

Artykuł 25 **Zdrowie**

Państwa Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony 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 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.

W momencie podpisywania konwencji Polska złożyła następujące zastrzeżenie do artykułu 25:

„Rzeczpospolita Polska uznaje, że postanowienia artykułów 23.1 (b) i 25 (a) nie mogą być interpretowane w sposób uznający indywidualne prawo do aborcji lub nakładający na państwo obowiązek zapewnienia dostępności aborcji.”

Proponuje się złożenie, w momencie ratyfikowania konwencji, następującego zastrzeżenia do artykułu 23.1(b) i artykułu 25 (a):

„Rzeczpospolita Polska rozumie, że artykuł 23 punkt 1 litera b i artykuł 25 litera a nie powinny być interpretowane jako przyznające jednostce prawo do aborcji czy też nakaz dla stron zapewnienia dostępu do takiego prawa, z wyjątkiem kiedy jest to wyraźnie określone w prawie krajowym”

1. OCHRONA PRZED DYSKRYMINACJĄ I RÓWNY DOSTĘP DO WYSOKIEJ JAKOŚCI USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ

Konstytucja RP stanowi w artykule 68, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Ponadto, władze publiczne są dodatkowo obowiązane zapewnić szczególną opiekę zdrowotną osobom niepełnosprawnym.

Zobowiązania te realizuje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z nią świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Zasadą jest zapewnienie ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ze środków publicznych finansuje się:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- ambulatoryjną opiekę specjalistyczną,
- leczenie szpitalne,
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień,
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- leczenie stomatologiczne,
- lecznictwo uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
- ratownictwo medyczne,
- opiekę paliatywną i hospicyjną,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- programy zdrowotne,
- leki.

Świadczeniobiorca ma swobodny wybór lekarza, pielęgniarce i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wybór ten potwierdza się pisemnym oświadczeniem woli.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa, że świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielane uczniom z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnym przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania obejmują dodatkowo sprawowanie czynnej opieki zdrowotnej oraz wykonywanie (na zlecenie lekarza) zabiegów i procedur medycznych koniecznych do wykonania w szkole. W przypadku, gdy w szkole uczą się uczniowie niepełnosprawni, liczba uczniów na etat przeliczeniowy pielęgniarki szkolnej jest obniżana.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje, że ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz 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, jak też kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej - w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej ustala zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w odnośną się do osób niepełnosprawnych. W zakresie działań mających na celu usprawnianie świadczeniobiorcy lekarz:

- zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez świadczeniodawców,
- wykonuje zabiegi i procedury rehabilitacyjne,
- zleca wydanie świadczeniobiorcy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Zadania pielęgniarki w zakresie szczególnej opieki nad osobami niepełnosprawnymi obejmują przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności oraz świadczenia rehabilitacyjne:

- rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia,
- usprawnianie ruchowe,
- drenaż ułożeniowy, gimnastyka oddechowa,
- ćwiczenia ogólnousprawniające.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego zapewnia osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, szerszy zakres świadczeń niż gwarantowane pozostałym świadczeniobiorcom (znieczulenie ogólne i kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień).

Osoby niepełnosprawne mają dostęp do pomocy w zakresie planowania rodziny na zasadach równości z innymi osobami.

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży nakłada na organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie ich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, obowiązek zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez:

- opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży,
- pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych, na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej,
- dostęp do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.

Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji, są one także zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie

wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu.

Osoby niepełnosprawne mają dostęp do opieki położniczo-ginekologicznej na zasadach równości z innymi osobami. Opieka ta obejmuje:

- promocję zdrowia i profilaktykę chorób,
- świadczenia pielęgnacyjne,
- świadczenia diagnostyczne,
- świadczenia lecznicze,
- świadczenia rehabilitacyjne.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej położna realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-ginekologiczną obejmującą, między innymi, edukację w zakresie planowania rodziny. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują, między innymi:

- edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety,
- kształtowanie postaw rodzicielskich,
- edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie, metod regulacji płodności,

Położna współpracuje z:

- lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych,
- lekarzem i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze,
- pielęgniarką,
- pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania,
- pielęgniarką opieki długoterminowej domowej,
- położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej,
- innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców,
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przewiduje, że położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie świadczeń zapobiegawczych obejmujących, między innymi, sprawowanie opieki przedkoncepcyjnej nad kobietą w celu przygotowania jej do świadomego planowania rodziny, sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, jak też prowadzenie poradnictwa w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej.

Nie ma odrębnych przepisów dotyczących zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do metod i środków świadomej prokreacji, nie są podejmowane działania celem dostarczania informacji w formie dostosowanej do różnych rodzajów niepełnosprawności.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej do zadań położnej należy edukacja w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV. Nie są podejmowane działania skierowane wyłącznie do osób niepełnosprawnych.

Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie uzdrowiskowe, zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyczne programy zdrowotne, opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wymagają złożenia podpisu świadczeniobiorcy pod dokumentami związanymi z udzielaniem niektórych świadczeń. Wiąże się to, między innymi, z koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa danych o pacjencie (realizacja ustawy o ochronie danych osobowych) oraz dbałością o wydatkowanie środków publicznych. Dokumenty sygnowane podpisem świadczeniobiorcy są podstawą do finansowania świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców.

Osoby składające oświadczenie woli, które nie mogą pisać zgodnie z Kodeksem cywilnym oraz Kodeksem postępowania administracyjnego mogą złożyć oświadczenie w formie zastępczej.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawiera rozwiązania zmniejszające wydatki związane z niepełnosprawnością:

- Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń i z powrotem.
- Świadczeniobiorcom upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.
- Osobom, które są inwalidami wojskowymi, innym osobom wskazanym w ustawie o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin i osobom, które są cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.
- Inwalidom wojennym, ich małżonkom pozostającym na ich utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po zmarłych inwalidach wojennych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w niektóre leki.
- Inwalidom wojennym i wojskowym, cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim NFZ umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept, do limitu ceny określonego w przepisach wykonawczych.
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego. Udział środków publicznych w cenie wyrobu nie może być niższy niż 50 % limitu ceny określonego w przepisach wykonawczych dla wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego.

Opieka medyczna nad skazanymi

Kodeks karny wykonawczy stanowi, że skazany ma prawo do odpowiedniego wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich

warunków higieny. Skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne. Protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się bezpłatnie jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia skazanego lub uniemożliwić mu odbywanie kary pozbawienia wolności, w innych wypadkach środki te są zapewniane odpłatnie.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze określa ponadto, że w przypadkach, gdy nie są spełnione warunki bezpłatnego zaopatrzenia w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, a brak przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary dyrektor, na wniosek osadzonego, może zdecydować o częściowym pokryciu kosztów protez oraz o nabyciu określonego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego przez zakład karny lub areszt śledczy. Podejmując decyzję o wysokości części kosztów ponoszonych przez zakład karny lub areszt śledczy na nabycie protezy lub określonego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, dyrektor bierze pod uwagę:

- opinię lekarza więziennego o zasadności zaopatrzenia osadzonego w określony przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy,
- sytuację finansową osadzonego,
- prawidłowość wykonywania tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności.

Zgodnie z KKw świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu (w tym skazanemu niepełnosprawnemu) przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Zakres udzielanych świadczeń określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Zgodnie z nim zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności udzielają także świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją leczniczą oraz badaniem diagnostycznym.

Zgodnie z rozporządzeniem w razie podejrzenia u osoby pozbawionej wolności zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego lekarz więzienny:

- określa wskazania dotyczące miejsca umieszczenia tej osoby w zakładzie karnym, sposobu prowadzenia obserwacji jej zachowania i metod dalszego postępowania,
- kieruje tę osobę na badania do lekarza psychiatry.

Gdy świadczenia zdrowotne nie mogą być udzielone osobom pozbawionym wolności przez zakład opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, świadczenia mogą być udzielane przez pozawięzienne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Decyzje w tej sprawie podejmuje kierownik właściwego zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, przy czym nie mogą zostać naruszone zasady wykonywania kar, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych.

Zasady, zakres i tryb współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości.

Pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej współdziałają ze służbą zdrowia w zakładach karnych w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest:

- natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego,
- przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego,
- zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego.

Kodeks karny wykonawczy reguluje przypadki niemożności wykonania kary z powodu choroby psychicznej lub innej przewlekłej ciężkiej choroby, a tym samym obawy spowodowania zagrożenia życia lub spowodowania poważnego niebezpieczeństwa dla zdrowia skazanego:

- zawieszenie postępowania wykonawczego, nie ograniczone do określonych stadiów postępowania wykonawczego; przepis ma zastosowanie, gdy na przykład skazany zapadnie na przewlekłą, ciężką chorobę lub chorobę psychiczną zarówno przed, jak i po rozpoczęciu odbywania kary pozbawienia wolności,
- obligatoryjne odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności w przypadku choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie tej kary,
- obligatoryjne udzielenie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności w przypadku wystąpienia choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie tej kary.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego lekarza oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych środków medycznych.

2. DOSTĘP DO REHABILITACJI ZDROWOTNEJ

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „rehabilitacja lecznicza” dostępny osobom niepełnosprawnym:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna,
- fizjoterapia ambulatoryjna,
- fizjoterapia domowa,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja słuchu i mowy,
- rehabilitacja wzroku,
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych,
- rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych,
- rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych,
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej a także poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Rozporządzenie określa katalog świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, to jest świadczeń, które finansowane są ze środków publicznych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Oczekiwanie na świadczenia rehabilitacji leczniczej, czerwiec 2009

Komórka organizacyjna		Kategoria medyczna	Liczba oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (dni)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0 dni
kod	nazwa			średnia	mediana	kwartyl trzeci	
1300	poradnia rehabilitacyjna	przypadek pilny	1.584	1	0	0	94
		przypadki stabilne	130.603	26	11	37	40
1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	przypadek pilny	5	1	0	0	96
		przypadki stabilne	2.443	28	14	32	33
1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu	przypadek pilny	42	1	0	0	86
		przypadki stabilne	5.599	32	18	46	33
1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	533	101	75	127	0
1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	0	0	0	0	100
1308	poradnia rehabilitacji kardiologicznej	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	114	28	28	41	50
1310	dział (pracownia) fizjoterapii	przypadek pilny	2.682	1	0	0	91
		przypadki stabilne	244.205	29	17	42	36
1311	dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	przypadek pilny	2	0	0	0	100
		przypadki stabilne	497	16	0	18	57
1312	dział (pracownia) fizykoterapii	przypadek pilny	183	2	0	0	91
		przypadki stabilne	19.025	30	18	45	37
1313	dział (pracownia) fizykoterapii dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	0	0	0	0	100
1314	dział (pracownia) kinezyterapii	przypadek pilny	12	0	0	0	95
		przypadki stabilne	4.319	28	16	38	34
1315	dział (pracownia) kinezyterapii dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	0	0	0	0	100
1316	dział (pracownia) hydroterapii	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	224	8	2	12	33
1318	dział (pracownia) krioterapii	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	232	9	8	13	25
1320	dział (pracownia) masażu leczniczego	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	434	33	17	50	42
1330	dział (pracownia) balneoterapii	przypadek pilny	4	2	0	4	67
		przypadki stabilne	484	64	79	85	0
2300	ośrodek rehabilitacji dziennej	przypadek pilny	534	3	0	0	91
		przypadki stabilne	20.616	26	0	30	55

2301	ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci	przypadek pilny	20	2	0	0	95
		przypadki stabilne	1.060	15	0	3	75
4300	oddział rehabilitacyjny	przypadek pilny	8.397	21	0	15	67
		przypadki stabilne	81.730	185	98	243	19
4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci	przypadek pilny	35	1	0	0	90
		przypadki stabilne	3.509	51	28	74	34
4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu	przypadek pilny	1.724	25	0	31	58
		przypadki stabilne	28.013	292	145	338	10
4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	przypadek pilny	15	4	0	0	80
		przypadki stabilne	388	29	0	32	60
4304	oddział paraplegii i tetraplegii	przypadek pilny	259	39	44	65	25
		przypadki stabilne	1.329	374	308	418	0
4306	oddział rehabilitacji neurologicznej	przypadek pilny	361	12	0	5	74
		przypadki stabilne	2.735	127	61	203	43
4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	0	0	0	0	100
4308	oddział rehabilitacji kardiologicznej	przypadek pilny	199	4	0	0	91
		przypadki stabilne	1.881	22	7	34	48

czerwiec 2010

Komórka organizacyjna		Kategoria medyczna	Liczba oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (dni)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0 dni
kod	nazwa			średnia	mediana	kwartył trzeci	
1300	poradnia rehabilitacyjna	przypadek pilny	1.966	1	0	0	92
		przypadki stabilne	146.894	39	25	58	30
1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	przypadek pilny	7	1	0	0	90
		przypadki stabilne	3.166	37	20	45	31
1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu	przypadek pilny	15	1	0	0	92
		przypadki stabilne	2.964	42	24	47	20
1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	392	157	212	229	0
1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	0	0	0	0	100
1308	poradnia rehabilitacji kardiologicznej	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	24	10	10	10	0
1310	dział (pracownia) fizjoterapii	przypadek pilny	5.200	2	0	0	88
		przypadki stabilne	325.110	43	32	63	26
1311	dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	przypadek pilny	7	0	0	0	96
		przypadki stabilne	1.079	21	0	36	52

1312	dział (pracownia) fizykoterapii	przypadek pilny	170	2	0	0	87
		przypadki stabilne	14.331	39	28	60	31
1313	dział (pracownia) fizykoterapii dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	149	28	28	41	50
1314	dział (pracownia) kinezyterapii	przypadek pilny	22	4	0	0	83
		przypadki stabilne	2.177	34	26	62	17
1315	dział (pracownia) kinezyterapii dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	0	0	0	0	100
1316	dział (pracownia) hydroterapii	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	117	37	37	37	0
1318	dział (pracownia) krioterapii	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	180	52	37	78	33
1320	dział (pracownia) masażu leczniczego	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	422	37	40	51	25
1330	dział (pracownia) balneoterapii	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	38	137	137	137	0
2300	ośrodek rehabilitacji dziennej	przypadek pilny	599	3	0	0	89
		przypadki stabilne	26.191	38	9	53	47
2301	ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci	przypadek pilny	27	1	0	0	94
		przypadki stabilne	1.825	25	0	30	61
4300	oddział rehabilitacyjny	przypadek pilny	10.937	29	0	36	59
		przypadki stabilne	100.145	227	124	312	14
4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci	przypadek pilny	20	3	0	0	84
		przypadki stabilne	3.229	54	38	61	19
4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu	przypadek pilny	837	16	0	2	71
		przypadki stabilne	14.530	251	158	286	8
4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0	0	100
		przypadki stabilne	18	66	66	66	0
4304	oddział paraplegii i tetraplegii	przypadek pilny	267	48	46	62	0
		przypadki stabilne	1.551	306	212	336	0
4306	oddział rehabilitacji neurologicznej	przypadek pilny	365	11	0	0	78
		przypadki stabilne	3.483	141	105	180	24
4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	przypadek pilny	8	7	0	11	67
		przypadki stabilne	49	27	0	41	67
4308	oddział rehabilitacji kardiologicznej	przypadek pilny	189	1	0	0	93
		przypadki stabilne	2.612	28	8	30	47

Sposób gromadzenia danych uniemożliwia wyodrębnienie wśród oczekujących osób niepełnosprawnych. Nie jest dopuszczalne, w świetle Konstytucji RP jakiegokolwiek rozróżnienie jeżeli chodzi o dostęp do świadczeń zdrowotnych z uwagi na

niepełnosprawność. NFZ, finansując świadczenia opieki zdrowotnej, bierze pod uwagę jednostki chorobowe oraz procedury medyczne.

Obowiązek prowadzenia rehabilitacji zdrowotnej spoczywa także na ZUS. Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych stanowi, że do zakresu działania Zakładu należy prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej:

- rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy,
- badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy,
- inne działania prewencyjne.

W ramach prewencji rentowej ZUS:

- kieruje ubezpieczonych i inne osoby wskazane w ustawie do ośrodków rehabilitacyjnych,
- może tworzyć i prowadzić własne ośrodki rehabilitacyjne,
- udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach,
- prowadzi we własnym zakresie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy,
- może zamawiać przeprowadzanie przez inne podmioty badań naukowych dotyczących przyczyn niezdolności do pracy oraz metod i rozwiązań zapobiegających niezdolności do pracy,
- może finansować inne działania dotyczące prewencji rentowej.

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne rehabilitacja lecznicza podejmowana jest w stosunku do ubezpieczonego albo rencisty, który rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji. O potrzebie i zasadności rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego oraz rencisty orzeka lekarz orzecznik. Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni. ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego albo rencisty, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem.

Rehabilitację leczniczą ukończyło w 2009 roku 73.389 ubezpieczonych, w 2010 roku – 74.507. Zgodnie z badaniami skuteczności rehabilitacji leczniczej ponad 45% ubezpieczonych nie pobierało żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, czyli w ich przypadku okazała się ona skuteczna.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników nakłada na KRUS obowiązek podejmowania działań na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia, wykazującym całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokującym jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonym całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym. Działania te obejmują:

- kierowanie na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych,
- prowadzenie zakładów rehabilitacji leczniczej,
- wspieranie rozwoju rehabilitacji ambulatoryjnej na obszarach wiejskich,
- prowadzenie badań i analiz przyczyn niezdolności do pracy, zlecanie badań naukowych i ekspertyz dotyczących przyczyn niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz metod jej przeciwdziałania,
- promocję zdrowia,
- działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej w środowisku wiejskim.

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne przewiduje, że na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę, która nie ukończyła 60 lat, jeżeli jest kobietą, albo 65 lat, jeżeli jest mężczyzną, oraz spełnia jeden z warunków:

- podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie;
- podlega ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej przez 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą;
- ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli zachowała zdolność do samodzielnej egzystencji.

Podstawowy okres rehabilitacji leczniczej wynosi 21 dni.

Kasa ponosi całkowite koszty rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz koszty przejazdu do zakładu rehabilitacji leczniczej.

Liczba osób, które odbyły rehabilitację leczniczą: 2008 – 14.644, 2009 – 14.529.

Medyczna ocena rehabilitacji leczniczej

	2008	2009
Poprawa	84,4%	81,3%
Znaczna poprawa	0,9%	1%
Bez zmian	14,5%	17,5%
Pogorszenie	0,2%	0,2%

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej przewiduje, że rehabilitacja taka obejmuje:

- badania lekarskie i specjalistyczną diagnozę w zakresie rehabilitacji,
- świadczenia terapeutyczne, zwłaszcza w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych,
- świadczenia psychologiczne, w tym terapię psychologiczną,
- zaopatrzenie w leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji,
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i w sprzęt rehabilitacyjny.

Zakres rehabilitacji leczniczej dostosowuje się do stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb mieszkańców domów. Rehabilitacją leczniczą kieruje lekarz, w miarę możliwości lekarz psychiatra lub lekarz neurolog albo psycholog.

Kierownik domu tworzy, w miarę możliwości, zespół rehabilitacyjny, w którego skład wchodzi: lekarz psychiatra lub neurolog, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, pielęgniarka, instruktor terapii zajęciowej. Zespół rehabilitacyjny opracowuje i prowadzi indywidualne i grupowe programy rehabilitacji leczniczej.

Jeżeli warunki lokalowe lub wyposażenie domu uniemożliwiają prowadzenie rehabilitacji leczniczej, kierownik domu zapewnia tę rehabilitację przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje, że jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. Oparcie społeczne polega na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,

- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, a także w domu rodzinnym. Dla osób tych organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne.

W świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień terapeuta środowiskowy bierze udział w realizacji świadczeń w zakresie wizyty i porady domowej lub środowiskowej, związanej z wizytą, poradą diagnostyczną, terapeutyczną, udzielaną w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy oraz udziela świadczenia w zakresie wizyty osoby prowadzącej terapię środowiskową polegającą, między innymi, na ocenie postępu leczenia oraz realizacji i koordynacji zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć szpital psychiatryczny organizuje zajęcia rehabilitacyjne w oddziałach całodobowych lub dziennych, na wyznaczonych stanowiskach pracy, w wyodrębnionych ośrodkach rehabilitacji. Celem prowadzenia zajęć tworzy się zespół rehabilitacyjny, w którego skład wchodzi: lekarz psychiatra, psycholog, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny oraz przedstawiciel administracji szpitala. Do zadań zespołu należy planowanie, koordynacja i okresowa ocena skuteczności zajęć rehabilitacyjnych.

Zajęcia rehabilitacyjne odbywają się zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym przez terapeutów zajęciowych we współdziałaniu z pacjentem. Zajęcia obejmują: ćwiczenia samoobsługi i rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, różnorodne formy terapii poprzez pracę oraz inne formy terapii dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy nakłada na domy pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi obowiązek zapewnienia:

- psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- rehabilitacji leczniczej, w tym terapii zajęciowej,
- socjoterapii i psychoterapii,
- stałej opieki pielęgniarki przeszkolonej w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

W tym celu:

- dom zatrudnia lekarza psychiatrę, a w razie niemożności zatrudnienia psychiatry - lekarza innej specjalności, psychologów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarki,
- dom zapewnia pomieszczenia i urządzenia niezbędne dla wykonywania świadczeń psychiatrycznych, a zwłaszcza gabinet dla lekarza i psychologa, pracownię terapii zajęciowej, pomieszczenie dla grupowych zajęć terapeutycznych i ruchowych, pomieszczenie dla osób wymagających wzmożonego nadzoru ze względu na ich stan psychiczny.

Mieszkańcom i innym osobom korzystającym ze świadczeń środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zapewnia się psychiatryczną opiekę zdrowotną oraz rehabilitację społeczną.

Rehabilitacja społeczna obejmuje zwłaszcza:

- podtrzymanie i rozwijanie u osób z zaburzeniami psychicznymi umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- terapię zajęciową,
- podejmowanie działań w celu przygotowania osób z zaburzeniami psychicznymi do podjęcia pracy,
- pomoc w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantuje zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze, w tym wspierające poruszanie się. Rodzaje takich wyrobów i środków oraz zasady ich przyznawania reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przewiduje dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przez PFRON, o ile dochód osoby niepełnosprawnej nie przekracza określonego w przepisach kryterium dochodowego. W przypadku sprzętu rehabilitacyjnego o pomoc mogą ubiegać się także osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych rehabilitacja może zostać zorganizowana w formie turnusu, uzupełniającego aktywną rehabilitację o elementy wypoczynku. Celem turnusu jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

Turnusy mogą być organizowane:

- przez osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i inne jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, które prowadzą co najmniej przez 2 lata działalność na rzecz osób niepełnosprawnych i uzyskały wpis do rejestru organizatorów prowadzonego przez wojewodę, zwane dalej "organizatorem turnusów",
- wyłącznie w ośrodkach, które uzyskały wpis do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę.

Ośrodki, w których organizowane są turnusy, zapewniają osobom niepełnosprawnym odpowiednie warunki pobytu, dostosowane do rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczestników turnusu, oraz bazę do prowadzenia rehabilitacji i realizacji określonego programu turnusu.

Program turnusu określa:

- rodzaj i cele turnusu oraz formy rehabilitacji odpowiednie do rodzajów schorzeń osób niepełnosprawnych,
- rodzaje zajęć kulturalno-oświatowych i sportowo-rekreacyjnych oraz innych zajęć wynikających ze specjalistycznego rodzaju turnusu, z uwzględnieniem zajęć indywidualnych i grupowych,
- kadre odpowiedzialną za realizację programu turnusu.

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie, jeżeli spełnia kryterium dochodowe.

W 2009 roku dofinansowanie zostało przyznane 100.949 osobom na kwotę 68.507.450 zł, ostatecznie ze wsparcia skorzystały 93.154 osoby (62.899.012 zł): 49.594 dorosłych, 885 osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy chronionej, 15.740 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, 14.948 opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych i 12.872 opiekunów dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.

Celem zmniejszenia obciążenia finansowego związanego z zaopatrzeniem w urządzenia ułatwiające mobilność ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych przewiduje, że od podstawy obliczenia podatku odlicza się wydatki na cele rehabilitacyjne oraz wydatki związanych z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesionych w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne. Za wydatki takie uważa się wydatki poniesione na, między innymi:

- zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego,
- odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym,
- odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne,
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne osoby niepełnosprawnej - karetką transportu sanitarnego, osoby niepełnosprawnej, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa, oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 - również innymi środkami transportu,
- używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16 roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne - w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 2.280 zł,
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytami na turnusie rehabilitacyjnym, zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i podobnych, na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży.

Warunkiem odliczenia wydatków jest posiadanie przez osobę, której dotyczy wydatek:

- orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, określonych w odrębnych przepisach, lub
- decyzji przyznającej rentę z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, rentę szkoleniową albo rentę socjalną, albo
- orzeczenia o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia, wydanego na podstawie odrębnych przepisów.

Przepisy stosuje się odpowiednio do podatników, na których utrzymaniu pozostają następujące osoby niepełnosprawne: współmałżonek, dzieci własne i przysposobione, dzieci obce przyjęte na wychowanie, pasierbowie, rodzice, rodzice współmałżonka, rodzeństwo, ojczym, macocha, zięciowie i synowie.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych środki funduszu pracownicy zatrudnieni w

zakładach pracy chronionej mogą uzyskać indywidualną pomoc finansową na pokrycie kosztów, między innymi:

- przejazdu, pobytu i leczenia w szpitalach, sanatoriach, placówkach rehabilitacyjno-szkoleniowych, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- leków i innych niezbędnych środków medycznych,
- zakupu i naprawy indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, wyrobów medycznych w tym przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych, urządzeń i narzędzi technicznych oraz środków transportu niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych,
- usprawniania fizycznego,
- przejazdu i pobytu na turnusach rehabilitacyjnych wraz z opiekunem - jeśli lekarz zaleci uczestnictwo opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym, oraz wczasach lub wypoczynku zorganizowanym w innych formach,
- pobytu na koloniach, obozach oraz turnusach rehabilitacyjnych dla niepełnosprawnych dzieci pracowników, a także dla dzieci osób niepełnosprawnych,
- opieki pielęgnacyjnej w domu nad pracownikiem niepełnosprawnym w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się, w tym opieki socjalno-bytowej,
- przewozu osoby niepełnosprawnej na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne,
- opieki medycznej oraz poradnictwa i usług rehabilitacyjnych.

3. USŁUGI OPIEKI ZDROWOTNEJ, PROGRAMY WCZESNEGO ROZPOZNAWANIA I LECZENIA, UKIERUNKOWANE NA OGRANICZENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ZAPOBIEGANIE JEJ WYSTĄPIENIU, SZCZEGÓLNICIE U DZIECI, KOBIET I OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że celem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Celem zapobiegania chorobom i niepełnosprawności finansowane jest, na zasadach określonych w ustawie:

- badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
- podstawową opiekę zdrowotną,
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- leczenie uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje, że działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Działania te obejmują, w szczególności:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,
- tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej,

- wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
- podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym.

Działania skierowane do osób niepełnosprawnych realizowane są w ramach programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Głównym celem zadania „Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości” jest wypracowanie zasad optymalnego postępowania diagnostycznego i leczniczego w najczęstszych nowotworach złośliwych kości u dzieci i młodzieży oraz ograniczenie niepełnosprawności u dzieci i młodzieży z nowotworami układu kostno-mięśniowego, poprzez zapewnienie dostępu do postępowania chirurgicznego mniej okaleczającego, z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych i utrzymanie równego dostępu do tej formy leczenia wszystkim pacjentom. W 2010 roku realizowane były zadania polegające na wykonaniu ekspertyz dotyczących kwalifikacji do określonej protezy (2 pacjentów w ciągu miesiąca) oraz zakupie i wszczepieniu 40 endoprotez onkologicznych. Na realizację działań w latach 2010-2011 przeznaczono 5.194.000 zł.

4. SZKOLENIE LEKARZY I INNYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Treści dotyczące niepełnosprawności zawarte są w standardach dla kształcenia przeddyplomowego lekarzy ustala rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Zgodnie z nim standardami kształcenia dla kierunku lekarskiego kształcenie w zakresie rehabilitacji obejmuje: pojęcie kalectwa, inwalidztwa i niepełnosprawności; sprzęt rehabilitacyjny oraz pomoc ortopedyczna i techniczna w usprawnianiu funkcjonowania osób niepełnosprawnych; rehabilitacja jako proces kompleksowy; rehabilitacja w schorzeniach układów: krążenia, oddechowego, nerwowego i ruchu; rehabilitacja w geriatric; elementy orzecznictwa lekarskiego.

Problemy dotyczące niepełnosprawności podejmowane są ponadto w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej:

- wszechstronna ocena zdolności do pracy z preorientacją zawodową,
- konsultacje w sprawie orzekania o niepełnosprawności i rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
- zagadnienia psychologiczne występujące w procesie rehabilitacji.

Po ukończeniu studiów specjalizacyjnych w rehabilitacji medycznej lekarz uzyskuje kompetencje i kwalifikacje umożliwiające:

- sprawowanie opieki zdrowotnej i prowadzenie kompleksowego postępowania w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, w celu przywrócenia im pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do czynnego udziału w życiu społecznym,
- specjalistyczne orzekanie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, niezdolności do pracy, niezdolności do pracy zarobkowej lub w gospodarstwie rolnym, uszczerbku na zdrowiu oraz niepełnosprawności z powodu rozpoznanych i leczonych chorób.

Zagadnienia dotyczące osób niepełnosprawnych, w tym praw pacjenta, praw człowieka, poszanowania godności, podmiotowości osób niepełnosprawnych, zostały ujęte w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

Szkolenia specjalizacyjne

1. Blok ogólnozawodowy:

Moduł III Socjologia zdrowia i choroby, społeczne konsekwencje choroby i niepełnosprawności: od wsparcia społecznego do izolacji społecznej.

2. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek

- Moduł III Formy, zakres i metody aktywizacji społeczności lokalnej, integracja – działania społeczności lokalnych i grup samopomocy (osób chorych przewlekle, niepełnosprawnych i ich rodzin)
- Moduł IV Socjologia rodziny z elementami antropologii kultury, agresja i nietolerancja jako mechanizmy zagrożenia ładu społecznego
- Moduł VII Zaawansowana opieka pielęgniarstwa w wybranych problemach zdrowotnych, pacjent przewlekle chory – problemy opieki: sytuacja życiowa pacjenta i rodziny w przypadku choroby przewlekłej, psychospołeczne aspekty chorób przewlekłych, przygotowanie pacjenta i jego rodziny do życia z chorobą przewlekłą, przygotowanie pacjenta do samoopieki, a jego rodziny do sprawowania opieki nieprofesjonalnej, dzieci specjalnej troski w rodzinie - problemy pielęgnacyjne i zdrowotne: zagrożenia zdrowotne w rodzinie związane z działaniem stresu (przeciążenie fizyczne i psychiczne), zadania pielęgniarki w kompleksowej opiece nad dzieckiem specjalnej troski w warunkach domowych (z mózgowym porażeniem dziecięcym, zespołem złego wchłaniania).

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego uzyskało 598 pielęgniarek.

3. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących

- Moduł III Pielęgniarstwo w opiece zdrowotnej nad pracującymi: opieka nad pracownikami szczególnej troski (kobiety, młodociani, inwalidzi).

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących uzyskało 75 pielęgniarek.

4. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

- Moduł IV Klinika chorób i zaburzeń rozwoju występujących u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, dziecko niepełnosprawne w szkole (ze szczególnym uwzględnieniem mózgowego porażenia dziecięcego, niedorozwoju umysłowego i niepełnosprawności ruchowej)
- Moduł V Wybrane elementy psychologii zdrowia i choroby, wybrane psychospołeczne problemy niepełnosprawności i rehabilitacji ucznia, wychowanka: miejsce i rola psychologii w realizowaniu celów rehabilitacyjnych, charakterystyka psychospołeczna dziecka niepełnosprawnego, niepełnosprawność jako predyspozycja do tworzenia sytuacji problemowych; wspieranie uczniów, wychowanków z problemami psychospołecznymi w pełnieniu roli ucznia, wychowanka;
- Moduł VI Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, społeczne konsekwencje choroby dziecka-ucznia, wychowanka; niepełnosprawność - charakterystyka głównych problemów społecznych (szkoła integracyjna).

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania uzyskało 113 pielęgniarek.

5. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego

- Moduł I Podstawy pielęgniarstwa zachowawczego: pielęgnowanie pacjenta przewlekle chorego: pacjent przewlekle chory, problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne pacjenta przewlekle chorego, zapobieganie powikłaniom ze strony poszczególnych układów

i narządów wynikających z długotrwałego unieruchomienia, rehabilitacja osób przewlekle chorych - metody i kierunki wsparcia fizycznego, przygotowanie pacjentów do readaptacji w warunkach domowych, nauka samoopieki i samopielęgnacji, edukacja rodziny, opiekunów w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem przewlekle chorym.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego uzyskały 982 pielęgniarki.

6. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego

- Moduł VI Opieka nad człowiekiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym, 1j.m. specyfika pielęgnowania przewlekle chorych w podeszłym wieku: kierunki opieki nad przewlekle chorym, zasady opieki nad przewlekle chorym, pielęgnowanie w najczęstszych schorzeniach przewlekłych wieku podeszłego; problemy pielęgnacyjne pacjenta z pogłębiającą się niesprawnością: stopień niesprawności fizycznej (ocena siły mięśniowej), ocena deficytu opieki, ocena możliwości kompensacyjnych; przygotowanie rodziny (opiekunów) do opieki nad przewlekle chorym w podeszłym wieku.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego uzyskało 246 pielęgniarek.

7. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

- Moduł VI Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym, 1j.m. niepełnosprawność a jakość życia, dzieci niesprawne sensorycznie, dzieci z niedorozwojem umysłowym, dzieci niesprawne ruchowo, reumatoidalne zapalenie stawów.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego uzyskały 673 pielęgniarki.

8. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

- Moduł I Komunikowanie w psychiatrii, Specyfika kontaktu z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi rodzaje barier - związane z osobą pacjenta, pielęgniarki, z warunkami kontaktu,
- Moduł II Zdrowie psychiczne, pojęcie normy i patologii w psychiatrii: tolerancja a pojęcia normy i zdrowia psychicznego
- Moduł VI Rehabilitacja psychiatryczna, psychoedukacja w rehabilitacji psychiatrycznej: niepełnosprawność społeczna a rodzina.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego uzyskały 373 pielęgniarki.

9. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej – cały program

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych/opieki długoterminowej uzyskały 1102 pielęgniarki (stan na dzień 31.12.2010).

10. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego

- Moduł I Wybrane zagadnienia opieki nad osobami ze schorzeniami układu nerwowego, organizacja opieki nad chorym neurologicznie w środowisku domowym: formy opieki nad ludźmi przewlekle chorymi neurologicznie: opieka rodzinna; profesjonalna opieka instytucjonalna; grupy samopomocy; system pomocy społecznej
- Moduł II Opieka nad chorymi ze schorzeniami neurologicznymi leczonymi zachowawczo, choroby demielinizacyjne – rehabilitacja chorych w sytuacji niepełnosprawności, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego – opieka nad osobą z chorobą Alzheimera, Parkinsona, padaczka i niektóre inne choroby napadowe – kształtowanie prawidłowej postawy społeczeństwa w stosunku do chorych z padaczką, choroby nerwowo-mięśniowe – opieka nad chorym w niepełnosprawności.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego uzyskały 24 pielęgniarki.

11. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych

- Moduł V Opieka w wybranych problemach położniczych, rola położnej w sytuacji niepełnosprawności matki
- Moduł VI Specyfika pracy położnej rodzinnej, zadania położnej rodzinnej w sytuacji choroby i niepełnosprawności w środowisku domowym.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego uzyskało 67 położnych.

12. Specjalizacja w dziedzinie organizacji i zarządzania

- Moduł IX Wybrane zagadnienia prawa pracy w zakładach opieki zdrowotnej, podstawowe uprawnienia pracownicze w razie choroby i macierzyństwa.

W latach 2002-2010 tytuł specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania uzyskało 859 pielęgniarek i 62 położne.

Kursy kwalifikacyjne

1. Blok ogólnozawodowy

- Moduł II Elementy socjologii, Społeczne konsekwencje chorób dla człowieka i środowiska społecznego
- Moduł III Elementy etyki i prawa, Etyka jako normatywna teoria powinności moralnej: prawa człowieka - poszanowanie godności osobowej i osobistej, prawa pacjenta i ich ochrona.

2. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących

- Moduł I Organizacja opieki zdrowotnej nad pracującymi, Organizacja opieki zdrowotnej nad pracującymi w Polsce – regulacje prawne: orzecznictwo w sprawie czasowej i całkowitej niezdolności do pracy.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących wyniosła 3.626.

3. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej – cały program

- Moduł I Problemy pielęgnacyjne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych
- Moduł II Wybrane zagadnienia z rehabilitacji osób niepełnosprawnych
- Moduł III Praca socjalna.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych/opieki długoterminowej wyniosła 9.981.

4. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

- Moduł I Organizacja opieki nad populacją wieku rozwojowego, 1j.m. Organizacja opieki zdrowotnej nad dzieckiem zdrowym, w chorobie ostrej zagrażającej życiu, w chorobie przewlekłej, w tym prowadzącej do śmierci oraz w niepełnosprawności; Akty prawne w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem i ochrony prawnej dziecka i rodziny (Konstytucja RP, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks karny i Kodeks postępowania karnego, Konwencja o Prawach Dziecka, Karta Praw Dziecka, Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu, akty prawne dotyczące pomocy społecznej w zakresie opieki nad rodziną i dzieckiem).
- Moduł IV Opieka nad dzieckiem przewlekle chorym, niepełnosprawnym i dzieckiem w stanie terminalnym.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego wyniosła 97.

5. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

- Moduł II Zdrowie psychiczne, Pojęcie normy i patologii w psychiatrii.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego wyniosła 1.504.

6. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek

- Moduł IV Problemy zdrowotne występujące w różnych etapach życia człowieka, I Opieka nad dziećmi i młodzieżą: Dziecko w stanach przewlekłej choroby; II Opieka nad osobami

dorośli: Problemy pacjentów z zaburzeniami psychicznymi - ochrona zdrowia psychicznego - prawa osób psychicznie chorych.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek wyniosła 22.870.

7. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

- Moduł II Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania, Specyfika promowania zdrowia w szkolnictwie specjalnym:
- Moduł III Pediatria społeczna i medycyna szkolna, Współpraca z nauczycielami, rodzicami, uczniami i poradnią psychologiczno-pedagogiczną w zakresie wyboru zawodu dla uczniów z zaburzeniami zdrowia i rozwoju.
- Moduł IV Klinika chorób i zaburzeń w rozwoju dzieci i młodzieży, Zadania pielęgniarki szkolnej w diagnozowaniu, terapii, rehabilitacji i usprawnianiu: w chorobach przewlekłych występujących u dzieci w wieku szkolnym, w niepełnosprawności ruchowej i psychicznej u uczniów
- Moduł VI Wybrane elementy socjologii, Dziecko niepełnosprawne, chore – pomoc rodzinie.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania wyniosła 3.224.

Kursy specjalistyczne

1. Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi

Moduł II Przewlekłe zaburzenia psychiczne. Metody leczenia, akty prawne wykorzystywane w opiece nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi.

W latach 2000-2010 nie zarejestrowano absolwentów w zakresie rehabilitacji osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

2. Pediatria domowa opieka paliatywna

- Moduł I Zasady opieki hospicyjnej. Etyka w pediatrii opieki paliatywnej, prawa nieuleczalnie chorego dziecka (Karta ACT, Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu); zasady etyczne opieki paliatywnej na podstawie wytycznych WHO; zasady etyczne w opiece paliatywnej w aspekcie uporczywej terapii.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie pediatrii domowej opieki paliatywnej wyniosła 25.

3. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą

- Moduł III Edukacja dziecka z cukrzycą i osób sprawujących opiekę, jakość życia dziecka z cukrzycą.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą wyniosła 23.

4. Hartowanie i kształtowanie kikutu amputowanej kończyny

- Moduł II Problemy psychologiczne i społeczno-zawodowe pacjenta po amputacji kończyny, problemy psychiczne i adaptacyjne pacjentów po amputacji kończyny; problemy społeczne i zawodowe pacjentów po odjęciu kończyny; postawy społeczeństwa wobec osób po amputacji kończyn; zasady rehabilitacji społeczno-zawodowej po odjęciu kończyny; udział pielęgniarki we wsparciu psychicznym.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie hartowania i kształtowania kikutu amputowanej kończyny wyniosła 31.

5. Podstawy opieki paliatywnej

- Moduł I Jakość życia pacjenta w opiece paliatywnej, jakość życia w opiece paliatywnej (kryteria oceny jakości życia; metody pomiaru jakości życia; zasady etyczne w aspekcie oceny jakości życia (quality of life – QL); czynniki wpływające na poprawę jakości życia pacjenta objętego opieką paliatywną i jego rodziny/opiekunów.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie podstaw opieki paliatywnej wyniosła 2.464.

6. Pielęgnowanie dziecka wentylowanego mechanicznie

- Moduł IV Pozamedyczne aspekty opieki nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie, metody wsparcia psychologicznego dziecka i/lub rodziny dziecka wentylowanego mechanicznie w oddziale intensywnej terapii dzieci lub w warunkach domowych; jakość życia dziecka wentylowanego mechanicznie i jego rodziny/opiekunów; etyczne aspekty uporczywej terapii w zakresie kwalifikacji do wentylacji mechanicznej; komunikacja z dzieckiem/opiekunami, alternatywne metody komunikacji; aspekty socjalno–prawne dzieci wentylowanych mechanicznie w oddziale intensywnej terapii dzieci oraz w warunkach domowych.

W latach 2000-2010 nie zarejestrowano absolwentów w zakresie pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie.

7. Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową

- Moduł II Psychologiczny i społeczny aspekt chorób nowotworowych u dzieci, adaptacja dziecka z chorobą nowotworową w społeczeństwie (środowisko, szkoła); opieka socjalna i inne formy wsparcia dziecka z chorobą nowotworową i jego rodziny; jakość życia dziecka chorego i wyleczonego z choroby nowotworowej; dziecko w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową wyniosła 158.

8. Aktywizacja podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej

- Moduł I Problemy zdrowotne i psychospołeczne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, problemy psychospołeczne osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i w starszym wieku (wpływ choroby na stan psychiczny pacjenta i wpływ stanu psychicznego na chorobę; psychologiczne skutki niepełnosprawności; metody i formy oddziaływania na pacjenta; wybrane zagadnienia z psychogerontologii);
- Moduł V Komunikowanie się z osobą chorą przewlekle i niepełnosprawną, style i bariery w komunikowaniu się z osobami głuchymi, niemymi, niewidomymi, upośledzonymi umysłowo, chorymi psychicznie, trwale unieruchomionymi itp.; interpersonalne komunikowanie się werbalne i niewerbalne; asertywność;
- Moduł VI Metody pracy socjalnej stosowane w procesie aktywizacji podopiecznych, tj.m. zadania pomocy społecznej i innych jednostek realizujących zadania z zakresu opieki socjalnej (wprowadzenie w problematykę pracy socjalnej realizowanej w warunkach instytucjonalnych i w środowisku podopiecznego; Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; Powiatowy Zespół Rehabilitacji i Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych; system wsparcia społecznego – organizacje pozarządowe); metody pracy socjalnej w aktywizowaniu podopiecznego; współdziałanie pielęgniarki z pracownikiem socjalnym w działalności pomocowej i aktywizacji podopiecznego oraz jego opiekuna;
- Moduł VII, Wybrane zagadnienia etyczne i prawne, aspekty etyczne pracy pielęgniarki, położnej w procesie aktywizowania podopiecznych; prawa pacjenta; odpowiedzialność prawna a odpowiedzialność zawodowa; pomoc społeczna oraz zatrudnianie i rehabilitacja osób niepełnosprawnych w świetle przepisów prawnych.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie aktywizacji podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej wyniosła 63.

9. Pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku

- Moduł III Pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku, problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne pacjentów niedowidzących i niewidomych (wsparcie psychiczne oraz pomoc w samoakceptacji pacjentom tracącym wzrok; pomoc w organizacji życia

codziennego (dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb pacjenta, nauka poruszania się oraz przemieszczania, nauka czynności życia codziennego); współpraca z rodzicami dziecka niedowidzącego i niewidomego (w zakresie organizowania warunków do nauki oraz zabawy); możliwości zatrudnienia oraz realizowania własnych zainteresowań pacjenta niedowidzącego.

W latach 2000-2010 liczba absolwentów w zakresie pielęgnowania w chorobach narządu wzroku wyniosła 159.

5. GWARANCJE, ŻE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE BĘDĄ PODDAWANE LECZENIU TYLKO ZA ICH SWOBODNIE WYRAŻONĄ I ŚWIADOMĄ ZGODĄ

Zgodnie ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do informacji o stanie zdrowia oraz do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. W przypadku pacjenta małoletniego, pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego lub pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry zobowiązuje lekarza do udzielania pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz może udzielać tych informacji innym osobom tylko za zgodą pacjenta.

Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - opiekunowi faktycznemu pacjenta. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

Przez opiekuna faktycznego należy rozumieć osobę wykonującą, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny pieczy takiej wymaga.

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub 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 - zgoda sądu opiekuńczego. Zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.

Jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

Zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

Jeżeli pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy.

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu 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 tych okolicznościach lekarz powinien, w miarę możliwości, skonsultować z innym lekarzem. Okoliczności te lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu 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 może wykonać zabieg lub zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie wyraża zgody, a leczenie lub diagnostyka są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Lekarz może wykonać te czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. 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. Lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. W przypadkach nagłych osoba może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa. Kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjściem do szpitala psychiatrycznego. Każdorazowo kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.

Przyjęcie do szpitala wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o m sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. Czynności odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez jej zgody, osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby - na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej.

Do wniosku dołącza się świadectwo lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Świadectwo wydaje lekarz psychiatra zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania sądowego w tej sprawie. W razie uchylania się od badania lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej może

zwrócić się do Policji o doprowadzenie tej osoby na badanie w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W uzasadnionych przypadkach badanie może odbyć się w miejscu pobytu tej osoby. Jeżeli osoba odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody.

Ustawa w sposób precyzyjny reguluje możliwości użycia przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (przytrzymywanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie, izolacja). Dopuszcza on użycie przymusu tylko wtedy, gdy przepis ustawy do tego upoważnia wprost albo osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Ustawa określa procedurę podejmowania decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, wyborze jego rodzaju i wykonywanie. Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.

Ustawa gwarantuje, że osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo do pomocy w ochronie praw takiej osoby przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu. świadczeniodawca ma obowiązek poinformowania o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy:

- pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,
- wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób,
- współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
- inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ma prawo:

- wstępu do szpitala psychiatrycznego,
- występowania z wnioskiem do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podmiotów, które utworzyły ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
- wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej ustala procedurę kontrolę legalności przyjmowania i przebywania w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków, w jakich osoby te przebywają. Kontrolę sprawuje sędzia obeznany z problematyką ochrony zdrowia psychicznego, wyznaczony przez prezesa sądu wojewódzkiego, w którego okręgu znajduje się zakład.

Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów stanowi, że komórki, tkanki lub narządy mogą być pobierane od żywego dawcy w celu przeszczepienia innej osobie, przy zachowaniu następujących warunków:

- kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo, pisemnie poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku związanym z tym zabiegiem i o dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości przez lekarza wykonującego zabieg oraz przez innego lekarza niebiorącego bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek lub narządu,
- kandydat na dawcę ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził dobrowolnie przed lekarzem pisemną zgodę na pobranie komórek, tkanek lub narządu w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy; wymóg określenia biorcy przeszczepu nie dotyczy pobrania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki,
- kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody uprzedzony o skutkach dla biorcy wynikających z wycofania zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządu, związanych z ostatnią fazą przygotowania biorcy do dokonania ich przeszczepienia,
- kandydat na biorcę został poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek, tkanek lub narządu oraz o możliwych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy, a także wyraził zgodę na przyjęcie komórek, tkanek lub narządu od tego dawcy; wymóg wyrażenia zgody na przyjęcie przeszczepu od określonego dawcy nie dotyczy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek.

Ustawa o publicznej służbie krwi przewiduje, że pobieranie krwi jest dopuszczalne przy zachowaniu następujących warunków:

- kandydat na dawcę krwi został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany przez lekarza o istocie zabiegu i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia,
- kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził każdorazowo, w obecności lekarza, pisemną zgodę na pobranie krwi,

Jeżeli przemawiają za tym względy fizjologiczne lub lecznicze, kandydatem na dawcę krwi na rzecz wstępnych, zstępnych i rodzeństwa może zostać również osoba nie posiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych, za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego i po wyrażeniu przez nią, wobec lekarza, zgody na pobranie. Uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego powinno być poprzedzone informacją, o istocie zabiegu i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia.

Jeżeli pobranie krwi ma być poprzedzone zabiegiem uodpornienia w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych, powinny być zachowane ponadto następujące warunki:

- kandydat na dawcę, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, został przez lekarza poinformowany w sposób dla niego zrozumiały o istocie zabiegu uodpornienia oraz możliwości związanych z tym zabiegiem powikłań i następstw dla jego stanu zdrowia i wyraził, wobec lekarza, pisemną zgodę na ten zabieg,
- kandydat na dawcę złożył oświadczenie, w którym zobowiązał się do ścisłego przestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich po zabiegu i po uodpornieniu.

Ustawa o izbach lekarskich reguluje zasady odpowiedzialności zawodowej lekarzy przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.

6. OCHRONA PRZED DYSKRYMINACJĄ JEŚLI CHODZI O OBEJMOWANIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wprowadza jakiegokolwiek rozróżnienia jeżeli chodzi o dostęp do ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na niepełnosprawność. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej "ubezpieczonymi",
- inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności warunkujące udzielenie świadczeń pomocy społecznej, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
- inne osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu

Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Objęcie powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym nie jest uzależnione od stanu zdrowia.

7. DOSTĘPNOŚĆ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia służące do świadczeń opieki zdrowotnej, określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Warunki określone w stosunku do ZOZ-ów należy spełnić najpóźniej do 31 grudnia 2012 roku, ale planowana jest prolongata tego terminu. Do czasu dostosowania zakładów opieki zdrowotnej, w tym w celu zagwarantowania odpowiedniej opieki osobom niepełnosprawnym, NFZ określa warunki realizacji świadczeń promujące przy zawieraniu umów na realizację świadczeń tych świadczeniodawców, którzy gwarantują dostęp i warunki udzielania świadczeń przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

W wyniku prac zespołu powołanego w sprawie wydłużenia terminów ważności Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powstała propozycja działań mających na celu poprawę komunikacji oraz obsługi osób niepełnosprawnych. W pierwszej kolejności powinny zostać podjęte:

- Dostosowanie punktów obsługi interesantów do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, niewidomych i niesłyszących:
 - zniesienie istniejących barier architektonicznych,
 - umieszczenie informacji w alfabecie Braille'a,
 - przygotowanie urzędników do obsługi osób niesłyszących, w tym poprzez naukę języka migowego.
- Dokonanie zmiany formy Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego poprzez zamieszczenie na niej graficznego znaku umożliwiającego jej rozpoznanie przez osobę niewidomą.

Uwagi zawarte w opracowaniu „Polska droga do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ” Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, 2008

1/ W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej nie wspomina się o włączaniu pacjenta w proces rehabilitacji, organizowaniu wsparcia społecznego. Zapisano jedynie obowiązek różnych podmiotów publicznych prowadzenia działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. W ten sposób uznaje się rehabilitację leczniczą wyłącznie za domenę specjalistów.

Ustawa nie zawiera wprost przesłanek gorszego traktowania jakiejkolwiek grupy. Zgodnie z art. 65 pkt 1 ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach: „równego traktowania oraz solidarności społecznej.” Zapis ten można jednak uznać za pogorszenie w stosunku do Ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która w art. 1a wymienia zasady, na których oparte są ubezpieczenia zdrowotne. Wśród nich pkt 5 zapewniał wprost równy dostęp do świadczeń. W obecnie obowiązującej Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o zakazie dyskryminacji mówi jedynie art. 20 pkt 5 odnoszącym się do oczekiwania na zabiegi: „Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.”

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Obecne brzmienie art. 65 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowi pogorszenia w stosunku do przepisów ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej wynika wprost z art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazać też należy, iż ustawa – w stosunku do osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – umożliwia zwolnienie takich osób – prowadzących pozarolniczą działalność z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, w trybie art. 82 ust. 9 ww. ustawy. Przepis ten stanowi szczególny wyjątek w zakresie konstrukcji obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia

W artykule 65 punkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych znajduje się przepis stanowiący, że ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem. Ponadto zasada równego dostępu do świadczeń wynika z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”.

2/ Zagrożenie gorszego traktowania niektórych osób niepełnosprawnych jest stworzone przez możliwość wyłączenia z dostępu do usług medycznych, w tym rehabilitacji leczniczej. Warunkiem dostępu jest bowiem podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu; jeśli zatem osoba niepełnosprawna nie spełnia kryteriów, jej dostęp może być ograniczony. Zgodnie z art. 66. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, zatem osoba niepełnosprawna niespełniająca kryteriów ustawy może być pozbawiona prawa do świadczeń. Ustawa wymienia wprawdzie świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni (np. uchodźców, osoby przed ukończeniem 18 roku życia, kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu) jednak uznanie za tę grupę jest

uzależnione od kryterium dochodowego. Art. 7 ustawy wskazuje bowiem, że do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, spełniających kryterium dochodowe zgodnie z art. 8 Ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Zatem jeśli niepełnosprawna osoba nieobjęta ubezpieczeniem społecznym spełnia kryterium dochodowe pomocy społecznej może uzyskać dostęp do usług służby zdrowia, w tym, można założyć, także do usług rehabilitacji leczniczej.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Obok uprawnień wynikających z art. 2 ust. 1 pkt 3, art. 54 i art. 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, każda osoba niepełnosprawna może być ubezpieczona jako członek rodziny, przy współmałżonku, lecz również przy wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, a także – w przypadku osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku (art. 5 pkt 3 ustawy).

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prawo tych osób do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej uzależnione jest od posiadania obywatelstwa polskiego oraz miejsca zamieszkania na terytorium RP, a nie od kryterium dochodowego.

3/ W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego brakuje zapisów zakazujących wprost dyskryminacji osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Możliwe jest wprowadzenie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego podczas jej kolejnej nowelizacji postanowień zakazujących dyskryminacji osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo. Jednak wprowadzenie do ustawy zapisu zakazującego dyskryminacji jednej grupy może budzić wrażenie, iż grupa ta jest w szczególnej sytuacji prawnej, gwarantującej jej specjalne traktowanie – odmiennej od osób cierpiących na inne choroby. Lepszą ochronę osób chorych psychicznie oraz upośledzonych umysłowo przed przejawami dyskryminacji można uzyskać, poprzez przygotowanie ustawy antydyskryminacyjnej, wprowadzającej powszechny zakaz dyskryminacji osób przebywających na terytorium Polski, która to ustawa uszczegółowiłaby wyrażony w Konstytucji ogólny zakaz dyskryminacji.

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia

Zakaz dyskryminacji i to nie tylko tych osób wynika z artykułu 32 ustęp 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”.

4/ Art. 19 ust. 1 pkt 4 Ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej gwarantuje zachowanie intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku osób niesłyszących taka intymność nie może być zachowana, gdyż lekarz i inny personel medyczny nie ma obowiązku znać języka migowego, więc do gabinetu z takim pacjentem musi wejść osoba, która będzie tłumaczem. Wydawałoby się konieczne wprowadzenie do polskiego ustawodawstwa zapisu, który będzie gwarantował osobom niesłyszącym pomoc tłumacza przysięgłego. Taki tłumacz powinien otrzymywać wynagrodzenie z budżetu państwa i powinien być zatrudniony w każdej placówce opieki medycznej.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Kwestie gwarancji zachowania intymności pacjentów, w tym niepełnosprawnych reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Postulat umożliwienia osobom niesłyszącym porozumiewania się z pracownikami zakładów opieki zdrowotnej za pośrednictwem tłumacza języka migowego jest zasadny. Jednakże propozycję wprowadzenia obowiązku zatrudniania tłumacza w każdym zakładzie opieki zdrowotnej należy uznać za zbyt daleko idącą. W przygotowanych przez Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych założeniach projektu ustawy o języku migowym i innych środkach wspierania komunikowania się zaproponowano, w sposób ogólny, wsparcie dla takich osób oraz dofinansowanie z budżetu państwa usług świadczonych przez tłumaczy (bez nakładania na zakłady opieki zdrowotnej obowiązku zatrudniania tłumaczy).

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z projektem założeń do projektu ustawy o języku migowym i innych środkach wspierania komunikowania się jednym z ważniejszych sposobów porozumiewania się osób głuchych, niedosłyszących lub głuchoniemych w instytucjach publicznych, w tym zakładach opieki zdrowotnej, będzie język migowy. Osoby te nie później niż na 3 dni robocze przed umówioną wizytą będą informowały o tym fakcie instytucję, aby możliwe było wezwanie na konkretny dzień tłumacza języka migowego. Projekt ma na celu wyrównanie szans osób głuchych, niedosłyszących i głuchoniemych w kontaktach z instytucjami publicznymi, zapewnić im odpowiedni poziom wsparcia oraz zagwarantować poszanowanie godności.

5/ Ograniczony dostęp osób niewidomych i niedowidzących do informacji – ostrzeżeń przed szkodliwością używania tytoniu. Zgodnie z Ustawą z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych producent wprowadzający do obrotu na terenie Polski wyroby tytoniowe zobowiązany jest umieścić na opakowaniach ostrzeżenie o szkodliwości palenia tytoniu. Rozporządzenie wykonawcze do tej ustawy, a mianowicie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lutego 2004 r. w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych określa dokładnie, jakiego rodzaju ostrzeżenia powinny zawierać wyroby tytoniowe. Rozporządzenie to w § 5 określa treść ostrzeżeń, wielkość na opakowaniu, miejsce umieszczenia na opakowaniu, wielkość napisów, a nawet czcionkę. Jednakże ostrzeżenie to skierowane jest jedynie do osób widzących. Brak w przepisach zapisu zobowiązującego producentów do umieszczania informacji dla osób niewidomych i słabowidzących w alfabecie Braille'a.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom niesłyszącym może napotykać trudności związane z komunikacją między lekarzem i pacjentem, jednakże pomoc tłumacza języka migowego z reguły nie jest niezbędna. Komunikacja odbywa się przy wykorzystaniu różnych metod, na przykład mowy ciała, czytania z ruchu warg, również w formie pisemnej. W razie potrzeby istnieje możliwość skorzystania z pomocy Polskiego Związku Głuchych w zakresie tłumaczenia języka migowego. Dotyczy to wszystkich osób niesłyszących, również tych niebędących członkami PZG. Odnosząc się do propozycji zatrudnienia w każdej placówce medycznej tłumacza przysięgłego języka migowego należy mieć na uwadze fakt, iż w Polsce funkcjonuje około 18.000 zakładów opieki zdrowotnej. Realizacja byłaby niemożliwa z powodu braku odpowiedniej liczby tłumaczy.

6/ Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży określa procedury, jakie muszą zostać spełnione, by kobieta w przypadku zaistnienia jednego ze zdarzeń mogła usunąć ciążę. Zgodnie z art. 4a ust. 4 przedmiotowej ustawy, do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. Zapis taki wprost dyskryminuje osoby niepiśmienne, niewidome oraz te, które nie posiadają górnych kończyn. Zgodnie z art. 25 Konwencji Państwa-

Strony zapewnią osobą 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. Konieczność składania oświadczenia woli – wyrażenia zgody na przerwanie ciąży w formie pisemnej powoduje, że niektóre kobiety, które nie umieją lub nie mogą pisać, nie mogą złożyć takiego oświadczenia.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Art. 4a ust. 4 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży stanowi, iż do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W wypadku kobiet, które nie mogą złożyć pisemnego oświadczenia woli, należy posłużyć się Kodeksem cywilnym lub Kodeksem postępowania administracyjnego.

7/ W § 19 pkt 4 zarządzenia nr 62/2007/DSOZ Prezesa NFZ z 20 września 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi mówi się, iż zlecenie na realizację przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, przed przyjęciem przez świadczeniodawcę do realizacji, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zameldowania świadczeniobiorcy. Powoduje to w praktyce sytuację polegającą na tym, że świadczeniobiorca, który przebywa w innym województwie niż jego miejsce zameldowania stałego lub czasowego, musi potwierdzić zlecenie na realizację zlecenia w swoim Oddziale Funduszu, co zmusza samego świadczeniobiorcę lub inną osobę przez niego upoważnioną, do pokonania niekiedy wielu kilometrów. Zapis ten jest niezrozumiały biorąc pod uwagę zapisy art. 28-30 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych, które mówią, iż świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń specjalistycznych, szpitalnych oraz podstawowej opieki zdrowotnej, spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie ma tu mowy o wybieraniu tylko spośród tych świadczeniodawców, którzy świadczą usługi na terenie Oddziału Funduszu, właściwym ze względu na województwo, w którym świadczeniobiorca jest zameldowany. Mówiąc w skrócie, pacjent, który leczy się w innym województwie (ponieważ jest tam na przykład specjalistyczna klinika), przebywa tam, ale zameldowany jest w innym województwie, musi potwierdzać zlecenie na realizację przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego w oddziale Funduszu właściwym terytorialnie dla zameldowania. stan rzeczy utrudnia funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym oraz ich dostęp do środków pomocniczych lub przedmiotów ortopedycznych finansowanych lub współfinansowanych przez Fundusz. Podobna sytuacja istnieje w przypadku § 23 zarządzenia, który mówi, iż podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego podlegającej refundacji jest zlecenie na wykonanie naprawy przedmiotu ortopedycznego złożone przez świadczeniobiorcę i potwierdzone do realizacji przez właściwy ze względu na miejsce zameldowania oddział Funduszu. Ponadto wzór zlecenia na wykonanie naprawy przedmiotu ortopedycznego, stanowiącego załącznik nr 7 do Zarządzenia, wymaga podpisu świadczeniobiorcy, co stanowi problem dla osób niewidzących, niedowidzących, niepełnosprawnych w zakresie kończyn górnych.

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z §3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze warunkiem realizacji świadczeń

gwarantowanych jest przedstawienie przez świadczeniobiorcę zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wraz z potwierdzeniem prawa do tych świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Od 1 stycznia 2010 r. obowiązuje zarządzenie Nr 58/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu z 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi. Zgodnie z § 2 ust 1 i 6 zarządzenia, zlecenie potwierdza i zabezpiecza środki finansowe na realizację świadczenia oddział wojewódzki Funduszu, w którym zarejestrowany jest świadczeniobiorca. Uprawnionym do dostarczenia zlecenia do oddziału, w celu jego potwierdzenia i zarejestrowania, jest świadczeniobiorca lub inna osoba w jego imieniu, z wyłączeniem świadczeniodawcy, który ma zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi (§ 12 ust 7 zarządzenia). Zlecenie może być również nadesłane pocztą. W takim przypadku potwierdzone przez oddział wojewódzki Funduszu zlecenie przesyłane zostanie na adres świadczeniobiorcy. W przypadku, gdy stan kliniczny wymaga pilnego zaopatrzenia świadczeniobiorcy w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, oddział wojewódzki Funduszu, na terenie którego przebywa świadczeniobiorca, pośredniczy z oddziałem wojewódzkim, w którym zarejestrowany jest świadczeniobiorca, w potwierdzeniu zlecenia przy pomocy faksu (§12 ust. 9). Przy najbliższej nowelizacji zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, załącznik 11 do zarządzenia (wzór „Zlecenia na wykonanie naprawy przedmiotu ortopedycznego”).

8/ Art. 12 pkt 1 ppkt 2 oraz pkt 7 ppkt 1 Ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, mówi o tym, iż kandydat na dawcę musi mieć pełną zdolność do czynności prawnych i wyrazić dobrowolnie przed lekarzem pisemną zgodę na pobranie komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonego biorcy. Zapis ten uniemożliwia osobom nie mogącym pisać, niesprawnym ruchowo w zakresie kończyn górnych, niewidomym oraz niedowidzącym skorzystanie z możliwości wyrażenia zgody na oddanie komórek, tkanek lub narządów w wymaganej formie, a co za tym idzie, nie mogą być dawcami. Osobom niepełnosprawnym powinno zapewnić się prawo do oddania swoich komórek, tkanek czy też narządów. Możliwość wyrażenia zgody w innej formie niż tylko pisemne wyrażenie zgody jest zasadna, zważywszy zwłaszcza potrzeby naszego społeczeństwa na komórki, tkanki i narządy wykorzystywane do celów leczniczych.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Zaletą formy pisemnej jest możliwość precyzyjnego sformułowania i utrwalenia treści oświadczenia woli. W przypadku wyrażenia zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządu forma pisemna została ustanowiona ze względu na inwazyjność wykonywanych procedur medycznych oraz możliwość wystąpienia ewentualnych powikłań z nimi związanych. Celem wprowadzenia wymogu oświadczenia woli w formie pisemnej przy wykonywaniu zabiegów transplantacyjnych było również m.in.:

- *pewność co do tego, że zgoda została wyrażona,*
- *ochrona osoby wyrażającej zgodę*
- *jawność wyrażenia zgody wobec osób trzecich w tym lekarza i biorcy komórek, tkanek lub narządu,*

- *zabezpieczenie dowodowe na wypadek ewentualnych sporów prawnych (roszczenia odszkodowawcze), w których jedną ze stron może być dawca komórek, tkanek lub narządu.*

Ma to szczególne znaczenie, gdy kwestionuje się fakt wyrażenia zgody. W takim przypadku oświadczenie woli w formie pisemnej będzie, w świetle przepisów Kodeksu postępowania cywilnego, stanowiło „dokument”, który w pewnych sytuacjach (art. 246 Kpc) może mieć rolę nadrzędną w stosunku do innych środków dowodowych (zeznań świadków, przesłuchania stron). Dokument posiada szczególny walor dowodowy wskazujący, że oświadczenie o określonej w nim treści zostało wyrażone.

W przypadku osób składających oświadczenie woli, które z jakichkolwiek przyczyn nie mogą czytać lub pisać należy wykorzystać postanowienia Kodeksu cywilnego lub Kodeksu postępowania administracyjnego.

Prawo polskie dopuszcza również możliwość wyrażania woli w formie elektronicznej, co jest równoważne zwykłej formie pisemnej (art. 78 § 2 Kc).

9/ Art. 15 pkt 1 ppkt 2 oraz pkt 3 ppkt 1 Ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi mówią o tym, iż kandydatami na dawcę krwi lub dawcami krwi mogą być osoby mające pełną zdolność do czynności prawnych i wyrazili każdorazowo, w obecności lekarza, pisemną zgodę na pobranie krwi. Zapis ten uniemożliwia osobom nie mogącym pisać, niesprawnym ruchowo w zakresie kończyn górnych, niewidomym oraz niedowidzącym skorzystanie z możliwości wyrażenia zgody na oddanie krwi w wymaganej formie, a co za tym idzie, nie mogą być dawcami krwi. Osobom niepełnosprawnym powinno się zapewnić prawo do oddania krwi. Możliwość wyrażenia zgody na oddanie krwi w innej formie niż tylko pisemne wyrażenie zgody jest zasadna, zważywszy zwłaszcza na potrzeby naszego społeczeństwa na krew potrzebną do celów leczniczych.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

Zgodnie z §2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi musi posiadać znajomość języka polskiego w mowie i piśmie umożliwiającą przeprowadzenie czynności, o których mowa w §3, bez udziału osób trzecich, samodzielne zrozumienie treści kwestionariusza i pytań związanych z wywiadem lekarskim. Ponadto jego dane, jeżeli są dostępne, powinny znajdować się w centralnym rejestrze mieszkańców Polski. Czynnościami, o których mowa w §3 do których odwołuje się przepis są wywiad lekarski i badanie przedmiotowe.

Literalne zastosowanie tych przepisów wyklucza osoby głuchonieme. Jednakże istotą §2 ust. 2 jest zapewnienie kontaktu lekarza z kandydatem na dawcę krwi lub dawcą, aby umożliwić prawidłowe ustalenie przez lekarza wymagań zdrowotnych pozwalających na ustalenie, że każdorazowe pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla ich stanu zdrowia lub stanu zdrowia biorców. W konsekwencji, jeżeli z okoliczności wynika, że kandydat na dawcę krwi lub dawca umie czytać i jest w stanie zrozumieć zadawane pytania, dopuszczalne jest zadanie tych pytań i uzyskanie na nie odpowiedzi w formie pisemnej. Szczególnie istotne jest w takim przypadku, aby lekarz uzyskał od głuchego lub głuchoniemego kandydata na dawcę krwi lub dawcy oświadczenie pisemne w przedmiocie zrozumienia treści kwestionariusza i pytań związanych z wywiadem lekarskim. Pomimo, że nie jest to oświadczenie woli, to udokumentowanie tego faktu jest istotne dla celów dowodowych.

W roku 2007 z inicjatywy Narodowego Centrum Krwi do wszystkich Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Polsce zostały wysłane kwestionariusze zapisane pismem Braille'a. Kwestionariusz ma umożliwić niewidomym samodzielnie

zapoznać się z treścią ankiety oraz informacją o chorobach zakaźnych. Następnie lekarz przeprowadzający wywiad wspomaga niewidomego w dokonaniu pozostałych formalności i jeśli nie ma innych przeciwwskazań medycznych, decyduje o ewentualnym zakwalifikowaniu kandydata do oddania krwi. Jest to jedna z prób wyjścia naprzeciw oczekiwaniom osób niewidomych i słabo widzących, którzy pragną samodzielnie zapoznać się z ankietą.

Ankieta zapisana Braille'm nie rozwiązuje problemu, gdyż nie wszystkie osoby niewidome znają język Braille'a. Stąd wskazane jest przygotowanie alternatywnych form, dzięki którym możliwe będzie samodzielne zapoznanie się z kwestionariuszem.

Obecnie osoby niewidome mogą oddawać krew i ją oddają, o ile nie ma innych przeciwwskazań medycznych, a o zakwalifikowaniu zadecyduje lekarz przeprowadzający wywiad.

10/ Zasadnicze zastrzeżenia budzą zapisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności. W § 3 ust. 1 zawarta jest regulacja, która stanowi, iż: „Dyrektor zakładu karnego, na wniosek kierownika zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, podejmuje decyzję o skierowaniu osoby pozbawionej wolności do zakładu opieki zdrowotnej albo uzgadnia z kierownikiem tego zakładu warunki, w jakich świadczenie zdrowotne będzie udzielone tej osobie na terenie zakładu karnego”. Negatywnie należy ocenić rozwiązanie kiedy to ostateczną decyzję w przedmiocie hospitalizacji osadzonego podejmuje nie lekarz, ale dyrektor zakładu karnego. Ostateczna decyzja, zgodnie z zasadami zdrowego rozsądku, jak również należyta opieką lekarską, powinna leżeć w mocy profesjonalisty-lekarza. Wprawdzie w przepisie jest wyraźnie powiedziane, iż konieczny jest wniosek lekarza, to jednak wydaje się, iż taki wniosek nie oznacza automatycznie, iż więzień zostanie skierowany do ZOZ. Wprawdzie zrozumiałym jest, że więzień musi pozostawać pod nadzorem penitencjarnym, to jednak należy uznać za nadużycie, iż to nie lekarz ostatecznie decyduje o dalszym toku leczenia więźnia.

Inne wątpliwości budzą zapisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 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 w kontekście prawa osób niepełnosprawnych do udzielanego im wsparcia i pomocy w uzyskaniu i utrzymaniu samodzielności, jak również zapewnienia „racjonalnych usprawnień”. Problem dotyczy osób niepełnosprawnych głównie ruchowo odbywających karę pozbawienia wolności czy też tymczasowo aresztowanych i przebywających w aresztach śledczych oraz zakładach karnych. Zastrzeżenia budzi zapis § 3, który stanowi, iż: „(...) w przypadku występowania protez szczęki lub żuchwy, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych o takim samym zastosowaniu, ale o różnej cenie, osadzonemu dostarcza się bezpłatnie przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy o najniższej cenie.” Oczywiście plusem uregulowania jest fakt, iż wymienione pomoce dostarczane są osadzonemu bezpłatnie, niemniej jednak najniższa cena nie zawsze oznacza optymalnie dobry czy też wystarczający poziom opieki medycznej czy w tym wypadku rehabilitacji. Zrozumiałym jest biorąc pod uwagę uwarunkowania polskiego systemu opieki zdrowotnej, iż jeżeli środki takie są finansowane z budżetu państwa, administracja szuka najtańszych rozwiązań, niemniej jednak nie oznacza, że jest najlepszym rozwiązaniem biorąc pod uwagę potrzeby osób niepełnosprawnych. Ponadto zastrzeżenia należy wyrazić również w kontekście załącznika nr 2 do rozporządzenia. Załącznik ten reguluje szczegółowe warunki

zaopatrzenia osadzonych w przedmioty ortopedyczne, wymieniając m.in. okres użytkowania poszczególnych przedmiotów ortopedycznych oraz częstotliwość ewentualnej wymiany, jak również procedurę temu towarzyszącą. Zapis ust. 3 części III załącznika pt. Warunki zaopatrzenia osadzonych w przedmioty ortopedyczne, których okres użytkowania może ulec skróceniu, gdzie czytamy, iż: „Wniosek lekarza o skrócenie okresu użytkowania przedmiotu ortopedycznego musi zawierać wyczerpujące uzasadnienie medyczne zgodne z podstawowymi kryteriami przyznawania tego przedmiotu” budzi obawę, iż procedura przyznania nowego przedmiotu jest o tyle skomplikowana, iż w istocie osoba niepełnosprawna czeka nazbyt długo na nowe usprawnienia. Powyższe w żaden sposób nie koresponduje z zapisami Konwencji.

Stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości

Treść § 3 ust. 1 pierwszego z rozporządzeń stanowi, iż „dyrektor zakładu karnego, na wniosek kierownika zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, podejmuje decyzję o skierowaniu osoby pozbawionej wolności do zakładu opieki zdrowotnej albo uzgadnia z kierownikiem tego zakładu warunki, w jakich świadczenie zdrowotne będzie udzielone tej osobie na terenie zakładu karnego”. W preambule załącznika do zaleceń Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państwa członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych (zwane dalej: Europejskimi Regulami Więziennymi) zaleca się, aby państwa członkowskie kierowały się w swej legislacji, politykach i praktyce Europejskimi Regulami Więziennymi. Zgodnie z regułą 42.3 lit. b badając więźnia, lekarz (lub wykwalifikowana pielęgniarka mu podlegająca) zwraca szczególną uwagę na diagnozowanie chorób fizycznych, psychicznych i podejmowanie wszystkich potrzebnych działań na rzecz ich leczenia oraz dla kontynuowania trwającego leczenia. W sytuacji gdy uzna, że istnieje ryzyko dla zdrowia fizycznego lub psychicznego osadzonego ze względu na dalsze pozbawienie wolności lub przez jakikolwiek warunek osadzenia, powiadamia o tym dyrektora (reguła 43.3). Natomiast zgodnie z treścią reguły 45.1 „dyrektor bierze pod uwagę raporty oraz rady lekarza lub innych upoważnionych funkcjonariuszy państwowych składane zgodnie z regułami 43 i 44 i w przypadku, kiedy podziela przedstawione tam zalecenia, podejmuje niezwłoczne kroki celem wprowadzenia ich w życie”. W myśl tej reguły, podobnie jak § 3 ust. 1 w/w rozporządzenia, osobą ostatecznie podejmującą decyzję o skierowaniu osadzonego do zakładu opieki zdrowotnej albo uzgadniającego z kierownikiem tego zakładu warunki, w jakich świadczenie zdrowotne temu osadzonemu będzie udzielone na terenie zakładu karnego, jest dyrektor jednostki penitencjarnej. Należy dodać, że postanowienia Europejskich Reguł Więziennych zakazują dyskryminacji osadzonych ze względu na ich sytuację prawną w dostępie do służby zdrowia.

Zgodnie z § 3 rozporządzenia w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w przypadku występowania protez szczęki lub żuchwy, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych o takim samym zastosowaniu, ale o różnej cenie, osadzonemu dostarcza się bezpłatnie przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy o najniższej cenie. Sąd Apelacyjny w Krakowie w postanowieniu z 30 kwietnia 2002 roku, sygn. II AKz 128/02 (KZS 2002/4/22) orzekł, iż „nie jest obowiązkiem więziennej służby zdrowia spełnianie wszelkich oczekiwań pozbawionych wolności, przystępujących w zakładzie karnym do leczenia schorzeń dawniej lekceważonych, stawiających żądania stosowania najbardziej nowoczesnych technik leczniczych oraz drogich specyfików. Obowiązkiem tej służby jest jedynie zachowanie pozbawionych wolności przy życiu i w niepogorszonym zdrowiu” (postanowienie SA z 15 kwietnia 1992 roku, KZS 3-9/92 poz. 109 i inne). Ten sam sąd w innym orzeczeniu stwierdził, że „ograniczenie prawa do ochrony zdrowia przez czas

pozbawienia wolności w ramach postępowania karnego, a to wyłączenie swobody wyboru lekarza i poprzestanie na usługach więziennej służby zdrowia, nie jest sprzeczne z humanitaryzmem postępowania. Ograniczenie tego prawa jest nieznaczne, wynika z ustawy, a jest niezbędne, by zapewnić bezpieczeństwo mieszkańców (art. 5 Konstytucji). Stan ten nie narusza zakazu traktowania okrutnego z art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności” (postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 21 lutego 2001 roku, w sprawie II AKz 28/01, KZS 2001/2/34).

Obowiązujące przepisy prawne w sposób szeroki zapewniają możliwość leczenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Zgodnie z art. 115 § 1 Kkw. „skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne”, natomiast „protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się skazanemu bezpłatnie, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności, a w innych wypadkach odpłatnie.” (art. 115 § 2 Kkw.). Nie może być wątpliwości, że § 3 przywołanego na wstępie rozporządzenia nie świadczy o dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, a stanowi wykładnik możliwości zakładów karnych, które świadczą bezpłatną opiekę medyczną i zaopatrzenie skazanym. Dodać należy, że skazani w szczególnie uzasadnionych wypadkach mogą, za zgodą dyrektora zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, podjąć leczenie na swój koszt w placówkach opieki zdrowotnej innych niż zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, jak też korzystać z dodatkowych leków i innych środków medycznych (art. 115 § 6 Kkw.).

Treść ust. 3 części III załącznika Nr 2 tego rozporządzenia stanowi, iż „wniosek lekarza o skrócenie użytkowania przedmiotu ortopedycznego musi zawierać wyczerpujące uzasadnienie medyczne zgodne z podstawowymi kryteriami przyznawania tego przedmiotu”. W państwowej służbie zdrowia powyższą kwestię reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1141 z późn. zm.), które w ust. 3 załącznika Nr 1 stanowi, iż „wniosek lekarza o skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym wydawanego bezpłatnie do wysokości limitu ceny lub częściowo odpłatnie, musi zawierać wyczerpujące uzasadnienie medyczne zgodne z podstawowymi kryteriami przyznawania tego przedmiotu.” Literalne brzmienie wskazanych przepisów wskazuje, że w kwestii wymagań formalnych, które należy spełnić, aby móc się ubiegać o skrócenia okresu użytkowania przedmiotu ortopedycznego, wobec wszystkich pacjentów, w tym osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych, stosuje się te same przepisy.

Treść przepisów obydwu przywołanych rozporządzeń uwzględnia szczególną sytuację zdrowotną osób niepełnosprawnych osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Co więcej, odpowiada standardom prawa międzynarodowego w zakresie ochrony praw tych osób, jest zintegrowana i zgodna z narodową polityką zdrowotną, a tym samym w świetle art. 25 Konwencji nie prowadzi do ich dyskryminacji.