICZNEJ I TECHNOLOGICZNEJ

- kierunek rekomendowanych zmian:

Należy zobowiązać placówki opieki zdrowotnej do wprowadzenia racjonalnych usprawnień, i w przypadku nowych obiektów/zakupu wyposażenia – uniwersalnego projektowania w zakresie dostępności przestrzeni obiektów służby zdrowia, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i urządzenia medyczne oraz większego wykorzystania nowoczesnych technik i technologii informacyjnych.

2. BARIERY WYNIKAJĄCE Z CZYNNIKA LUDZKIEGO, NAJCZĘŚCIEJ SĄ PRZEJAWEM POSTAW CHARAKTERYZUJĄCYCH SIĘ UPRZEDZENIAMI LUB STEREOTYPOWYM PODEJŚCIEM DO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- kierunek rekomendowanych zmian:

Zasadnym jest prowadzenie szkoleń dla personelu opieki zdrowotnej dotyczących podnoszenia wiedzy i świadomości na temat praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych, do których zobowiązuje art. 25 (d) Konwencji.

3. NIEPRZYGOTOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO NA SZCZEGÓLNE POTRZEBY PACJENTÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH, NP. KONIECZNOŚĆ MNIEJ STANDARDOWEGO PODEJŚCIA DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z NARUSZONĄ SPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ ORAZ NARZĄDU WZROKU

- kierunek rekomendowanych zmian:

Do programów kształcenia na wszystkich kierunkach medycznych należy wprowadzić blok tematyczny poświęcony różnorodności pacjentów służby zdrowia i specjalnym potrzebom różnych grup społecznych, np. osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, osób starszych.

4. ANACHRONICZNA ORGANIZACJA PRACY PLACÓWEK W ZAKRESIE UMAWIANIA BADAŃ I WIZYT LEKARSKICH/REHABILITACYJNYCH

- kierunek rekomendowanych zmian:





Należy zobowiązać placówki opieki zdrowotnej do oferowania odbiorcom ich usług wyboru formy komunikacji w przypadku rejestrowania się na wizytę lekarską, badanie lub rehabilitację.

5. STRONY INTERNETOWE WIELU PLACÓWEK OPIEKI ZDROWOTNEJ CZĘSTO NIE SĄ DOSTOSOWANE DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU I WZROKU UTRUDNIAJĄ IM DOSTĘP DO INFORMACJI

- kierunek rekomendowanych zmian:

Z uwagi na trudności w prowadzeniu stron internetowych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, występujących w placówkach opieki zdrowotnej, zasadnym jest zaplanowanie w ramach polityk publicznych szkoleń w zakresie tworzenia i zarządzania stronami internetowymi dostosowanymi do potrzeb osób niepełnosprawnych z naruszoną sprawnością narządu słuchu lub wzroku. Szkolenia te powinny być skierowane zarówno do publicznych jak i prywatnych placówek.

zapewnienie wsparcia doradczego uczestniczącym w szkoleniach podmiotom, na określony okres po zakończeniu szkolenia.



5. PODSUMOWANIE

Zgodnie ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej biorących pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej.

Artykuł 25 *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* jest powiązany z innymi artykułami, co oznacza, że jego wdrażanie wymaga wzmacniania prawa osób niepełnosprawnych do korzystania z najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Przykładem jest bardzo silne powiązanie art. 25 *KPON* z art. 9, dotyczącym dostępności, w którym określone zostały środki, jakie należy podjąć w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu fizycznego na równych zasadach z innymi osobami, do środowiska, transportu, informacji i komunikacji (w tym technologii i systemów informacyjnych i komunikacyjnych) oraz innych ułatwień i usług oferowanych całemu społeczeństwu zarówno przez państwa, jak i podmioty niepaństwowe, tak na obszarach miejskich, jak i wiejskich. Postanowienia zawarte w art. 25 *KPON* dotyczące ochrony praw osób niepełnosprawnych do utrzymania lub poprawy stanu zdrowia, są z kolei fundamentalnym czynnikiem dającym osobom tym możliwość realizacji innych praw. Nie można bowiem mówić o inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych, bez zapewnienia właściwej opieki medycznej oraz rehabilitacji leczniczej.

W Polsce, proces wdrażania Konwencji, w tym również art. 25, przebiegał zasadniczo wolno i napotykał na szereg barier związanych zarówno z uwarunkowaniami prawnymi, administracyjnymi jak i organizacyjnymi. Mimo, że w Polskim prawie dokonano pewnych zmian, nie zapewniły one jednak poszanowania i ochrony praw osób niepełnosprawnych do osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia. Również zmiany, jakie dokonały się w polskiej polityce publicznej, np. pojawienie się w dokumentach programowych i strategicznych większej liczby celów i działań skierowanych na ochronę zdrowia osób niepełnosprawnych, nie pozwoliły osiągnąć rezultatów, które świadczyłyby, że w Polsce art. 25 *KPON* został wdrożony. Z perspektywy społecznego uznania praw osób niepełnosprawnych do zdrowia również trudno mówić o spektakularnym sukcesie. Mimo, że prowadzone kampanie edukacyjno-informacyjne podniosły świadomość i wrażliwość społeczną, nadal osoby niepełnosprawne spotykają się ze stereotypowym traktowaniem i niechęcią do uznania ich potrzeb przez personel placówek opieki zdrowotnej.



W wyniku przeprowadzonej analizy wyróżniono szereg barier, utrudniających osobom niepełnosprawnym korzystanie z prawa do osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia oraz opracowano propozycje zmian, które służyć mają ich niwelowaniu (tab. 13).

Tabela 13. Najważniejsze wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
UWARUNKOWANIA PRAWNE	
1. BARIERY ZWIĄZANE Z DOSTĘPNOŚCIĄ	
1.1. Brak rozwiązań telemedycznych	
• wniosek i kierunek zmian: Telemedycyna w Polsce jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Jedną z barier w jej rozwoju było prawo. Dopiero dnia 12 grudnia 2016 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw z dnia 9 października 2015 r., która dopuszcza, by lekarz udzielał świadczeń zdrowotnych (w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich) także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zmieniono też przepis zgodnie z którym lekarz mógł orzec o stanie zdrowia określonej osoby tylko po uprzednim, osobistym jej zbadaniu. Obecnie dopuszczalne jest także zbadanie w sposób zdalny. Za zmianą ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie poszły jednak konsekwentne zmiany innych aktów prawnych. Rozwój telemedycyny wciąż może być utrudniany przez przepisy dotyczące danych osobowych, które dla danych o stanie zdrowia przewidują zaostrzony rygor ochrony. Brak też wyraźnej inicjatywy ze strony władz publicznych zmierzającej do upowszechnienia stosowania narzędzi telemedycznych w publicznej służbie zdrowia.	Wprowadzenie rozwiązań telemedycznych do służby zdrowia wymaga rozwiązań systemowych, uwzględniających m.in. wymóg uniwersalnego projektowania. Za dostosowaniem przepisów do uwarunkowań związanych z kontaktem, badaniem i przesyłaniem danych w trybie online powinien iść program wdrażania i współfinansowania tego typu narzędzi. Równie ważna będzie informacja kierowana do pacjentów, która uświadomi możliwość korzystania z tego typu świadczeń i zachęci do zastąpienia nimi tradycyjnych form kontaktu z lekarzem. Polityka w dziedzinie ochrony zdrowia powinna być ukierunkowana na promocję telemedycyny, co łączyć będzie w sobie warunki wymagane art. 4, art. 9 oraz art. 25 Konwencji.
1.2. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne	
• wniosek i kierunek zmian: Państwowy system opieki zdrowotnej realizuje zobowiązanie państwa do zapewnienia obywatelom odpowiednich świadczeń medycznych. Obok niego może funkcjonować, jako alternatywa lub uzupełnienie, system prywatny, którego kluczową część stanowią prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ta część rynku regulowana jest ustawą o działalności ubezpieczeniowej, która określa warunki wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych. Prawo nie zawiera żadnych regulacji związanych z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi osób niepełnosprawnych. Doprowadziło to do sytuacji, w której firmy ubezpieczeniowe stosują ograniczenia	Działalność ubezpieczeniowa jest działalnością regulowaną. Na poziomie ustawy o działalności ubezpieczeniowej możliwe jest wprowadzenie regulacji wyodrębniającej obszar ubezpieczeń o charakterze zdrowotnym, która zapobiegałaby zjawisku wykluczenia lub znacznego ograniczenia odpowiedzialności ze względu na niepełnosprawność. Możliwym ograniczeniem problemu braku przystępnych ubezpieczeń zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych jest także stworzenie pakietów rodzinnych, w zakresie których ubezpieczenie osoby pełnosprawnej obejmowałoby automatycznie także niepełnosprawnego członka rodziny.



Wnioski	Rekomendacje
lub wyłączają zupełnie odpowiedzialność ubezpieczeniową w stosunku do tej grupy osób . W rezultacie osoby niepełnosprawne pozbawione są w zasadzie możliwości korzystania z opieki medycznej w ramach komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych.	Świadczenia gwarantowane powinny być także dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, co oznacza, że poza pokryciem kosztów leczenia powinny gwarantować także opiekę i codzienne wsparcie. Zgodnie z Planem Strategicznym Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na lata 2015-2020 z czerwca 2015 r., Konwencja jest podstawowym dokumentem programowym Funduszu, a wdrażanie jej postanowień stanowi podstawowy obszar jego działalności. Fundusz powinien więc podjąć inicjatywę służącą zwalczaniu dyskryminacji osób niepełnosprawnych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego. Potencjalnym narzędziem tej polityki jest dofinansowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Brak prawnych przeszkód do realizacji tego typu zadania, bowiem środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z art. 47 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, po zatwierdzeniu przez Radę Nadzorczą mogą być przeznaczane na programy służące rehabilitacji społecznej i zawodowej, w szczególności adresowane do osób niepełnosprawnych oraz do rodzin, których członkami są osoby niepełnosprawne.

1.3. Brak przystosowanych wyrobów medycznych

Przepis art. 22 ustawy o działalności leczniczej wskazuje, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe regulacje w tej materii zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Żaden z powyższych aktów nie zawiera wymogu, by podmioty lecznicze posiadały specjalistyczne wyroby medyczne przeznaczone do leczenia i diagnozy, które umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom niepełnosprawnym.	wniosek i kierunek zmian: Należy rozważyć, czy wymóg posiadania przez podmioty lecznicze wyrobów medycznych przystosowanych do udzielania świadczeń nie powinien być usankcjonowany prawnie, np. w ustawie o działalności leczniczej lub wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.
---	--

1.4. Brak dostępu do świadczeń na terenach nieurbanizowanych

wniosek i kierunek zmian: Polsce problemem jest niska dostępność świadczeń zdrowotnych poza dużymi ośrodkami miejskimi.	Należy rozważyć, czy rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych nie powinno zostać zmienione pod kątem zakresu zbieranych danych. Oparta o nie analiza powinna umożliwić odwzorowanie realnych potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Podejmowane na tej podstawie interwencje publiczne umożliwią w racjonalny i proporcjonalny sposób zwiększyć dostępność świadczeń zdrowotnych bliżej społeczności, w tym na obszarach wiejskich. Ponadto, biorąc pod uwagę fakt, że w momencie
--	--





Wnioski	Rekomendacje
	powstawania niniejszego opracowania trwają prace nad reformą systemu ochrony zdrowia, należy w ramach nich rozważyć, czy nie zasadne byłoby oparcie modelu systemu na zasadach decentralizacji i deinstytucjonalizacji.
2. BARIERY ZWIĄZANE Z PRZYSTĘPNOŚCIĄ	
2.1. Zgoda pacjenta niepełnosprawnego na zabieg medyczny	
W doktrynach prawnych prezentowane jest rozumowanie a maiore ad minus („z większego na mniejsze”), zgodnie z którym przyznanie określonego uprawnienia osobie całkowicie ubezwłasnowolnionej powinno skutkować tym, że osoba ubezwłasnowolniona częściowo, a więc której psychiczne możliwości są większe, również otrzyma uprawnienie do wyrażenia zgody na zabieg medyczny. Część autorów uważa jednak, że osoba ubezwłasnowolniona częściowo może samodzielnie wyrazić zgodę, a więc lekarz nie powinien występować o nią dodatkowo do jej przedstawiciela ustawowego. Pogląd ten niewątpliwie w największym stopniu odpowiada wyrażonej w art. 3 Konwencji zasadzie autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów.	• wniosek i kierunek zmian: Zgodnie z art. 25 Konwencji, państwo ma zapobiegać przypadkom odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych. Uregulowanie prawne, które uzależnia udzielenie świadczeń zdrowotnych od zgody osoby trzeciej lub sądu może prowadzić do sytuacji, w której wbrew woli osoby niepełnosprawnej zapadnie decyzja uniemożliwiająca udzielenie jej pomocy medycznej. Dla przykładu osoba całkowicie ubezwłasnowolniona, która jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, aby mogła je otrzymać, musi uzyskać dodatkowo zgodę przedstawiciela ustawowego. W przypadku jego sprzeciwu decyzję podejmuje sąd, który także może orzec o niedopuszczalności interwencji lekarskiej. W ten sposób osoba niepełnosprawna nie jest dysponentem prawa, przysługujące jej w myśl Konwencji uprawnienie zostaje przeniesione na osobę trzecią, tj. przedstawiciela ustawowego. Za barierę uznać należy ponadto wątpliwości interpretacyjne związane z podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody zastępczej lub samą kompetencją do jej wyrażenia. Uznając nawet, że przeniesienie uprawnienia do wyrażenia zgody na inną osobę jest uzasadnione, za nieodpowiednią należy uznać regulację, która nie przesądza jednoznacznie, kto i na jaki typ zabiegu zgodę może wyrazić. Prowadzić to może do sytuacji, w których zgoda nie zostanie udzielona w odpowiednim z medycznego punktu widzenia czasie. Przy ocenie postępowania medycznego z osobą niezdolną do kierowania swym postępowaniem pamiętać należy o art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. W oparciu o obecnie obowiązujące przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dochodzić może do konfliktu pomiędzy obiektywnym dobrem takiej osoby stwierdzonym np. przez sąd a jej subiektywną wolą. Wobec powyższego, a także w związku z art. 3 (zasada autonomii woli, w tym swobody wyborów), art. 5 (równość wobec prawa, jednakowa ochrona prawna i jednakowe korzyści wynikające z prawa),



Wnioski	Rekomendacje
	art. 12 (zdolność prawna we wszystkich aspektach życia), oraz art. 25 (zapobieganie przypadkom odmowy udzielania opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych) Konwencji uznać należy, że osoby niepełnosprawne, które dysponują dostatecznym rozeznanie, powinny mieć możliwość samodzielnego decydowania o udzielanych im świadczeniach zdrowotnych. Mechanizm sprzeciwu pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, a dysponującego „dostatecznym rozeznanie”, przewidziany w art. 32 ust. 6 i art. 34 ust. 5 w zw. z art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, powinien zostać przekształcony w ten sposób, aby większą wagę przypisać woli pacjenta, jednocześnie zmniejszając decyzyjność przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Sedno znowelizowanej regulacji powinno polegać na tym, że w przypadku zgody ww. kategorii pacjentów, to sprzeciw przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wymusza uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego. Obecna regulacja przewiduje odwróconą konfigurację: to zgoda przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego kształtuje sytuację badania lub innej czynności medycznej, a dopiero sprzeciw pacjenta (tj. czynna niezgoda) uruchamia kontrolę sądową. Taka rozkład uprawnień powinna zostać odwrócona dla grupy pacjentów dysponujących „dostatecznym rozeznanie”. Powyższa rekomendacja prawotwórcza oznacza taką zmianę przepisów prawa, która dopuści możliwość samodzielnego wyrażania zgody (lub jej nieudzielenia) na badanie lub udzielenie świadczenia zdrowotnego osobom wprowadzić niepełnosprawnym intelektualnie i umysłowo i/lub ubezwłasnowolnionym, ale dysponującym dostatecznym rozeznanie w kwestii własnego zdrowia. W ten sposób urzeczywistniona zostanie zasada voluntas aegroti suprema lex (wola chorego prawem najwyższym).
2.2. Problem z wymogiem zachowania formy pisemnej przy czynnościach związanych z ochroną zdrowia • wniosek i kierunek zmian: Konwencja zobowiązuje państwa do zapewnienia osobom niepełnosprawnym takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach opieki zdrowotnej, a także zapewnienia tych usług zdrowotnych, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność. Przeanalizowane kwestie związane z formą wyrażania woli naruszają te postanowienia KPN.	Składanie podpisu przez osoby niepełnosprawne to kwestia stosunkowo prosta do rozwiązania z prawnego punktu widzenia. Ustawy powinny powszechnie dopuszczać alternatywę dla własnoręcznego podpisu, tak jak ma to miejsce np. w art. 78 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym osoba niemogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza,



Wnioski	Rekomendacje
	prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać. W ten sposób fizyczna niemożność złożenia podpisu zostaje rozwiązana przy zachowaniu jednoczesnej wiarygodności podpisu. Specjalne uregulowanie zawiera też kodeks postępowania administracyjnego. Przepis art. 63 § 3 stanowi, że gdy podanie wnosi osoba, która nie może lub nie umie złożyć podpisu, podanie lub protokół podpisuje za nią inna osoba przez nią upoważniona, czyniąc o tym wzmiankę obok podpisu. Odesłanie do art. 78 kodeksu cywilnego, art. 63 § 3 kodeksu postępowania administracyjnego lub bardziej preferencyjna regulacja powinna zostać zawarta w każdym przypadku, gdy od obywatela oczekiwane jest własnoręczne złożenie podpisu. W przypadku świadczeń związanych z opieką zdrowotną dotyczy to m.in.: • art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, • art. 50 ust. 6 i 8, art. 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, • art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych, • § 28 ust. 1 pkt 12 (adnotacja o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzona podpisem) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r., • § 6 ust. 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia przysługujące weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 lutego 2013 r., • § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi i weteranowi poszkodowanemu z dnia 23 marca 2012 r. Wymóg pisemnej formy podpisu może ograniczać dostęp pewnej grupy osób niepełnosprawnych do świadczeń zdrowotnych.
2.3. Obecność tłumacza podczas wizyty lekarskiej • wniosek i kierunek zmian: Ustawa o prawach pacjenta, w art. 20, przyznaje pacjentom prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania im świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Ustawa o prawach	
	Problem niewystarczającej ilości tłumaczy języka migowego wymaga podjęcia złożonych, systemowych działań, służących zwiększeniu ilości osób posługujących się językiem migowym.





Wnioski	Rekomendacje
pacjenta wskazuje ponadto, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna inna osoba, ale jedynie za zgodą pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego. Problem z powyższymi kwestiami pojawia się w sytuacji, w której niepełnosprawny pacjent nie jest w stanie porozumieć się z lekarzem, np. jest osobą niesłyszącą. Lekarz nie ma obowiązku znać języka migowego, więc podczas wizyty niezbędny staje się tłumacz. Poszanowanie intymności w ten sposób ulega koniecznemu naruszeniu.	
2.4. Ostrzeżenia przed szkodliwością produktów	
• wniosek i kierunek zmian: Żaden przepis nie wprowadza wymogu umieszczania ostrzeżeń w alfabecie Braille’a na paczkach papierosów, alkoholu czy produktach niebezpiecznych, przez co istotne informacje dotyczące zdrowia nie są dostępne dla osób niewidomych. Konwencja nakłada tymczasem na państwa obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu programów zdrowotnych i systemów profilaktyki zdrowotnej (w tym profilaktyki informacyjnej). Co więcej, ogólnym obowiązkiem władzy publicznej zgodnie z art. 4 KPON jest zapewnienie dostępności i korzystania z towarów uniwersalnie zaprojektowanych oraz popieranie zasady uniwersalnego projektowania przy tworzeniu norm i wytycznych. Wszelkiego rodzaju oznakowania i komunikaty powinny być zatem tak opracowane, by były użyteczne dla wszystkich (w tym także osób niepełnosprawnych) bez potrzeby dodatkowej adaptacji lub tworzenia dodatkowych, specjalistycznych rozwiązań.	Jednym z rozwiązań byłoby przyjęcie przepisów nakładających obowiązek umieszczania na produktach oznakowań w alfabecie Braille’a. Wymóg ten jednak wiązać się będzie z koniecznością zmian w produkcji opakowań, co z kolei powodować może wzrost cen samych produktów. Efekt ten byłby więc niekorzystny dla konsumentów, w tym osób niepełnosprawnych.
2.5. Potwierdzenia zlecenia w miejscu zameldowania	
• wniosek i kierunek zmian: W Polsce dochodzi do sytuacji, w których pacjent leczący się w innym województwie, niż jest zameldowany, musi potwierdzić zlecenie na realizację przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym terytorialnie dla miejsca jego zameldowania. Stanowi to niepotrzebne utrudnienie dla osób niepełnosprawnych. Konwencja zobowiązuje państwa do zapewnienia świadczeń usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w której żyją - art. 25 lit. (c). Konieczność potwierdzenia zlecenia w miejscu zameldowania może więc stać w sprzeczności z powyższym obowiązkiem.	Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego może być otrzymanie przez świadczeniobiorcę zlecenia wystawionego przez zlecającego, ale zlecenie to, przed przyjęciem przez świadczeniodawcę do realizacji, powinno móc być potwierdzone przez oddział wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, niekoniecznie zaś wyłącznie miejsce zameldowania.
2.6. Informacja o prawach pacjenta	
• wniosek i kierunek zmian: Prawo do zdrowia obejmuje m.in. prawo do informacji o kwestiach związanych z leczeniem. Konwencja tymczasem wyrażnie	Problem informacji o prawach pacjenta to problem natury komunikacyjnej. Jego rozwiązaniem jest dostosowanie formy obecnie wymaganych





Wnioski	Rekomendacje
wskazuje, że osoby niepełnosprawne powinny otrzymywać opiekę zdrowotną takiej samej jakości jak inne osoby. Pozbawienie części osób niepełnosprawnych informacji o prawach pacjenta można uznać za sprzeczne z tym postanowieniem Konwencji.	komunikatów do możliwości percepcyjnych osób z niepełnosprawnością wzroku, czy osób Głuchych, np. poprzez wydanie broszur informacyjnych, regulaminów, ulotek itp. w alfabecie Braille’a, przygotowanie nagrania na płytę w polskim języku migowym. Prawna regulacja kanałów przekazu informacji z uwzględnieniem zasady uniwersalnego projektowania może zagwarantować stosowanie odpowiednich form. Należy ponadto zwrócić uwagę na kwestię przekazywania informacji o prawach pacjenta cudzoziemcom przebywającym w polskich placówkach służby zdrowia, którzy mogą być również osobami z niepełno sprawnościami. Wdrożeniu powyższego rozwiązania powinny towarzyszyć szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne, których podstawowym celem będzie uwrażliwienie na tematykę praw pacjenta, w tym m.in. znaczenie praw pacjenta niepełnosprawnego. Należy też rozważyć, czy osoba wykonująca zawód medyczny nie powinna być zobowiązana przy pierwszym kontakcie z pacjentem pouczyć go o tym, że przysługują mu prawa pacjenta i wręczyć lub wskazać mu dokument, w którym znajdzie szczegółową informację na ten temat.

2.7. Opłaty za pobyt w zakładzie leczniczym

• wniosek i kierunek zmian:

Obowiązkiem państwa, zgodnie z Konwencją, jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych bezpłatnie lub po przystępnych cenach – art. 25 lit (a) KPO. Jednak koszty związane z pobytem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej stanowią barierę lub poważne utrudnienie dla osób niepełnosprawnych. Zgodnie z ustawową regulacją opłata nie może przekraczać 70% miesięcznego dochodu. Oznacza to, że koszt pobytu w niektórych zakładach może wynosić więcej niż połowę środków otrzymywanych przez osobę niepełnosprawną. Do powyższego doliczyć należy ponadto koszty związane z wyżywieniem i pobytem. Dla pewnej grupy osób łączny koszt może być równy lub przekraczać 100% osiąganego dochodu, stanowiąc zbyt wysokie obciążenie finansowe. W takiej sytuacji trudno uznać, by usługi te były świadczone po cenach „przystępnych”.

Opieka zdrowotna i programy zdrowotne powinny być gwarantowane bezpłatnie lub po przystępnych cenach, w ten sposób, by próg wydatków nie stanowił bariery dla osób mniej zamożnych. Tymczasem opłata w wysokości 70% miesięcznego dochodu plus koszty zakwaterowania i wyżywienia stanowić może całość dochodu osoby niepełnosprawnej, co faktycznie uniemożliwia jej dostęp do świadczenia. Obniżka opłat byłaby możliwa dzięki zwiększeniu dofinansowania ze środków publicznych, co wiązałoby się z kolei z koniecznością zmian w planach finansowych. Innym rozwiązaniem może być uregulowanie minimalnej kwoty, która powinna pozostać do swobodnej dyspozycji osoby niepełnosprawnej, z przysługującej jej przychodów (świadczeń). W ten sposób możliwe było zminimalizowanie obciążenia sektora finansów publicznych przy jednoczesnym poszanowaniu minimum swobody gospodarowania środkami pieniężnymi przez osobę niepełnosprawną, poddaną instytucjonalnej opiece.

2.8. Luka w systemie prawnym pozostawiająca bez opieki somatycznej/ambulatoryjnej osoby z niepełnosprawnością psychiczną nieposiadające ubezpieczenia

• wniosek i kierunek zmian:

Istnieje luka w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, która pozostawia bez somatycznej/ambulatoryjnej opieki zdrowotnej osoby z niepełnosprawnością psychiczną, u których wystąpiła łącznie sytuacja:

Konieczne jest objęcie bezpłatną opieką somatyczną/ambulatoryjną wszystkie osoby z niepełnosprawnością psychiczną, nie wyłączając osób które nie posiadają ubezpieczenia i przyznać im w





Wnioski	Rekomendacje
• posiadają lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności orzeczonej przez powiatowy zespół ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności • nie posiadają prawa do świadczenia rentowego ZUS (nigdy nie pracowały), renty socjalnej ani innej, • nie przysługuje im zasiłek socjalny, bo przychód w gospodarstwie domowym na 1 członka rodziny przekracza kryterium pomocy społecznej. Są to zatem osoby: • pozbawione jakichkolwiek świadczeń i środków do życia, • pozbawione dostępu do leczenia somatycznego i opieki ambulatoryjnej, • pozbawione możliwości wykupienia leków ze zniżką, • pozostające na utrzymaniu rodzin. Taka sytuacja występuje dość często u osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej. W Polsce w 2013 r. nieubezpieczonych osób chorujących psychicznie było 24 933, natomiast w 2014 r. liczba ta wzrosła do 29 813. W odniesieniu do całej grupy osób chorujących psychicznie, osoby nie posiadające ubezpieczenia stanowiły w 2013 r. bardzo liczny odsetek, a mianowicie 12,02%, który w kolejnym roku wzrósł do poziomu 14,26%. Zaprezentowane dane świadczą o tym, że jest to problem społeczny, który pozostawia bardzo liczną grupę osób chorujących psychicznie bez dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od tych osób, ponieważ bardzo często dotyczy to osób młodych/dzieci, które opuszczają system edukacji. Przeważnie są to osoby z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością występującą od dzieciństwa, z lekkim stopniem niepełnosprawności (wg starszej nomenklatury upośledzenie w stopniu lekkim lub umiarkowanym) a także w przypadku osób dorosłych chorujących psychicznie. Biorąc pod uwagę zobowiązania wynikające z art. 25 KPN do zapewnienia osobom niepełnosprawnym prawa do „osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność” wskazana luka prawna jest przejawem niewywiązywania się z postanowień KPN.	opiece zdrowia psychicznego wszystkie ulgi i zniżki przynależne ubezpieczonej osobie z niepełnosprawnością psychiczną, w tym możliwość wykupienia leków ze zniżką.

2.8. Kwalifikowanie pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

wniosek i kierunek zmian:	
Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy kwalifikowaniu pacjenta do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lekarz ocenia m.in. zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózku	W związku z wadliwą praktyką należy rozważyć, czy przesłanka określona jako „zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózku inwalidzkim” nie powinna zostać przeformułowana w sposób wykluczający arbitralne powoływanie się na nią w przypadku orzekania o pacjencie





Wnioski	Rekomendacje
inwalidzkim. Jak sygnalizował Polski Związek Niewidomych, na ten przepis powoływali się lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, odmawiając niewidomym pacjentom wystawienia skierowania do sanatorium lub szpitala uzdrowiskowego . Należy zauważyć, że § 5 analizowanego rozporządzenia zawiera katalog przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, który nie zawiera przesłanek związanych z niepełnosprawnością.	niepełnosprawnym. Zasadne wydaje się także dokonanie pod tym kątem analizy wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego w poszczególnych rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Wskazane jednostki chorobowe nie powinny stanowić podstawy do wykluczenia z możliwości korzystania z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego osób niepełnosprawnych (o ile nie jest to w pełni uzasadnione względami medycznymi).

2.9. Opieka zdrowotna w zakładzie karnym

• wniosek i kierunek zmian:

Konwencja nakłada na państwa obowiązek realizacji prawa osób niepełnosprawnych do takiego samego jak w przypadku innych osób zakresu, jakości i standardu opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych. Co więcej, nakłada obowiązek zapewnienia tych usług zdrowotnych, które są osobom niepełnosprawnym potrzebne. Mając to na uwadze, uznać należy, że zadaniem państwa jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym pozbawionym wolności odpowiedniej opieki zdrowotnej związanej z ich niepełnosprawnością.

Fakt odbywania kary w oczywisty sposób ogranicza swobodę skazanego. Zgodzić należy się ze stanowiskiem Sądu Apelacyjnego w Lublinie wyrażonym w postanowieniu z dnia 11 stycznia 2012 r., II AKz w 1397/11, że wyłączenie możliwości leczenia w warunkach wolnościowych jest naturalną konsekwencją izolacji więziennej, co skazany winien mieć na uwadze decydując się na popełnienie przestępstwa. Sytuacja ta jednak nie oznacza, że państwo zwolnione zostaje z obowiązku poszanowania i realizacji praw osób niepełnosprawnych. Ograniczenia w dostępie do świadczeń ochrony zdrowia, jakich doznają w związku z odbywaniem kary, muszą być proporcjonalnie dostosowane do ich specyficznych potrzeb.

Zagwarantowanie pozbawionym wolności osobom niepełnosprawnym odpowiedniej ochrony zdrowia wymagałoby reformy całego systemu więziennej opieki zdrowotnej. Powinien on gwarantować pomoc leczniczą na odpowiednim poziomie, co wiąże się z koniecznością poniesienia większych wydatków na doświadczonych lekarzy, leki i narzędzia, dostosowanie pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia. Fakt, że osoba niepełnosprawna odbywa karę nie oznacza, że ochrona jej zdrowia może być na ten czas zawieszona lub nieproporcjonalnie ograniczona.

Konwencja zobowiązuje władze publiczne do tego, by osoby wykonujące zawody medyczne zapewniały osobom niepełnosprawnym opiekę takiej samej jakości jak innym osobom. Rekomendowanym rozwiązaniem powinny być więc szkolenia dla lekarzy pracujących w ramach więziennej opieki zdrowotnej oraz przygotowanie szczegółowych wytycznych odnośnie postępowania z niepełnosprawnymi pacjentami. Ta grupa osadzonych, ze względu na szczególne potrzeby zdrowotne, mogłaby podlegać okresowym badaniom lub konsultacjom mającym kontrolować kondycję osób niepełnosprawnych w celu reagowania na ewentualne pogarszanie się stanu zdrowia.

2.10. Dostępność aptek

• wniosek i kierunek zmian:

Konwencja nakłada na państwa obowiązek podjęcia wszelkich odpowiednich środków w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej. Regulacja Prawa farmaceutycznego rodzi wątpliwość, czy przyjęty w prawie środek jest w wystarczającym stopniu odpowiedni.

Problem niewystarczającej dostępności aptek to zagadnienie z pogranicza prawa do zdrowia, dostępności i mobilności. O ile ustawa uwzględnia potrzeby osób niepełnosprawnych w odniesieniu do izby ekspedycyjnej, pomija resztę apteki, w której też przecież mogą przebywać osoby niepełnosprawne np. jako pracownicy.

2.11. Pies asystujący a dostępność do placówek służby zdrowia

• wniosek i kierunek zmian:

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wskazuje w przepisie art. 20a, że osoba niepełnosprawna wraz z psem asystującym ma prawo wstępu m.in. do obiektów użyteczności publicznej, w szczególności

Należy rozważyć, czy przepisy wzorowane na art. 59a ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia nie powinny zostać wprowadzone także do innych ustaw, w tym przede wszystkim do aktów regulujących działalność podmiotów medycznych. Przyjęcie w





Wnioski	Rekomendacje
budynków i ich otoczenia przeznaczonych na potrzeby administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, kultury, oświaty, szkolnictwa wyższego, nauki, opieki zdrowotnej, opieki społecznej i socjalnej, obsługi bankowej, handlu, gastronomii, usług, turystyki, sportu, obsługi pasażerów w transporcie kolejowym, drogowym, lotniczym, morskim lub wodnym śródlądowym, świadczenia usług pocztowych lub telekomunikacyjnych oraz innych ogólnodostępnych budynków przeznaczonych do wykonywania podobnych funkcji, w tym także budynków biurowych i socjalnych. Warunkiem skorzystania z tego uprawnienia jest wyposażenie psa asystującego w uprzęż oraz posiadanie przez osobę niepełnosprawną certyfikatu potwierdzającego status psa asystującego i zaświadczenia o wykonaniu wymaganych szczepień weterynaryjnych. Pomimo istnienia wskazanej regulacji, wciąż zdarzają się przypadki odmowy wstępu osobom z niepełnosprawnością korzystającym z pomocy psa asystującego.	wewnętrznych regulacjach (np. w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą) zasad wstępu osoby z psem asystującym powinno przyczynić się do rozwiązania przedstawionego problemu.
2.12. Służba medycyny pracy	
• wniosek i kierunek zmian: Ustawa o służbie medycyny pracy, choć wyraźnie wymienia osoby niepełnosprawne jako grupę objętą szczególną opieką służby, nie zawiera żadnych dodatkowych norm z tą opieką związanych. Istnieje więc ryzyko, że lekarze służby nie będą odpowiednio wyczuleni lub przygotowani na potrzeby tej grupy pracowników. Tymczasem opieka zdrowotna nad niepełnosprawnym pracownikiem jest szczególnie istotna z punktu widzenia Konwencji, odzwierciedla bowiem dążenie do pełnej partycypacji osób niepełnosprawnych. Obowiązek ochrony prawa do zdrowia oraz prawa do pracy (art. 27 KPO), realizowany m.in. przez służbę medycyny pracy, powinien iść w parze z obowiązkiem realizacji, a ten wiąże się z promocją zatrudnienia osób niepełnosprawnych, czemu sprzyjałoby zapewnienie grupie niepełnosprawnych pracowników szczególnej opieki medycznej.	Służba medycyny pracy powinna odgrywać większą rolę w procesie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Regulacja normatywna w tym zakresie jest jednak bardzo ogólna, brak bardziej szczegółowych wytycznych. Zalecane jest zatem wskazanie dokładniejszych zadań Służby w tym zakresie, np. udzielanie pracodawcom i pracującym porad w zakresie przystosowania organizacji pracy do potrzeb zdrowotnych niepełnosprawnego pracownika, ocena proponowanych dostosowań i usprawnień pod kątem ewentualnych ryzyk zdrowotnych.
2.13. Brak łatwego i szybkiego dostępu do lekarza specjalisty	
• wniosek i kierunek zmian: W Polsce występuje brak ciągłości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz trudność powiązania ich z procesem wczesnej rehabilitacji leczniczej. Jest to jednak bariera o charakterze systemowym, niewynikająca wprost z treści aktów prawnych.	Problem braku wystarczającej liczby lekarzy specjalistów, a co za tym idzie, także problem zbyt dużego obciążenia dostępnych lekarzy pracą i długich kolejek to jeden z podstawowych problemów całej polskiej służby zdrowia. Jego rozwiązanie wiąże się z gruntownym przemyśleniem i reorganizacją całego systemu opieki zdrowotnej. Ewentualne zmiany powinny więc obejmować m.in. ustawę o działalności leczniczej, ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty czy ustawę o prawach pacjenta.



Wnioski	Rekomendacje
2.14. Brak specjalnych miejsc postojowych przy szpitalach i przychodniach	
• wniosek i kierunek zmian: Liczbę specjalnych miejsc postojowych reguluje ustawa z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 460, ze zm.). Ustawodawca nie wziął pod uwagę, że w przypadku parkingów znajdujących się przy dużych placówkach zdrowotnych limit specjalnych miejsc parkingowych powinien być zwiększony.	Brak specjalnych miejsc postojowych przy szpitalach i przychodniach to kolejny problem z pogranicza prawa do zdrowia, dostępności i mobilności. Ogólna regulacja dotycząca specjalnych miejsc postojowych nie zwraca uwagi na fakt, że w pewnych miejscach częstotliwość postoju osób niepełnosprawnych jest z oczywistych przyczyn większa niż standardowo np. przy szpitalach, ośrodkach opieki zdrowotnej itp. Dlatego też ustawa o drogach publicznych powinna uwzględniać także inne kryterium wyznaczania specjalnych miejsc postojowych.
3. BARIERY ZWIĄZANE Z DOPUSZCZALNOŚCIĄ	
3.1. Ochrona praw pacjenta szpitala psychiatrycznego	
• wniosek i kierunek zmian: Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, jej przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny mają prawo w szczególności do przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw, spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby oraz uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy. Zgłoszenie tego typu skargi może mieć na celu ograniczenie lub zapobieżenie pogłębianiu się niepełnosprawności, w tym wymiarze służy więc ochronie stanu zdrowia osób niepełnosprawnych. Zastanawiający jest więc stosunkowo długi termin (7 dni) na spotkanie z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Ustawa nie reguluje też terminu na rozstrzygnięcie zgłoszonej sprawy. Uznać więc należy, że w tej sytuacji znajdą zastosowanie normy kodeksu postępowania administracyjnego, a konkretnie art. 237, zgodnie z którym organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca. W tym czasie dojść może do powstania nieodwracalnych szkód w zdrowiu niepełnosprawnego pacjenta.	System zapewniający ochronę praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, choć gwarantowany prawnie, w pewnych przypadkach może okazać się zbyt przewlekły, co prowadzić może do tragedii. Możliwe jest skrócenie terminów na interwencję lub zapewnienie dodatkowego systemu kontroli. Należy ponadto zweryfikować i ewentualnie rozważyć dostosowanie liczby rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego do realnych potrzeb. Działaniem usprawniającym proces będzie ponadto kampania informacyjna skierowana do pacjentów i ich rodzin na temat praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.
3.2. Izolacja niepełnosprawnych w szpitalach psychiatrycznych	
• wniosek i kierunek zmian: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dopuszcza izolację pacjentów, przez co należy rozumieć umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu. Można ją stosować tylko w wyraźnie przewidzianych w ustawie przypadkach, m.in. gdy chorzy dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają	Problem niewłaściwej izolacji wymagającej jej osób jest kwestią niewłaściwej realizacji obecnych przepisów. Specjalne pomieszczenia, wymagane ustawą, nie są tworzone, bowiem szpitale nie chcą przeznaczać środków na ich dobudowę lub odpowiednie przystosowanie już posiadanych pomieszczeń. Należy zatem rozważyć przygotowanie specjalnego programu, który umożliwiłby sfinansowanie modernizacji i dostosowania odpowiednich podmiotów do wymogów ustawy.





Wnioski	Rekomendacje
funkcjonowanie podmiotu leczniczego.	
4. BARIERY ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ	
4.1. Brak standardów rehabilitacji leczniczej	
• wniosek i kierunek zmian: Ustawa o działalności leczniczej w obecnym brzmieniu wskazuje w przepisie art. 22 ust. 4c, że standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie ust. 5 przywołanego przepisu stanowi delegację ustawową dla ministra zdrowia w tym zakresie – może on określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Do tej pory weszły w życie cztery rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego, dotyczące m.in. postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego czy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.	Należy rozważyć, czy w oparciu o delegację zawartą w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej nie należy przygotować standardów postępowania medycznego w dziedzinie rehabilitacji zdrowotnej. Stanowisko to jest zgodne z rekomendacjami Najwyższej Izby Kontroli przedstawionymi w przywołanej powyżej informacji pokontrolnej.
4.2. Rada ds. Zdrowia publicznego	
• wniosek i kierunek zmian: Przepis art. 4 w związku z art. 25 Konwencji, wskazuje, że państwa w toku podejmowania decyzji w zakresie spraw dotyczących zdrowia osób niepełnosprawnych będą ściśle konsultować się z osobami niepełnosprawnymi, a także angażować te osoby w te procesy, za pośrednictwem reprezentujących je organizacji. Pozbawienie Rady stałego reprezentanta instytucji reprezentującej osoby niepełnosprawne, o ile nie stanowi bezpośredniego naruszenia tego ogólnego obowiązku, może być uznane za wycofanie się państwa z aktywnego działania w interesie tej grupy obywateli.	W skład Rady ds. Zdrowia Publicznego powinien obligatoryjnie wchodzić przedstawiciel Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych lub innej publicznej instytucji, której głównym statutowym zadaniem jest wspieranie osób niepełnosprawnych. Zagwarantuje to przedstawicielstwo tej grupy interesu w razie bierności organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych. Należy rozważyć ponadto włączenie w skład organu i/lub zaangażowanie w prace Rady w innym charakterze (np. jako doradców i konsultantów) przedstawicieli strony społecznej, w szczególności reprezentatywnych przedstawicieli środowiska osób niepełnosprawnych.
4.3. Zgoda na pobyt poza szpitalem psychiatrycznym	
• wniosek i kierunek zmian: Zgodnie z art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osoba z zaburzeniami psychicznymi może przebywać poza szpitalem psychiatrycznym tylko wtedy, gdy nie zagraża to jej życiu. Możliwe jest więc wystawienie zgody w sytuacji, gdy pobyt poza szpitalem zagraża jej zdrowiu. W takiej sytuacji zachodzić może konflikt pomiędzy standardami etycznymi zabraniającymi narażania zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi a prawem do przebywania blisko społeczności. Istnieje też ryzyko, że powyższa zgoda będzie traktowana instrumentalnie	Z obecnego brzmienia przepisu wynika, że uprawniona osoba może wyrazić zgodę na czasowy pobyt osoby z zaburzeniami psychicznymi poza szpitalem psychiatrycznym w sytuacji, w której pobyt ten może zagrażać jej zdrowiu. Jest to rozwiązanie wątpliwe, bowiem korzyść związana z pobytem w pożądanym otoczeniu wiązać może się z narażeniem zdrowia. Prawo powinno gwarantować w takiej sytuacji odpowiedni system ochrony, który zapobiegałby zagrożeniu.



Wnioski	Rekomendacje
jako narzędzie „pozbywania się” ze szpitala „trudnych” pacjentów, z narażeniem ich na pogorszenie stanu zdrowia.	
4.4. Stosowanie niedozwolonych postanowień umownych	
• <i>wniosek i kierunek zmian:</i> Stosowanie w zawieranych z osobami niepełnosprawnymi umowach dotyczących usług zdrowotnych niedozwolonych postanowień umownych prowadzi do różnicowania jakości i standardu opieki zdrowotnej. Osoba niepełnosprawna będąca konsumentem napotyka na niekorzystne dla niej warunki, mogące stanowić barierę uniemożliwiającą skorzystanie z usługi lub ograniczające w sposób sprzeczny z prawem jej prawa konsumenckie. Natężenie tego zjawiska w podmiotach, których oferta z założenia dedykowana jest głównie osobom niepełnosprawnym, wskazuje na brak należytej ochrony prawa do zdrowia ze strony państwa, które w ramach władzy regulacyjnej powinno wprowadzić rozwiązania prawne w formie racjonalnego usprawnienia, służące szczególnemu zabezpieczeniu prawa klientów-osób niepełnosprawnych.	
Stosowanie niedozwolonych postanowień umownych jest działaniem sprzecznym z prawem. Istnieje mechanizm umożliwiający konsumentowi kontrolę i ewentualną eliminację odpowiednich klauzul. Fakt, że pomimo tego wciąż wielu przedsiębiorców kreuje umowy ze szkodą dla pacjentów wskazuje, że konieczne jest podniesienie świadomości osób korzystających z opieki zdrowotnej (zarówno niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych) w tym obszarze. Świadomy konsument będzie w stanie skuteczniej dochodzić swych praw. Odgórna, państwowa kontrola może okazać się niewystarczająca lub spóźniona. Rozwiązaniem powyższego problemu może być przyznanie, zgodnie z zasadą subsydiarności, dodatkowych obowiązków i/lub kompetencji najbardziej lokalnym organom ochrony praw konsumentów, tj. miejskim lub powiatowym rzecznikom konsumentów. Niepełnosprawny konsument zgłaszający problem w przedmiocie dostępu do świadczeń zdrowotnych powinien być objęty szczególną ochroną, np. obligatoryjnym monitoringiem postępowania przez rzecznika.	
4.5. Krzywda doznana w związku z korzystaniem z wyrobów medycznych	
• <i>wniosek i kierunek zmian:</i> Zgodnie z Konwencją zadaniem państw jest zapewnienie opieki osobom niepełnosprawnym takiej samej jakości jak innym osobom, co przy uwzględnieniu stałego pogłębionego deficytu zdrowia wiązać się może z np. bardziej precyzyjną regulacją przepisów dotyczących najczęstszych problemów tych osób. Tego typu problemem jest wadliwość wyrobów medycznych, które służą minimalizowaniu ograniczeń fizycznych związanych z niepełnosprawnością.	
W literaturze wciąż podnosi się postulat wzmocnienia ochrony majątkowej dóbr osobistych i poszerzenia zakresu podstaw do żądania zadośćuczynienia pieniężnego. Rekomendowanym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie zmiany do art. 471 kodeksu cywilnego, która korespondowałaby z uzasadnieniem wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 300/04. Odpowiedzialność kontraktowa powinna być taką samą podstawą do przyznania zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową jak czyn niedozwolony. W art. 471 kodeksu cywilnego możliwe jest dodanie drugiego ustępu, który precyzowałby, że dłużnik zobowiązany jest także do zadośćuczynienia krzywdzie wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, co obejmowałoby przypadki wadliwego wykonania umowy sprzedaży wyrobów medycznych. W konsekwencji uzyskana zostałaby pewność prawa w tym zakresie, zastępująca obecną względność interpretacyjną – w aktualnym stanie prawnym przyznanie zadośćuczynienia w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy wymaga zindywidualizowanej oceny sądu, czy doszło do popełnienia czynu niedozwolonego, co warunkuje sięgnięcie po normę zawartą w art. 448 kodeksu cywilnego (w razie naruszenia dobra osobistego sąd	



Wnioski	Rekomendacje
	może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Przepis art. 445 § 3 stosuje się.). Jednak powyższe rozwiązanie wiązałoby się ze znacznym zwiększeniem odpowiedzialności sprzedawców i producentów wyrobów medycznych, co mogłoby się przełożyć na wzrost cen samych produktów tego typu.

UWARUNKOWANIA POZAPRAWNE

UWARUNKOWANIA ADMINISTRACYJNE

1. NIEUWZGLĘDNIENIE W REALIZOWANEJ POLITYCE KONCEPCJI RACJONALNYCH USPRAWNIENI

• wniosek i kierunek zmian:

W dokumentach polityki publicznej nie zostało wprowadzone pojęcie „racjonalnego usprawnienia”, które należy wdrożyć, z uwzględnieniem zasady nie nakładania nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszystkich praw i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami. Uwzględnienie tego pojęcia w dokumentach strategicznych i planistycznych jest kluczowe z uwagi na wywiązanie się przez Państwo ze zobowiązania wynikającego z art. 25 KPO do poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych, w tym również do zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do opieki zdrowotnej.

Zasadnym jest uwzględnienie w dokumentach planistycznych i strategicznych pojęcia „racjonalnego usprawnienia”, które usystematyzują i podnoszą trafność planowanych/realizowanych celów/działań w zakresie:

- dostępności architektury budynków i innych obiektów budowlanych,
- dostępności transportu,
- dostępności form komunikacji (z uwzględnieniem osiągnięć współczesnych, nowoczesnych technik i technologii informatycznych),
- dostępności do informacji (werbalnych i niewerbalnych),
- usług w zakresie opieki zdrowotnej,
 - i jednocześnie zapewni osobom niepełnosprawnym dostęp do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej oraz zgodność ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 KPO i powiązanymi z nim art. 2 i 9 KPO.

2. NIESTOSOWANIE POJĘCIA UNIWERSALNEGO PROJEKTOWANIA

• wniosek i kierunek zmian:

W polityce publicznej rzadko wprowadzane jest pojęcie „uniwersalnego projektowania” produktów/środowiska/programów/usług w taki sposób, by były one użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania. Pojęcie to jest kluczowym czynnikiem inkluzji społecznej, w tym również zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępności do odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej.

Zasadnym jest uwzględnienie w polityce publicznej pojęcia „uniwersalnego projektowania”, które usystematyzują i podnoszą trafność planowanych/realizowanych celów/działań w zakresie:

- dostępności architektury budynków i innych obiektów budowlanych,
- dostępności transportu,
- dostępności form komunikacji (z uwzględnieniem osiągnięć współczesnych, nowoczesnych technik i technologii informatycznych),
- dostępności do informacji (werbalnych i niewerbalnych),





Wnioski	Rekomendacje
	e) usług w zakresie opieki zdrowotnej, – i jednocześnie zapewni osobom niepełnosprawnym dostęp do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej oraz zgodność ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 KPON i powiązanymi z nim art. 2 i 9 KPON.
3. NIEUWZGLĘDNIENIE W SZCZEGÓŁOWYCH CELACH OPERACYJNYCH I ZADANIACH SŁUŻĄCYCH ICH REALIZACJI ZASADY RÓŻNORODNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I WYNIKAJĄCYCH Z NIEJ SPECYFICZNYCH POTRZEB OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
• wniosek i kierunek zmian: Brak uwzględnienia w samorządowej polityce publicznej w zakresie zdrowia różnorodności osób niepełnosprawnych powoduje zagrożenie, że działania dotyczące poprawy dostępności architektonicznej, informacyjnej, wyposażenia, urządzeń oraz stosowanych form komunikacji, które są kluczowe z perspektywy korzystania przez osoby niepełnosprawne z opieki zdrowotnej, nie będą sprzyjać realizacji praw osób niepełnosprawnych oraz nie będą wyczerpywały zobowiązań wynikających z art. 25 oraz art. 2 KPON.	Zasadnym jest uwzględnienie w polityce publicznej pojęć związanych z różnorodnością osób niepełnosprawnych, uwzględniających niepełnosprawność wynikającą z naruszonej sprawności fizycznej, intelektualnej, psychicznej oraz narządów zmysłów, np. wzroku lub słuchu oraz zróżnicowanych potrzeb wynikających z tych niepełnosprawności, które usystematyzują i podnoszą trafność planowanych/realizowanych celów/działań w zakresie: a) dostępności architektury budynków i innych obiektów budowlanych, b) dostępności transportu, c) dostępności form komunikacji (z uwzględnieniem osiągnięć współczesnych, nowoczesnych technik i technologii informatycznych), d) dostępności do informacji (werbalnych i niewerbalnych), e) usług opieki zdrowotnej, – i jednocześnie zapewni osobom niepełnosprawnym dostęp do możliwie najwyższej jakości opieki zdrowotnej oraz zgodność ze zobowiązaniami wynikającymi z art. 25 KPON i powiązanymi z nim art. 2 i 9 KPON oraz Preambulą (i).
4. NIEUWZGLĘDNIENIE PERSPEKTYWY DYSKRYMINACJI WIELORAKIEJ, WYNIKAJĄCEJ Z PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA	
• wniosek i kierunek zmian: W programowanej samorządowej polityce publicznej poświęconej często pomijana jest perspektywa dyskryminacji wielorakiej. Dotyczy to przede wszystkim pominięcia zagadnień dotyczących kobiet niepełnosprawnych, które są w większym stopniu zagrożone dyskryminacją wynikającą z niepełnosprawności i płci, która z kolei może utrudniać im realizację praw, w tym prawa do zdrowia (art. 25 i art. 6 KPON). Również pominięcie zagadnień związanych z połączenia dwóch dyskryminujących czynników, a mianowicie niepełnosprawności i miejsca zamieszkania na terenach wiejskich nie zostało wyróżnione, co jest niezgodne ze zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji (art. 25(c)) oraz faktycznie występującymi barierami na jakie napotykają osoby niepełnosprawne zamieszkujące te obszary. Pominięcie wskazanych zagadnień w polityce publicznej poświęconej zdrowiu, niesie za sobą duże	Należy wprowadzić do polityki publicznej w zakresie zdrowia, zagadnień związanych z zagrożeniem dyskryminacją wieloraką, w tym przede wszystkim kobiet, które są szczególnie narażone na dyskryminację z uwagi na niepełnosprawność i płeć oraz osób niepełnosprawnych zamieszkujących tereny wiejskie (małe miasteczka i wsie). Wobec tych grup należy skierować politykę publiczną w zakresie ochrony i profilaktyki zdrowia, która uwzględni ich specyficzne położenie i wyrówna szanse w dostępie do odpowiednio wysokiej jakości opieki zdrowotnej.



Wnioski	Rekomendacje
zagrożenie, że grupy szczególnie narażone na dyskryminację nie zostaną objęte odpowiednio zaplanowanym wsparciem publicznym i będą miały utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej.	
5. NIE PODJĘCIE KWESTII ZWIĄZANYCH ZE ŚWIADCZENIEM USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ MOŻLIWIE BLISKO SPOŁECZNOŚCI, W KTÓRYCH ŻYJĄ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE, W TYM NA OBSZARACH WIEJSKICH	
<i>wniosek i kierunek zmian:</i>	
Polityka publiczna pomija w celach i działaniach (zadaniach) zagadnienia związane ze świadczeniem opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w której żyją osoby niepełnosprawne, również na obszarach wiejskich, co wskazuje na nieuwzględnienie zobowiązania wynikającego z postanowień art. 25 (c) KPON. W konsekwencji osoby niepełnosprawne, np. z naruszoną sprawnością psychiczną – będą miały utrudnioną realizację nie tylko prawa do zdrowia, ale niejednokrotnie prawa do życia w społeczności.	Do polityki publicznej poświęconej zdrowiu należy wprowadzić cele/działania (zadania) dotyczące wsparcia i pomocy środowiskowej dla osób niepełnosprawnych. Dotyczy to przede wszystkim ograniczenia pomocy świadczonej przez stacjonarne ośrodki opieki zdrowotnej i/lub społecznej na rzecz wsparcia środowiskowego, przede wszystkim osób z niepełnosprawnością psychiczną i osób starszych. Prowadzenie polityki dostępu do możliwie jak najwyższej jakości opieki zdrowotnej w środowisku lokalnym wymaga wspierania rozwoju trwałych i wysokiej jakości lokalnych usług w zakresie opieki zdrowotnej i opieki socjalnej dostępnych po przystępnych cenach.
6. BRAK ZAPLANOWANYCH CELÓW I ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z PODNOSZENIEM ŚWIADOMOŚCI	
<i>wniosek i kierunek zmian:</i>	
Polityka publiczna często pomija zagadnienia związane z planowaniem i wdrażaniem działań związanych z podnoszeniem świadomości społecznej w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu szkoleń i przez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, do których zobowiązuje Konwencja.	Zasadnym jest uwzględnienie w omawianym dokumencie celów/działań dotyczących podnoszenia wiedzy i świadomości społecznej na temat praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych, które realizowane będą przy wykorzystaniu szkoleń i przez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, do których zobowiązuje art. 25 (d) Konwencji.
7. BRAK SYSTEMU MONITOROWANIA ZAKŁADANYCH CELÓW I REZULTATÓW PLANOWANYCH DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ POSTANOWIEŃ ART. 25 KPON	
<i>wniosek i kierunek zmian:</i>	
Brak systemu wskaźników pozwalających na obserwację, analizę i ocenę zaplanowanych działań na rzecz poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia, uniemożliwia określenie czy i jakie nastąpiły zmiany. Dodatkowo, z uwagi na konieczność przedstawiania sprawozdań ze stanu wdrażania Konwencji Komitetowi KPON, nie jest możliwe obiektywne przedstawienie jak Państwo wywiązuje się ze zobowiązania wynikającego z jej ratyfikacji, w tym również w zakresie postanowień zawartych w art. 25 KPON.	W polityce publicznej powinny zostać przyjęte wskaźniki dla zaplanowanych działań w zakresie poszanowania, ochrony i realizacji praw osób niepełnosprawnych do zdrowia. Należy stworzyć system, w którym zostanie wskazana ich wartość bazowa, oczekiwany trend zmiany wraz z oczekiwaną wartością na koniec pomiaru. Przede wszystkim jednak pomiar powinien zostać dokonany w odniesieniu do odpowiednich zagadnień wynikających z art. 25 KPON.
8. POMIJANIE W POLITYCE PUBLICZNEJ ZAGADNIEŃ POŚWIĘCONYCH PROFILAKTYCE ZDROWOTNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, W TYM DZIECI, KTÓRE DOTYCZYŁYBY WCZESNEGO WYKRYWANIA I REAGOWANIA NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	
<i>wniosek i kierunek zmian:</i>	
Polityka publiczna często pomija zagadnienia wynikające z art. 25 (b) KPON związane z	Należy uwzględnić w dokumentach strategicznych i planistycznych cele i działania związane



Wnioski	Rekomendacje
zapewnieniem usług zdrowotnych, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym dotyczy to wczesnego rozpoznawania i leczenia, a także usług mających na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych.	z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym potrzebnych im usług zdrowotnych, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym dotyczy to wczesnego rozpoznawania i leczenia, a także usług mających na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych.
9.NIEOSIĄGNIĘCIE ZAKŁADANYCH W POLITYCE PUBLICZNEJ CELÓW W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W LATACH 2011-2015 I NIEPODJĘCIE REALIZACJI KOLEJNYCH NA LATA 2016-2020	

• wniosek i kierunek zmian:

Planowane do realizacji cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 uznać można za trafne i mogące realizować wiele zobowiązań wynikających

z Konwencji. Nieosiągnięcie tych celów świadczy, że Program pozostał jedynie w sferze deklaratywności, a prawa osób z niepełnosprawnością psychiczną nie były w odpowiednim stopniu chronione. Ponadto, brak ustanowienia nowego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 wskazuje, że w polityce publicznej zagadnienia związane z poszanowaniem, ochroną i realizacją praw osób z niepełnosprawnością psychiczną nadal będą marginalizowane.

Należy ustanowić nowy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który uwzględni rekomendacje kierowane przez środowiska osób niepełnosprawnych. Z uwagi na niepowodzenia poprzedniego Programu na lata 2011-2015, w nowym należy oprócz wyznaczonych celów, zadań i struktury instytucjonalnej wyznaczyć wskaźniki monitorowania, tak aby możliwa była ocena stanu wdrożenia w ramach powierzonych instytucjom zadań.

UWARUNKOWANIA ORGANIZACYJNE

1. BARIERY DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ, TECHNICZNEJ I TECHNOLOGICZNEJ

• wniosek i kierunek zmian:

Mimo prowadzonych w kraju wielu działań mających na celu niwelowanie barier architektonicznych, utrudniających osobom niepełnosprawnym niezależne poruszanie się, nadal z powodu niedostosowania/niewłaściwego dostosowania osoby niepełnosprawne napotykały na trudności w korzystaniu z placówek opieki zdrowotnej.

Należy zobowiązać placówki opieki zdrowotnej do wprowadzenia racjonalnych usprawnień, i w przypadku nowych obiektów/zakupu wyposażenia – uniwersalnego projektowania w zakresie dostępności przestrzeni obiektów służby zdrowia, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i urządzenia medyczne oraz większego wykorzystania nowoczesnych technik i technologii informacyjnych.

2. BARIERY WYNIKAJĄCE Z CZYNNIKA LUDZKIEGO, NAJCZĘŚCIEJ SĄ PRZEJAWEM POSTAW CHARAKTERYZUJĄCYCH SIĘ UPRZEDZENIAMI LUB STEREOTYPOWYM PODEJŚCIEM DO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

• wniosek i kierunek zmian:

Wśród personelu medycznego często funkcjonują mity o aseksualności osób niepełnosprawnych, a przede wszystkim kobiet niepełnosprawnych, które często powodują ignorowanie ich praw do zdrowia seksualnego i prokreacyjnego. Personel placówek opieki zdrowotnej często nie dostrzega lub neguje potrzeby osób niepełnosprawnych wynikające z niepełnosprawności, np. w przypadku asystencji w trakcie wizyt lekarskich lub korzystania ze wsparcia psów asystujących. Przyczyn takiego stanu należy dopatrywać się w braku wiedzy o potrzebach i prawach osób niepełnosprawnych oraz braku wrażliwości na niepełnosprawność.

Zasadnym jest prowadzenie szkoleń dla personelu opieki zdrowotnej dotyczących podnoszenia wiedzy i świadomości na temat praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych, do których zobowiązuje art. 25 (d) Konwencji.





Wnioski	Rekomendacje
3. NIEPRZYGOTOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO NA SZCZEGÓLNE POTRZEBY PACJENTÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH, NP. KONIECZNOŚĆ MNIEJ STANDARDOWEGO PODEJŚCIA DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z NARUSZONĄ SPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ ORAZ NARZĄDU WZROKU	
• wniosek i kierunek zmian: W placówkach opieki zdrowotnej często stosowane są takie formy komunikowania, które utrudniają lub nawet uniemożliwiają osobom z naruszoną sprawnością narządu wzroku lub słuchu niezależny i rzetelny przekaz i odbiór informacji.	Do programów kształcenia na wszystkich kierunkach medycznych należy wprowadzić blok tematyczny poświęcony różnorodności pacjentów służby zdrowia i specjalnym potrzebom różnych grup społecznych, np. osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, osób starszych.
4. ANACHRONICZNA ORGANIZACJA PRACY PLACÓWEK W ZAKRESIE UMAWIANIA BADAŃ I WIZYT LEKARSKICH/REHABILITACYJNYCH	
• wniosek i kierunek zmian: W Polsce funkcjonują placówki opieki zdrowotnej, które często wymagają osobistego stawienia się w niej w celu umówienia wizyty, co w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową, wzroku lub słuchu może stanowić istotną barierę w korzystaniu z opieki zdrowotnej.	Należy zobowiązać placówki opieki zdrowotnej do oferowania odbiorcom ich usług wyboru formy komunikacji w przypadku rejestrowania się na wizytę lekarską, badanie lub rehabilitację.
5. STRONY INTERNETOWE WIELU PLACÓWEK OPIEKI ZDROWOTNEJ CZĘSTO NIE SĄ DOSTOSOWANE DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU I WZROKU UTRUDNIAJĄ IM DOSTĘP DO INFORMACJI	
• wniosek i kierunek zmian: Osoby niepełnosprawne często mają ograniczony dostęp do informacji w zakresie opieki zdrowotnej. Czynnikiem ograniczającym dostęp do informacji jest brak dostosowania stron internetowych do potrzeb osób z niepełnosprawnością słuchu i wzroku.	Z uwagi na trudności w prowadzeniu stron internetowych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, występujących w placówkach opieki zdrowotnej, zasadnym jest zaplanowanie w ramach polityk publicznych szkoleń w zakresie tworzenia i zarządzania stronami internetowymi dostosowanymi do potrzeb osób niepełnosprawnych z naruszoną sprawnością narządu słuchu lub wzroku. Szkolenia te powinny być skierowane zarówno do publicznych jak i prywatnych placówek.

Źródło: Opracowanie własne n podstawie wyników analiz zaprezentowanych w niniejszym opracowaniu.



BIBLIOGRAFIA

Literatura

- 1) Arczewska M., *Analiza strategii i programów rządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016
- 2) Blicharz R., Chmielniak Ł., Ogiełło L., *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa, 2012, Legalis, komentarz do art. 13.
- 3) Bogacz-Wojtanowska E., Koziarek M., Lendzion M. i in., *Analiza programów i polityk samorządowych w aspekcie sytuacji osób niepełnosprawnych*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.
- 4) Breuer J., *Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy integrujących społecznie*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr IV/2012(5).
- 5) Ciaputa E., Król A., Warat M., *Genderowy wymiar niepełnosprawności. Sytuacja kobiet z niepełnosprawnościami wzroku, ruchu i słuchu* [w:] *Polscy Niepełnosprawni od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, pod red. Gąciarz B., Rudnicki S., Wydawnictwa AGH, Kraków 2014.
- 6) Czarnuch M., Grabowski M., Najbuk P., Kołtowski Ł. (red.), *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa, 2015.
- 7) *eHealth for a Healthier Europe – opportunities for a better use of healthcare resources*, Västerås, 2009, http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/pdf/246_2_ehealthforahealthiereurope.pdf (dostęp: 27 kwietnia 2016).
- 8) Gąciarz B., Bartkowski J., *Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2014(11).
- 9) Górniak J., Perek-Białas J., Szwed J., *Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – analiza danych statystycznych i badawczych dot. sytuacji i położenia osób niepełnosprawnych w Polsce*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.
- 10) Informacja o wynikach kontroli: Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej, KZD-4101-04/2013Nr ewid. 37/2014/P/13/131/KZD, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,7435,vp,9348.pdf> (dostęp 10 października 2016).
- 11) Klaus S., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy z komentarzem*, Warszawa 2001, s. 829, [cyt. za:] Zielińska Eleonora (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*.
- 12) Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia - Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. 1948 Nr 61, poz. 477).
- 13) *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Tekst opublikowany w Dzienniku Ustaw w dn. 25 października 2012 r., poz. 1169.
- 14) *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016.
- 15) Lewonowska-Banach A., *Dyskryminacja osób chorujących psychicznie w systemie ochrony zdrowia*, Kraków 11 czerwca 2015 r.
- 16) Matczak M., Zalasinski T., Romanowicz M., Jaśkiewicz M., *Opracowanie regulacyjne w obszarze Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169): niepełnosprawne kobiety (art. 6 Konwencji)*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.





- 17) Mężyk I., Długoń M., Dors J., Skrzypulec-Plinta V., Kazimierczak M., Gogola C., *Opieka ginekologiczna nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie*, Zdrowie i dobrostan 1/2015. ROZDZIAŁ XIX, Zakład Profilaktyki Chorób Kobięcych i Seksuologii Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk O Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
- 18) Mężyk I., Długoń M., Dors J., Skrzypulec-Plinta V., Kazimierczak M., Gogola C., *Opieka ginekologiczna nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie*, Zdrowie i dobrostan 1/2015. ROZDZIAŁ XIX, Zakład Profilaktyki Chorób Kobięcych i Seksuologii Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk O Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
- 19) *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2013.
- 20) *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych*, Europejska Karta Społeczna, Karta praw podstawowych Unii Europejskiej
- 21) *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.
- 22) New York, United Nations, 2008.
- 23) Nowicka W., Solik A., *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych a ich realizacja w Polsce*, Warszawa, 2003.
- 24) Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks cywilny – komentarz*. T. 1, Warszawa, 2015, komentarz do art. 445.
- 25) *Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ*, red. A. M. Waszkielewicz, Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków, 2008.
- 26) *Prognoza Oddziaływania na Środowisko Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa*, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, 2011.
- 27) *Raport metodologiczny przygotowania Raportu syntetycznego w ramach projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, kwiecień 2016.
- 28) *Raport. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020. Rekomendacje*, red. prof. B. Łoza, J. Gryglewicz, Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, Warszawa 2015.
- 29) *Realizacja przez podmioty wykonujące zadania publiczne obowiązku dostosowania ich stron internetowych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2015.
- 30) *Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2017.
- 31) Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego.
- 32) Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego.
- 33) Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
- 34) Regionalny Program Operacyjny Województwa Wielkopolskiego.
- 35) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, Dz.U. 2016 poz. 1492.
- 36) Safjan M., Bosek L. (red.), *Konstytucja RP. Komentarz*, tom I., 2016, Legalis, komentarz do art. 68 Konstytucji RP.
- 37) Schulze M., *Understanding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2010.





- 38) Smoczyński T. (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. 12, *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa 2003.
- 39) *Społeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, Fundacja KSK, Warszawa 2015.
- 40) *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
- 41) Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego.
- 42) Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego.
- 43) Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-mazurskiego.
- 44) Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego.
- 45) Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego.
- 46) Theytaz-Bergman L., Trömel S., *Guidance Document - effective use of international human rights monitoring mechanisms to protect the rights of persons with disabilities*, Genewa, 2010.
- 47) Tomczyk U., *Materiały na tematyczną debatę doradczą-programową poświęconą wdrażaniu art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce: Prawo osób z niepełnosprawnościami do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.
- 48) Tomczyk U., *Materiały na tematyczną debatę doradczą-programową poświęconą pozycji osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy w Polsce. Pозиcja osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy w Polsce*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.
- 49) *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, E. Zielińska (red.), Komentarz, LEX, 2014, Komentarz do art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- 50) Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., P. Krawczyk-Szulc, Rybacki M., Wągrowaska-Koski E., *Opieka profilaktyczna nad pracownikiem niepełnosprawnym — problem współczesnej medycyny pracy?* [w:] *Medycyna Pracy*, nr 2 (62), 2011.
- 51) *Więzienna służba zdrowia – obecny stan dyskusji i kierunki reform*, Kościelska-Koszur E. (red.), Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- 52) Wilmonska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, [w:] *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II/2013(7).
- 53) Wróbel A. (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Komentarz*, Warszawa, 2013, Legalis, komentarz do art. 35.
- 54) Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lutego 2004 r., K 54/02.
- 55) Załuska M., *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, red. dr K. Kurowski, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- 56) Żejmis M., *Pogłębiona analiza danych pozyskanych w badaniu jakościowym*, Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2016.





Strony www:

- 1) <http://kielce.tvp.pl/20163524/w-kielcach-brakuje-tlumaczy-jezyka-migowego>, (dostęp: 5 maja 2016)
- 2) <http://pkp.pl/migam/> (dostęp: 16 maja 2016)
- 3) <http://pzn.org.pl/nfz-zakazuje-dyskryminacji-osob-niewidomych-ubiegajacych-sie-o-skierowanie-do-placowek-lecznictwa-uzdrowiskowego/>
- 4) <http://www.pracodawcyrp.pl/aktualnosci/art,2301,ocena-planu-reformy-systemu-ochrony-zdrowia.html>
- 5) <http://www.rp.pl/artikul/1154366-Rzecznik-Praw-Pacjenta-o-izolacji-chorych-w-szpitalach-psychiatrycznych.html#ap-1> (dostęp: 6 maja 2016).
- 6) http://www.spoleczenstwoobywatelskie.gov.pl/sites/default/files/krajowy_program_dzialan_na_rzecz_rownego_traktowania_przyjety_na_rm_10.12.13.pdf
- 7) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> (dostęp 20 maja 2016).
- 8) https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351 (dostęp: 6 maja 2016).
- 9) https://www.mr.gov.pl/media/24032/ProjektSOR_2016_D.pdf

SPIS TABEL

Tabela 1.

Opinie na temat stopnia, w jakim polskie prawo w aktualnym kształcie jest – ogólnie rzecz biorąc – dostosowane do wymogów wdrażania *Konwencji* o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.....24

Tabela 2.

Opinie na temat działań (legislacyjnych, organizacyjnych, innych), jakie należałoby podjąć, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym pełną realizację ich praw wynikających z *Konwencji*, w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.....28

Tabela 3.

Opinie na temat istniejących w Polsce warunków prawnych umożliwiających osobom niepełnosprawnym dochodzenia ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.....29

Tabela 4.

Opinie na temat zagadnień, na jakich należałoby skoncentrować wysiłki związane z wdrażaniem *Konwencji* w okresie do 2025 r. w zakresie realizacji prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia31

Tabela 5.

Sytuacja prawna w zakresie zgody na zabiegi regulowane art. 32 ustawy46

Tabela 6.

Ludność miast według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych93

Tabela 7.

Opinie na temat przebiegu procesu wdrażania *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* (KPON) w okresie minionych 4 lat, tj. od momentu jej ratyfikacji w 2012 r., w kontekście prawa osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność97

Tabela 8.

Opinie na temat osiągnięć i sukcesów w procesie wdrażania KPON98





Tabela 9.	
Opinie na temat porażek w procesie wdrażania KPON	99
Tabela 10.	
Opinie na temat skuteczności polityki Państwa w okresie ostatnich dziesięciu lat w zakresie ograniczania zjawiska dyskryminacji osób niepełnosprawnych w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność	101
Tabela 11.	
Opinie na temat grup osób, które są najsilniej dyskryminowane w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność	138
Tabela 12.	
Opinie na temat skali i obszarów zjawiska dyskryminacji osób niepełnosprawnych w Polsce w kontekście ich prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia.....	139
Tabela 13.	
Najważniejsze wnioski i rekomendacje.....	149

