

Dostęp (dostępność) do usług opieki zdrowotnej osób z niepełnosprawnościami z perspektywy działalności Rzecznika Praw Obywatelskich

Rzecznik Praw Obywatelskich jest konstytucyjnym organem państwa powołanym w celu ochrony praw i wolności człowieka i obywatela, który podejmuje odpowiednie działania w przypadkach, gdy w wyniku działania bądź zaniechania organów władzy publicznej mogło dojść do naruszenia praw lub wolności. Zgodnie z przepisem art. 208 Konstytucji RP Rzecznik stoi na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w Konstytucji oraz w innych aktach normatywnych. W swojej działalności RPO jest niezawisły, niezależny od innych organów państwowych i odpowiada jedynie przed Sejmem na zasadach określonych w ustawie o Rzeczniku Praw Obywatelskich. Konstytucja gwarantuje każdemu prawo zwrócenia się do Rzecznika z wnioskiem o pomoc w ochronie swoich wolności lub praw naruszonych przez organy władzy publicznej.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich¹ (dalej: ustawa o RPO) w sprawach o ochronę wolności i praw człowieka i obywatela Rzecznik bada, czy wskutek działania lub zaniechania organów, organizacji i instytucji, obowiązanych do przestrzegania i realizacji tych wolności i praw, nie nastąpiło naruszenie prawa, a także zasad współżycia i sprawiedliwości społecznej. Poza zakresem kompetencji Rzecznika pozostają zatem działania lub zaniechania osób fizycznych czy też innych podmiotów prawa prywatnego. W takich sytuacjach Rzecznik może jednak badać, czy właściwe służby, organy administracji publicznej lub instytucje w odpowiedni sposób zareagowały na naruszenie prawa przez podmioty prywatne, tj. czy nie zbagatelizowały skargi, czy nie odmówiły pomocy, np. ze względu na pochodzenie etniczne pokrzywdzonego.

Od dnia 1 stycznia 2011 r. na mocy ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania², w celu

¹ T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 627.

² Dz. U. z 2010 r. Nr 254, poz. 1700 ze zm.

implementowania dyrektyw Unii Europejskiej, Rzecznikowi powierzono wykonywanie zadań dotyczących realizacji zasady równego traktowania.

Jednym z istotnych elementów działalności Rzecznika jest ochrona praw osób z niepełnosprawnościami. Interwencje podejmowane są zarówno w sprawach indywidualnych, jak i w aspekcie generalnym.

Niniejsza praca poświęcona będzie wąskiemu aspektowi ochrony praw osób z niepełnosprawnościami, tj. dostępu do usług opieki zdrowotnej. Oparta będzie na raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich *Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami – analiza i zalecenia* z 2020 r.³, a uzupełniona przykładami spraw indywidualnych.

Punktem wyjścia dla interwencji podejmowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich jest nie tylko ustawa o RPO, ale przede wszystkim są to normy wynikające z Konstytucji RP, a także inne akty prawne, w szczególności Konwencja ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, a także ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Zgodnie z art. 32 Konstytucji RP nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. W myśl art. 68 ust. 3 Ustawy Zasadniczej władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do równego, sprawiedliwego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od swojej sytuacji osobistej, w tym niepełnosprawności. Na zasadzie równego traktowania, solidarności społecznej i zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, opiera się system ubezpieczeń zdrowotnych zgodnie z art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴.

Przepis art. 69 Konstytucji RP stanowi natomiast, że osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Są to przepisy, które najczęściej odnosi się do tematyki ochrony konstytucyjnej osób z niepełnosprawnościami. W istocie jednak, co należy podkreślić, wszystkie przepisy Konstytucji trzeba odnosić do praw osób niepełnosprawnych i oceniać poszczególne rozwiązania prawne przez pryzmat

³ A. Mikołajczyk, *Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami – analiza i zalecenia*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2020”, nr 3, Zasada Równego Traktowania. Prawo i praktyka, nr 29, Warszawa 2020.

⁴ T.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.

zasad podstawowych, w szczególności zasady godności ludzkiej, równości i proporcjonalności ingerencji ustawowej w sferę wolności i praw.

W myśl art. 80 Konstytucji każdy ma prawo wystąpienia, na zasadach określonych w ustawie, do RPO z wnioskiem o pomoc w ochronie swoich wolności lub praw naruszonych przez organy władzy publicznej. Z powyższego jednoznacznie wynika, że Rzecznik rozpatruje także wnioski osób z niepełnosprawnościami, w tym od osób ubezwłasnowolnionych, a w toku postępowania nie bada zdolności do czynności prawnych wnioskodawcy. Osoby z niepełnosprawnościami mogą złożyć wniosek do Rzecznika zarówno osobiście, jak i przez osobę trzecią, a także za pośrednictwem reprezentujących ich organizacji. W związku z ratyfikowaniem w dniu 6 września 2012 r. przez Polskę Konwencji ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych⁵ (dalej: KPON) Rzecznik Praw Obywatelskich został wyznaczony niezależnym organem do spraw popierania, ochrony i monitorowania wdrażania postanowień tej Konwencji. Ratyfikacja KPON potwierdziła prawo osób z niepełnosprawnościami do pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz poszanowania ich przyrodzonej godności. Konwencja ta, z chwilą ratyfikacji, stanowi źródło prawa powszechnie obowiązującego. W swojej działalności Rzecznik Praw Obywatelskich uwzględnia zatem nie tylko normy konstytucyjne i ustawowe, ale również konwencyjne.

Warto zauważyć, że KPON wprowadza społeczny model niepełnosprawności, zaliczając do osób z niepełnosprawnościami tych, którzy mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowych, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami. Dlatego też dokument ten postuluje stworzenie osobom z niepełnosprawnościami odpowiednich warunków, m.in. do nauki i pracy, a także zapewnienie pełnego dostępu do opieki medycznej. Konwencja zakazuje dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, tj. wszelkich form różnicowania, wykluczania lub ograniczania, którego celem lub skutkiem jest naruszenie lub zniweczenie uznania, korzystania z lub wykonywania wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności i nakazuje wdrożenie rozwiązań, które pomogą osobom z niepełnosprawnościami osiągnąć samodzielność i niezależność.

Pod względem definicyjnym KPON różni się zatem zdecydowanie od przyjmowanej w polskim systemie prawnym definicji niepełnosprawności koncentrującej się na modelu medycznym, który traktuje niepełnosprawność jako: długotrwały stan występowania pewnych ograniczeń w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu człowieka. Ograniczenia te spowodowane są na skutek obniżenia sprawności funkcji fizycznych,

⁵ Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.

psychicznych bądź umysłowych, która może być całkowita, częściowa, trwała lub okresowa, wrodzona lub nabyta, ustabilizowana lub progresywna.

Zgodnie z treścią art. 25 KPON osoby z niepełnosprawnościami mają prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu zdrowia na zasadzie równości z innymi osobami. Konwencja przewiduje również zobowiązanie państw-stron do podjęcia wszelkich odpowiednich środków w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami dostępu do usług opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji zdrowotnej, biorąc pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią. W tym celu organy i instytucje publiczne zobowiązane są do:

- a) zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami takiego samego, jak w przypadku innych osób, zakresu, jakości i standardu bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego oraz adresowanych do całej populacji programów w zakresie zdrowia publicznego;
- b) zapewnienia tych usług zdrowotnych, które są potrzebne osobom z niepełnosprawnościami, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym wczesnego rozpoznawania i leczenia, o ile jest to konieczne, a także usług mających na celu ograniczenie i zapobieganie pogłębianiu się niepełnosprawności, w tym u dzieci i osób starszych;
- c) zapewnienia świadczenia usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w których żyją osoby z niepełnosprawnościami, w tym na obszarach wiejskich;
- d) zobowiązania osób wykonujących zawody medyczne do zapewniania osobom z niepełnosprawnościami, na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody, opieki takiej samej jakości jak innym osobom poprzez m.in. podnoszenie świadomości w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób z niepełnosprawnościami w drodze szkoleń i upowszechniania standardów etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej;
- e) zakazania dyskryminacji osób z niepełnosprawnościami w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, a także ubezpieczenia na życie, jeśli takie ubezpieczenie jest dozwolone przez ustawodawstwo krajowe, przy czym ubezpieczenia będą zapewniane w sposób sprawiedliwy i racjonalny;
- f) zapobiegania przypadkom odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych albo pożywienia i płynów.

Regulację art. 25 KPON w odniesieniu do pełnej dostępności do opieki zdrowotnej należy immanentnie rozpatrywać z art. 9 KPON, w którym zobowiązano państwa-strony do podjęcia odpowiednich środków w celu eliminacji przeszkód i barier w zakresie

dostępności, aby umożliwić osobom z niepełnosprawnościami samodzielne funkcjonowanie i pełny udział we wszystkich sferach życia. Środki te należy zastosować m.in. do budynków, dróg, transportu oraz innych urządzeń wewnętrznych i zewnętrznych, w tym szkół, mieszkań, instytucji zapewniających opiekę medyczną i miejsc pracy⁶. Przewidziano również konieczność podjęcia odpowiednich środków, w tym w postaci różnych form pomocy i pośrednictwa ze strony innych osób lub zwierząt w celu ułatwienia dostępu do ogólnodostępnych budynków i innych obiektów publicznych⁷. Z kolei w oparciu o art. 9 ust. 2 lit. b KPON należy wyprowadzić zobowiązanie państw-stron, w tym Polski, do podejmowania odpowiednich środków w celu zapewnienia, że podmioty prywatne, które oferują ogólnie dostępne usługi lub usługi powszechnie zapewniane, będą brały pod uwagę wszystkie aspekty ich dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. W oczywisty sposób zobowiązanie to dotyczy usług opieki zdrowotnej świadczonych przez podmioty prywatne. Podkreślić w tym miejscu należy, że również Komitet ONZ do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych uznał, że ochrona zdrowia i opieka socjalna będą nieosiągalne dla osób z niepełnosprawnościami, jeżeli osoby te nie będą posiadać dostępu do miejsc, w których usługi tego rodzaju są świadczone⁸. KPON uznaje również za niezbędne z punktu widzenia dostępności, by w ogólnodostępnych budynkach i innych obiektach zapewniono oznakowanie w alfabecie Braille'a oraz w formach łatwych do czytania i zrozumienia⁹.

Warto też zwrócić uwagę, że Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych w rekomendacjach wydanych dla Polski w październiku 2018 r., po rozpatrzeniu pierwszego sprawozdania polskiego rządu z postępów we wdrażaniu KPON, wezwał Polskę do uznania praw kobiet z niepełnosprawnościami do ochrony zdrowia, w szczególności ich praw reprodukcyjnych, zapewnienia dostępnych świadczeń medycznych oraz zgodnej ze standardami UNESCO edukacji seksualnej¹⁰.

W tym znaczeniu, w ocenie Komitetu wzięcie pod uwagę perspektywy płci w obszarze dostępności opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami jest w szczególności istotne w obszarze opieki ginekologicznej i położniczej¹¹. Już bowiem w samej

⁶ Art. 9 ust. 1 lit. a KPON.

⁷ Art. 9 ust. 2 lit. e KPON.

⁸ Komentarz ogólny nr 2 do Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (CRPD/C/GC/2), s. 12, pkt 41, Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/033/13/PDF/G1403313.pdf?OpenElement> (brak oficjalnego tłumaczenia na j. polski) [dostęp: 18.01.2022].

⁹ Art. 9 ust. 2 lit. d KPON.

¹⁰ Rekomendacje Komitetu Praw Osób Niepełnosprawnych wydane dla Polski (CRPD/C/POL/CO/1), https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fPOL%2fCO%2f1&Lang=en [dostęp: 18.01.2022].

¹¹ Komentarz ogólny nr 2 do Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (CRPD/C/GC/2), s. 12, pkt 41, Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ, dostępny w j. angielskim pod adresem: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/033/13/PDF/G1403313.pdf?OpenElement> [dostęp: 18.01.2022].

treści przepisu art. 6 ust. 1 KPON zauważa się, że niepełnosprawne kobiety i dziewczęta są narażone na wieloaspektową dyskryminację i w związku z tym należy podjąć środki w celu zapewnienia pełnego i równego korzystania przez nie ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności.

Zwiększanie dostępności było od lat postulatem środowiska osób z niepełnosprawnościami. Wielokrotnie żądania systemowych rozwiązań dotyczących dostępności, rzetelnego informowania o niej i egzekwowania ich były rekomendacjami i oczekiwaniami dorocznych Kongresów Osób z Niepełnosprawnościami. Odpowiedzią na te postulaty było uchwalenie w dniu 19 lipca 2019 r. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami¹² (dalej: ustawa o dostępności).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że konieczność uchwalenia ustawy wynikała również z przyjętej w dniu 17 kwietnia 2019 r. przez Parlament Europejski i Radę dyrektywy 2019/882 w sprawie wymogów dostępności produktów i usług (EAA), zwaną również Europejskim Aktem Dostępności. Dyrektywa stanowiła długo oczekiwaną przez środowisko osób z niepełnosprawnościami regulację, która postawiła przed państwami członkowskimi jednoznaczne cele w zakresie zwiększenia dostępności powszechnie używanych produktów i usług dla wszystkich obywateli Unii Europejskiej, niezależnie od ich sprawności. Zadaniem Europejskiego Aktu o Dostępności jest także ułatwianie wdrażania w życie postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, w tym przede wszystkim powołanego wyżej art. 9, dotyczącego zwiększania dostępności. Uchwalona w celu implementowania dyrektywy ustawa o dostępności stanowiła zatem ważny krok w kierunku bardziej efektywnego wdrażania tego właśnie przepisu Konwencji.

Ustawa określa środki służące zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz obowiązki podmiotów publicznych w tym zakresie. Wprowadza m.in. koordynatorów ds. dostępności w jednostkach administracji publicznej, plan dostosowawczy budynków użyteczności publicznej (wszystkich), procedurę skargowości, certyfikację.

Zgodnie z przyjętą w ustawie o dostępności definicją przez osobę ze szczególnymi potrzebami rozumie się osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na równi z innymi osobami (art. 2 pkt 3). Zakres ustawowy jest więc podmiotowo nawet szerszy niż konwencyjny. Obejmuje bowiem nie tylko osoby z niepełnosprawnościami, ale uwzględnia także seniorów i inne osoby z trudnościami funkcjonalnymi, a także rodziców z małymi dziećmi. Można nawet pójść o krok dalej i stwierdzić, że każdy może być osobą ze szczególnymi potrzebami, o ile ze

¹² T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1062.

względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo z uwagi na szczególne okoliczności będzie zmuszony podjąć dodatkowe środki działania w celu przezwyciężenia barier zewnętrznych.

Gdy natomiast idzie o samą kwestię dostępności, polski ustawodawca w pełni odwołuje się do standardów konwencyjnych, wskazując, że dostępność oznacza dostępność architektoniczną, cyfrową oraz informacyjno-komunikacyjną, co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6, będącą wynikiem uniwersalnego projektowania albo zastosowania racjonalnego usprawnienia (art. 2 pkt 2).

Ustawa adresowana jest do podmiotów publicznych¹³. W myśl art. 4 ust. 1 ustawy o dostępności podmiot publiczny zapewnia dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami przez stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień.

Ustawa o dostępności nie wyjaśnia jednak, czym jest projektowanie uniwersalne oraz racjonalne usprawnienie, o których mowa w definicji ustawowej dostępności. W przypadku projektowania uniwersalnego ustawodawca odwołuje się tu do art. 2 KPON, w którym wyjaśniono, że chodzi o projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania. Uniwersalne projektowanie nie wyklucza pomocy technicznych dla szczególnych grup osób z niepełnosprawnościami, jeżeli jest to potrzebne. Najprościej rzecz ujmując, chodzi więc o projektowanie „dla wszystkich”. Idea ta leży u podstaw KPON i stanowi warunek wstępny zapewnienia dostępności. Projektowanie uniwersalne uwzględnia perspektywę możliwie jak najszerzej grupy użytkowników, przez co zapobiega tworzeniu dwóch funkcjonujących obok siebie przestrzeni dla sprawnej większości i mniej sprawnej mniejszości na rzecz jednego środowiska, w którym uwzględniane są zróżnicowane potrzeby korzystających z niego ludzi. Wiedza o zasadach uniwersalnego projektowania środowiska zabudowanego oraz produktów i usług w taki sposób, żeby były użyteczne dla wszystkich

¹³ Art. 3. W zakresie określonym ustawą zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami jest obowiązkiem:

- 1) jednostek sektora finansów publicznych w rozumieniu art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869 ze zm.),
- 2) innych, niż określone w pkt 1, państwowych jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej,
- 3) innych, niż określone w pkt 1, osób prawnych, utworzonych w szczególnym celu zaspokajania potrzeb o charakterze powszechnym niemających charakteru przemysłowego ani handlowego, jeżeli podmioty, o których mowa w tym przepisie oraz w pkt 1 i 2, pojedynczo lub wspólnie, bezpośrednio lub pośrednio przez inny podmiot:
 - a) finansują je w ponad 50% lub
 - b) posiadają ponad połowę udziałów albo akcji lub
 - c) sprawują nadzór nad organem zarządzającym lub
 - d) mają prawo do powoływania ponad połowy składu organu nadzorczego lub zarządzającego,
- 4) związków podmiotów, o których mowa w pkt 1 i 2, lub podmiotów, o których mowa w pkt 3 – zwanych dalej „podmiotami publicznymi”.

ludzi jest wśród architektów i projektantów wciąż niewystarczająca. Nieznajomość tych zasad powoduje stosowanie rozwiązań, które nie spełniają wymogów dostępności, choć teoretycznie mają ją zapewnić. Z tych też względów Rzecznik Praw Obywatelskich już 18 lipca 2019 r. zwrócił się do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z prośbą o rozważenie wprowadzenia do programów nauczania na kierunkach technicznych przedmiotów poszerzających wiedzę studentów o zasadach uniwersalnego projektowania¹⁴.

Minister podzielił¹⁵ stanowisko Rzecznika, że za kluczowe należy uznać stosowanie w praktyce zasad uniwersalnego projektowania. Jednak wyjaśnił, że nie posiada on narzędzi do zapewnienia właściwej implementacji wiedzy zdobytej podczas studiów. Istotną kwestią w tym zakresie jest wypracowanie odpowiednich regulacji w prawie budowlanym, zgodnie z którymi wszystkie nowe inwestycje budowlane musiałyby spełniać warunki dostępności i być projektowane tak, aby każdy mógł z łatwością z nich korzystać. Obecne prawo budowlane uwzględnia dostępność nowych budynków dla osób z niepełnosprawnościami, ale nie wymaga stosowania zasad uniwersalnego projektowania. W efekcie projektowane budynki są nieprzyjazne dla osób, dla których pokonanie barier architektonicznych jest utrudnione lub niemożliwe. Wydaje się zatem, że bez systemowych uregulowań prawnych, zobowiązujących podmioty sektora budowlanego do stosowania zasad uniwersalnego projektowania, wiedza i umiejętności zdobyte podczas studiów pozostaną beużyteczne¹⁶.

Problem dostępności architektonicznej ma szczególne znaczenie w przypadku podmiotów leczniczych, do których przecież niezwykle często przychodzą osoby z niepełnosprawnością ruchową. Wprawdzie coraz więcej budynków dostosowanych jest dla osób poruszających się na wózkach, ale często zdarza się, że windy nie mają odpowiednich oznaczeń, z których mogą skorzystać osoby z niepełnosprawnością wzroku. Do tego dostępność ogranicza się zazwyczaj do podjazdu, windy i dostosowanej toalety, brakuje za to obniżonej ludy w rejestracji, przez co staje się ona niedostępna dla osoby na wózku inwalidzkim. Problem stanowi również nieudźwiękowiona winda, niekonsekwentne i nieintuicyjne rozmieszczenie pomieszczeń, przez co stają się niedostępne dla osób z niepełnosprawnością wzrokową. Warto też zauważyć, że podjazdy dla osób poruszających się na wózkach są niekiedy dobudowywane przy bocznych lub tylnych wejściach, co wiele osób z niepełnosprawnością ruchową uznaje za wręcz dyskryminujące. Z relacji uczestników badania jakościowego, przeprowadzonego na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich na potrzeby wspomnianego na wstępie niniejszego artykułu raportu, wynika, że w takich przypadkach osoby z niepełnosprawnością nie czują się komfortowo,

¹⁴ Sprawa XI.815.29.2019.

¹⁵ Pismo z 14 sierpnia 2019 r.

¹⁶ Informacja o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w roku 2019 oraz o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela, s. 361.

uważają się za pacjentów gorszej kategorii; wskazują, że „przecież takie samo prawo mamy wchodzić głównym wejściem, tak samo traktowani jak każdy inny człowiek. Jest ta różnica, że po prostu sprawności nam brakuje”¹⁷.

Oczekiwania w zakresie infrastruktury związane są również z dostępnością odpowiedniego wyposażenia niezbędnego do wykonania badania (np. niedostosowane fotele, kozetki) oraz dostosowanego specjalistycznego sprzętu wykorzystywanego w badaniach diagnostycznych (np. konstrukcja urządzenia do badania wzroku uniemożliwia osobie na wózku udział w takim badaniu, niedostępność aparatury do zdjęć RTG)¹⁸.

Podobny zabieg definicyjny zastosowano w przypadku pojęcia racjonalnego usprawnienia, wskazując, że chodzi o racjonalne usprawnienie, o którym mowa w art. 2 KPON, rozumiane jako konieczne i odpowiednie zmiany i dostosowania, nienakładające nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami.

Przykładem racjonalnego usprawnienia w ustawodawstwie polskim jest przepis art. 20a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹⁹, zgodnie z którym osoby niepełnosprawne wraz z psem asystującym mają prawo wstępu do obiektów użyteczności publicznej, w tym do budynków i ich otoczenia przeznaczonych m.in. na potrzeby opieki zdrowotnej²⁰. Przepis ten zobowiązuje równocześnie osoby z niepełnosprawnościami do posiadania certyfikatu potwierdzającego status psa asystującego, zaświadczenia o wykonaniu wymaganych szczepień weterynaryjnych, a także do odpowiedzialności za ewentualne szkody wyrządzone przez zwierzę. Odmowa zastosowania opisanych powyżej przepisów prawa stanowi dyskryminację pośrednią²¹.

Warto jeszcze wspomnieć, że zgodnie z art. 6 ustawy o dostępności podmiot publiczny ma obowiązek zapewnić co najmniej minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, które obejmują:

- 1) w zakresie dostępności architektonicznej:

¹⁷ A. Mikołajczyk, *op. cit.*, s. 23.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1172).

²⁰ A. Mikołajczyk, *op. cit.*

²¹ Zgodnie z art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2156), ilekroć w ustawie jest mowa o dyskryminacji pośredniej – rozumie się przez to sytuację, w której dla osoby fizycznej ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną na skutek pozornie neutralnego postanowienia, zastosowanego kryterium lub podjętego działania występują lub mogłyby wystąpić niekorzystne dysproporcje lub szczególnie niekorzystna dla niej sytuacja, chyba że postanowienie, kryterium lub działanie jest obiektywnie uzasadnione ze względu na zgodny z prawem cel, który ma być osiągnięty, a środki służące osiągnięciu tego celu są właściwe i konieczne.

- a) zapewnienie wolnych od barier przestrzeni komunikacyjnych poziomych i pionowych,
 - b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
 - c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
 - d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego,
 - e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- 2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
 - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń wykorzystujących inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
 - c) zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
 - d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

W indywidualnym przypadku, jeżeli podmiot publiczny nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w art. 6 pkt 1 i 3 ustawy o dostępności, podmiot ten jest obowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny²², który co do zasady będzie możliwy jedynie w okresie dostosowawczym przez okres 24 miesięcy od wejścia w życie ustawy.

Stwierdzić zatem można, że regulacje prawa krajowego aktualnie korelują z międzynarodowymi standardami w obszarze ochrony zdrowia osób z niepełnosprawnościami.

²² Zob. art. 7 ustawy o dostępności.

Standardy ustawowe nie zawsze jednak idą w parze z ich realizacją w praktyce, co wskazano już wcześniej w odniesieniu do barier architektonicznych placówek leczniczych.

Po uchwaleniu tzw. ustawy o dostępności Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich odnotowuje coraz większy wpływ skarg na (nie)dostępność architektoniczną, informacyjno-komunikacyjną oraz cyfrową. Rzecznik podejmuje również stale sprawy z własnej inicjatywy, przede wszystkim na podstawie doniesień medialnych. Część wniosków dotyczyła możliwości podjęcia działań przez samych wnioskodawców w przypadku stwierdzenia barier w zakresie dostępności. W takich sprawach Rzecznik wskazywał na wejście w życie regulacji zawartych w art. 30 ustawy o dostępności oraz art. 18 ustawy o dostępności cyfrowej. Takich pouczeń Rzecznik udzielił w 10 sprawach w 2021 r. W pozostałych przypadkach w latach 2018–2021 Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał 35 skarg z zakresu dostępności architektonicznej, 8 skarg dotyczących dostępności komunikacyjnej oraz 6 skarg dotyczących dostępności cyfrowej.

Pozytywnie zostało rozpatrzonych 20 spraw, zaś w 7 wobec wyczerpania środków działania Rzecznik był zmuszony do zakończenia działania. Z analizy bieżących wpływów wynika również, że Rzecznik otrzymał dodatkowo (czyli poza zakresem odnoszącym się do instytucji administracji publicznej) około 45 skarg z zakresu dostępności dla osób z niepełnosprawnościami do usług transportowych, bankowych, finansowych i cyfrowych. Skargi dotyczą przede wszystkim: dostępności przestrzeni publicznej oraz budynków użyteczności publicznej (chodników, podjazdów, dostosowania przestrzeni do osób poruszających się na wózkach, rozmieszczenia ławek, dostępności toalet), dostępności komunikacyjno-informacyjnej (dostępności tłumacza polskiego języka migowego u lekarza, sposobu obsługi interesantów przez podmioty publiczne, odmowy porozumiewania się pisemnie w urzędzie). Poza wskazanymi sprawami Rzecznik rozpatrywał sprawy związane ze szczególnymi przypadkami w czasie pandemii, spośród których aż 204 sprawy dotyczyły braku dostępności komunikatów dotyczących wprowadzanych obostrzeń w związku z pandemią.

Z uwagi jednak na charakter systemu informacji statystycznej nie jest możliwe wygenerowanie dokładnej liczby spraw, w których skargi na (nie)dostępność odnosiły się do placówek leczniczych.

Poza omówionymi wyżej barierami architektonicznymi oraz infrastrukturalnymi, powodującymi niedostępność placówek świadczących usługi medyczne, w oparciu o regulacje konwencyjne wyróżnić można jeszcze kolejne obszary dostępności i związane z nimi typy barier, z którymi spotykają się osoby z niepełnosprawnościami w kontaktach z podstawową i specjalistyczną opieką lekarską.

W szczególności wspomnieć należy o barierach komunikacyjnych, które obejmują obszar wymiany informacji między pacjentami z niepełnosprawnościami a personelem

przychodni czy szpitali (w rejestracji oraz w gabinetach). Bariery te uniemożliwiają swobodne korzystanie z opieki zdrowotnej. Brakuje kanałów komunikacyjnych dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym przede wszystkim tłumaczy języka migowego, natomiast już choćby same zalecenia lekarskie podawane są często w formie niedostępnej dla konkretnego pacjenta. Na bariery te zwracają uwagę osoby z niepełnosprawnością wzroku, słuchu, intelektualną, a także posługujące się alternatywnymi metodami komunikacji (AAC²³). Jak już wcześniej wspomniano, publicznych zakładów opieki zdrowotnej dotyczą również przepisy ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze specjalnymi potrzebami (art. 3 pkt 1). Należy jednak zaznaczyć, że ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się²⁴ nie nakłada na podmioty lecznicze obowiązku zapewnienia usług tłumaczeniowych. Dopiero nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁵ wprowadzona ustawą o dostępności wprowadziła od 6 września 2021 r. ustawowy obowiązek zapewnienia informacji pacjentom ze szczególnymi potrzebami, w tym osobom głuchym.

Wskazuje się natomiast, że zapewnianie przez podmioty lecznicze usług tłumaczeniowych jest jedną z najistotniejszych kwestii warunkujących pełną realizację prawa dostępu osób z niepełnosprawnością narządu słuchu do opieki zdrowotnej i stanowi barierę w realizacji prawa do opieki zdrowotnej osób głuchych.

Problem ten niestety skutkuje barierami w praktyce. Do Rzecznika Praw Obywatelskich zwróciła się bowiem głucha kobieta będąca w ostatnich tygodniach ciąży. Wskazała, że przy porodzie będzie jej niezbędna pomoc tłumacza języka migowego. W związku z tym, że kończyły jej się środki finansowe na zakup usługi tłumacza, które otrzymała w ramach opieki społecznej, zwróciła się do dyrektora szpitala, w którym zamierzała urodzić, o zapewnienie jej tłumacza w trakcie porodu bądź refundację kosztów pomocy tłumacza zorganizowanego przez nią. Dyrektor wyjaśnił wnioskodawczyni, że szpital zapewnia tłumacza języka migowego dostępnego *online* w dni robocze w określonych godzinach. Zgodnie natomiast z przepisami ustawy o języku migowym podmioty lecznicze nie mają obowiązku zapewnienia pacjentowi pomocy tłumacza po uprzednim zgłoszeniu²⁶.

Z raportu Komisji Ekspertów ds. Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich wynika dodatkowo, że placówki ochrony zdrowia nie są przygotowane do kontaktów z głuchym pacjentem nieznającym języka polskiego. Personel nie zna problemów i potrzeb głuchych, przede wszystkim pozostając w błędnym przekonaniu, że każda osoba głucha zna język polski, podczas gdy dla osób głuchych od urodzenia językiem naturalnym jest

²³ Augmentative and Alternative Communication.

²⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1824.

²⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590 i 1655.

²⁶ Sprawa XI.812.2.2019.AKB.

polski język migowy (PJM), zaś języka polskiego uczą się dopiero później, jak każdego innego języka obcego. Wiele osób jest przekonanych, że wszyscy głusi czytają z ruchu warg i że mogą pisać lub czytać po polsku. Występuje dotkliwy brak wiedzy o kulturze Głuchych²⁷ i odmienności pewnych form ich bycia czy zachowania (inne sposoby nawiązywania i kończenia dialogu, zmniejszony dystans fizyczny), co prowadzi do nieporozumień i sprawia, że głusi są odbierani jako osoby przekraczające granice, a często także agresywne.

To na pacjenta głuchego zrzuca się obowiązek zapewnienia tłumacza PJM w czasie wizyty, przy czym nierzadko w charakterze tłumacza występują małoletnie słyszące dzieci głuchych pacjentów (tzw. CODA). W raporcie wskazano, że nie ma standardów komunikowania się z głuchym pacjentem. Niektórzy domagają się od głuchego, który nie pisze, komunikacji na piśmie. Inni odmawiają prośbie głuchego, który chce się komunikować na piśmie, uznając to za fanaberię i stratę czasu. Głuchy pacjent to pacjent niewygodny – wymaga innego podejścia, zaangażowania, wsparcia w postaci tłumacza PJM, poświęcenia mu większej ilości czasu. Z kolei niewłaściwe posługiwanie się pismem w języku polskim bywa przez lekarzy diagnozowane jako niepełnosprawność intelektualna lub zaburzenie neurologiczne²⁸.

Dodatkowe problemy komunikacyjne występowały w czasie trwającej epidemii. Wiele placówek medycznych przeszło niemal w całości na telefoniczne świadczenie usług, przy czym nie wszystkie placówki umożliwiały głuchym kontakt mailowy, za pomocą SMS-ów czy konsultacje *online* za pomocą czatu internetowego. Należy też podkreślić, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2²⁹ nie zawiera informacji o potraktowaniu osób głuchych w odmienny, szczególny sposób, przy czym właśnie forma teleporady jest formą wiodącą, preferowaną przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Będąc przy tematyce opieki nad kobietą ciężarną warto zwrócić uwagę na inne towarzyszące problemy braku należytego dostępu do świadczeń ginekologiczno-położniczych, z którymi borykają się osoby z niepełnosprawnościami. Niedostateczny dostęp do tych świadczeń i to skierowanych do ogółu pacjentek występuje już choćby tylko na terenach wiejskich, o czym Rzecznik Praw Obywatelskich wspominał w wystąpieniu z dnia

²⁷ Słowo „Głuchy” pisane wielką literą, oznacza członka określonej mniejszości językowej – osobę, dla której język migowy (w Polsce PJM) jest pierwszym i/lub preferowanym sposobem porozumiewania się. Do tak rozumianych Głuchych mogą należeć osoby całkowicie niesłyszące, niedosłyszące, a także CODA, czyli słyszące dzieci niesłyszących rodziców akceptujące społeczność Głuchych. Z kolei „głuchy” pisany małą literą oznacza osobę, u której stwierdzono ubytek słuchu w stopniu znacznym.

²⁸ *Osoby Głuche w Polsce 2020. Wyzwania i rekomendacje. Raport Komisji Ekspertów ds. Osób Głuchych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2020, s. 20 i n.

²⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1749.

22 marca 2019 r.³⁰ do Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ. Zwrócono m.in. uwagę na niewykonanie pacjentkom przez podmioty lecznicze wszystkich świadczeń zdrowotnych gwarantowanych standardami opieki okołoporodowej czy brak chętnych podmiotów do udzielania świadczeń zdrowotnych. Natomiast te podmioty lecznicze, które podjęły się wykonywania świadczeń, w niewystarczający sposób stosują się do standardu okołoporodowego. Wciąż aktualnym problemem jest zbyt niska wycena procedur, szczególnie zalecanych standardami opieki okołoporodowej. Nieopłacalność udzielanych świadczeń zdrowotnych na terenach wiejskich stanowi główny powód małej liczby podmiotów leczniczych przystępujących do postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów z NFZ. Rzecznik zauważył też, że również wiedza o prawach i obowiązkach wynikających ze standardów nie jest powszechna ani wśród personelu medycznego, ani samych pacjentek.

W odpowiedzi Minister poinformował³¹, że mając na względzie wagę omawianego zagadnienia, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Załączniku nr 1 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, w przedmiocie postępowania: świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, w Kryterium „Dostępność”, wprowadzono Kategorię „Lokalizacja poradni”, w której oceniany warunek premiuje poradnie zlokalizowane w miejscowościach do 5 tys. mieszkańców. Ma on na celu promować oferentów, których poradnie zlokalizowane są na terenach wiejskich, ubiegających się w postępowaniach NFZ o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie położnictwa i ginekologii. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wyjaśnił z kolei³², że NFZ nie ma wpływu na liczbę lekarzy gotowych podpisywać umowy na realizację świadczeń w małych ośrodkach, jak również nie może wymagać wyposażenia gabinetu lekarskiego w sprzęt powyżej standardu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Z tym większymi problemami spotykają się kobiety z niepełnosprawnościami i to nie tylko mieszkanki terenów wiejskich, ale również większych miejscowości, w których nie ma ani jednego gabinetu ginekologicznego dostępnego do ich rodzaju niepełnosprawności.

Z raportu Fundacji Kulawa Warszawa z badania dostępności usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami *Przychodzi baba do lekarza* wynika, że

³⁰ Sprawa V.7010.8.2019.

³¹ Pismo z 2 czerwca 2019 r.

³² Pismo z 24 maja 2019 r.

w opiece medycznej istnieją problemy charakterystyczne dla grupy kobiet z niepełnosprawnościami, na które nie natrafiają niepełnosprawni mężczyźni ani kobiety bez niepełnosprawności.

Zidentyfikowane nierówności mają również wymiar finansowy. Bariery, na które napotykają pacjentki z niepełnosprawnościami, bywają usuwane przez nie same poprzez zainwestowanie własnych środków finansowych, m.in. na opłacenie tłumacza języka migowego, usługi asystenckiej czy dojazd taksówką do placówki medycznej. Brak środków na zapewnienie sobie tych usług nasila ryzyko wystąpienia barier na poszczególnych etapach wizyty i może przyczyniać się do rezygnacji z jej odbycia.

Z badań wynika również, że dostępność usług ginekologicznych nie ogranicza się do kwestii związanych z dostępnością architektoniczną samego gabinetu (wejście, przestrzeń wewnątrz budynku, wyposażenie samego gabinetu, dostępna toaleta), lecz mają one dużo szerszy charakter i dotyczą głównie świadomości, jak i odpowiednich procedur i standardów gwarantujących kobietom z niepełnosprawnościami pełen dostęp do informacji i możliwość odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności, godności i podmiotowości³³. Chodzi również o to, by poza zapewnieniem w pełni dostępnej wizyty ginekologicznej wyeliminować krzywdzące stereotypowe traktowanie i założenie, że kobiety z niepełnosprawnościami nie mogą lub nie powinny prowadzić aktywnego życia seksualnego, jak również stereotypu, że osoby z niepełnosprawnościami nie są zdolne do wchodzenia w role rodzicielskie. Przeprowadzone badanie pokazało bowiem, że niepełnosprawne pacjentki wciąż traktowane są jako bierne obiekty medycznych działań, a nie jako pełnoprawne odbiorczynie usług, których godność, podmiotowość i prawo do autonomii są szanowane na każdym etapie wizyty lekarskiej.

Godną polecenia jest więc praktyka uruchamiania gabinetów ginekologicznych przeznaczonych dla kobiet z niepełnosprawnościami. Są to gabinety w pełni dostępne, z uwzględnieniem potrzeb różnego rodzaju niepełnosprawności. Gabinety cieszą się coraz większym powodzeniem, co potwierdzają statystyki wrocławskiej Fundacji Potrafię Pomóc. W ramach działającego przy Fundacji Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznego Chorób Rzadkich im. Bartłomieja Skrzyńskiego z gabinetu ginekologicznego uruchomionego w lutym 2021 r. do 31 stycznia 2022 r., a czynnego na razie jeden raz w tygodniu, skorzystały dotąd 22 kobiety. Inna inicjatywa Fundacji skierowana do przyszłych matek to pierwsza w Polsce bezpłatna Wrocławska Szkoła Rodzenia dla Osób z Niepełnosprawnością, finansowana ze środków Gminy Wrocław, która w 2020 r. przyjęła 10 osób, w 2021 r. już 20. W 2022 r. projektem objęto 25 przyszłych mam

³³ K. Bierzanowska et. al., *Przychodzi baba do lekarza – dostępność usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami. Raport z badania*, dostępny w całości, s. 46 i n., <https://www.kulawawarszawa.pl/przychodzi-baba-do-lekarza/> [dostęp: 18.01.2022].

z niepełnosprawnością. Do Wrocławskiej Szkoły Rodzenia są przyjmowane kobiety z niepełnosprawnością sensoryczną, tj. niesłyszące i słabosłyszące, niewidome i słabowidzące, z niepełnosprawnością fizyczną, tj. uszkodzonym narządem ruchu, z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych, a także z niepełnosprawnością intelektualną stopnia lekkiego.

Tego typu inicjatywy w niebagatelnym stopniu przyczyniają się do przezwyciężenia kolejnego typu barier w usługach opieki zdrowotnej, czyli barier mentalnych.

Bariery mentalne dotyczą nastawienia zarówno personelu, innych pacjentów, jak i osób asystujących osobom z niepełnosprawnościami podczas wizyt w przychodni. Bariery te obejmują brak podmiotowego traktowania, w tym szczególnie niezwracanie się bezpośrednio do pacjenta, lecz do osoby towarzyszącej (np. asystenta lub tłumacza). Brak podmiotowego traktowania przejawia się również w wyręczaniu pacjentów z niepełnosprawnościami, w udzielaniu im pomocy, o którą nie poprosili, bez uprzedzania ich czy też pytania o to, czy rzeczywiście jakiegokolwiek pomocy potrzebują. Zdarza się też, że lekarze niekiedy nie podejmują nawet prób rozmowy z osobą z niepełnosprawnością, gdy ta posługuje się alternatywnymi metodami komunikacji.

Bariery te mogą być połączone z brakami kompetencyjnymi w zakresie wiedzy na temat jakiejś niepełnosprawności, brakiem doświadczenia w leczeniu jakiejś choroby, ale przede wszystkim z brakiem tzw. kompetencji miękkich związanych z podejściem do pacjenta, sposobem traktowania i chęcią poszukiwania sposobu na porozumienie z pacjentem, w celu komfortowego przeprowadzenia badania.

Przykładem sprawy, w której ujawniły się tego rodzaju bariery była interwencja Rzecznika Praw Obywatelskich w obronie praw niewidomej pacjentki, której odmówiono wstępu do gabinetu lekarza okulisty z powodu poruszania się przez nią przy pomocy psa asystującego. Umówiona wcześniej wizyta lekarska w celu doboru protezy ocznej została anulowana po otrzymaniu przez lekarza informacji, że pacjentka przybędzie do przychodni w asyście psa, co uzasadniono m.in. względami higieny. Lekarz nie zaproponował kobiecie innej pomocy w poruszaniu się w obrębie przychodni i gabinetu. W pozwie wniesionym przeciwko lekarzowi Rzecznik zarzucił dyskryminację ze względu na niepełnosprawność i w związku z tym naruszenie dóbr osobistych pacjentki oraz naruszenie praw pacjenta do uzyskania świadczenia medycznego.

Sąd Rejonowy, zgodnie z oczekiwaniem wyrażonym przez samą powódkę, zasądził na jej rzecz zadośćuczynienie w wysokości 1000 zł w związku z krzywdą spowodowaną bezprawnym i zawinionym naruszeniem praw pacjenta. Sąd oddalił zaś roszczenie zapłaty 25 000 zł na cel społeczny w związku z krzywdą spowodowaną bezprawnym i zawinionym naruszeniem dóbr osobistych kobiety. RPO wniósł apelację od tego wyroku do Sądu Okręgowego, który w wyroku z dnia 28 marca 2018 r. uwzględnił apelację i zasądził

na rzecz organizacji społecznej zajmującej się szkoleniem psów przewodników 10 000 zł³⁴. Sprawa ta miała istotne znaczenie w kwestii dostępu do dóbr i usług przez osoby niewidome korzystające z pomocy psa przewodnika, a także w zakresie niedyskryminacji osób z niepełnosprawnością przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych. Pozbawienie pacjenta z niepełnosprawnością dostępu do tych świadczeń należy bowiem uznać za przejaw dyskryminacji, niezależnie od tego, czy dopuściła się tego instytucja publiczna, czy też prywatna (por. Komentarz generalny nr 2 [...], pkt 14)³⁵.

Brak świadomości co do rodzajów niepełnosprawności i wynikających z nich potrzeb prowadzi do kolejnych barier na drodze pełnej dostępności udzielanych usług medycznych. Osoby z niepełnosprawnościami wskazują na podstawowe swoje oczekiwania koncentrujące się na podmiotowym traktowaniu przez lekarzy i pozostały personel medyczny. Oczekują, że otrzymają wszystkie niezbędne informacje w formie dla nich dostępnej i zrozumiałej. Oczekiwania te wiążą się z koniecznością przygotowania personelu do współpracy z osobami z niepełnosprawnościami, uwrażliwienia pracowników na kwestie niepełnosprawności.

Tymczasem jedna z podstawowych trudności, którą podczas wizyty w gabinecie lekarskim identyfikują osoby z niepełnosprawnościami, polega na braku możliwości lub pomysłu na dostosowanie sposobu przeprowadzenia badania³⁶. Oczywiście ważna jest wspomniana już wyżej kwestia wyposażenia gabinetów w odpowiedni sprzęt, ale nawet w najlepiej dostosowanym gabinecie może pojawić się trudność w postaci lekarza, który nie będzie miał świadomości potrzeb osób z niepełnosprawnościami, także co do ich ewentualnych ograniczeń ruchowych, komunikacyjnych, percepcyjnych czy zaburzeń w zakresie interakcji społecznych lub behawioralnych (np. w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu czy też spektrum zaburzeń autystycznych).

Zdarzają się sytuacje, gdy lekarz oczekuje od pacjenta/pacjentki z niepełnosprawnością, że to on/ona wymyśli czy też wyjaśni, w jaki sposób należy w jego/jej przypadku przeprowadzić badanie. Osoby z niepełnosprawnościami wskazują też jako trudność brak wiedzy lekarzy, zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistów, czego konsekwencją bywa nawet odmowa przyjęcia pacjenta z innym niż standardowy problemem.

Ostatni obszar, w którym osoby z niepełnosprawnościami napotykają bariery, to niewystarczający dostęp do lekarzy specjalistów i konieczność długiego oczekiwania

³⁴ Sprawa XI.812.1.2015.

³⁵ Problematyka ograniczania dostępu do usług osobom poruszającym się przy wsparciu psa asystującego była już przedmiotem oceny polskich sądów powszechnych. Wyrokiem z dnia 28 września 2011 r. (I ACa 300/11 niepub.) Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał, że odmowa wstępu do restauracji osoby niepełnosprawnej z psem asystentem stanowi naruszenie dóbr osobistych oraz zasady równego traktowania w dostępie do usług oferowanych publicznie.

³⁶ A. Mikołajczyk, *op. cit.*, s. 30.

na pierwszy wolny termin wizyty. Rzecz jasna jest to problem, z którym powszechnie spotykają się wszyscy pacjenci, jednak w przypadku pacjentów z niepełnosprawnościami bariery te nabierają szczególnego znaczenia ze względu na ograniczoną dostępność komunikacyjną placówek opieki zdrowotnej, specyficzne potrzeby zdrowotne oraz trudną sytuację materialną niekiedy uniemożliwiającą korzystanie z niepublicznej opieki zdrowotnej.

Do Biura Pełnomocnika Terenowego we Wrocławiu zwrócił się ojciec osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności z prośbą o pomoc w sprawie odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych jego córce przez jeden ze szpitali powiatowych poza kolejnością³⁷, mimo takiego obowiązku wprowadzonego przepisami ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności³⁸. Skarżący podkreślił, że w rejestracji poinformowano go, że jego córka skorzysta z powyższego uprawnienia jedynie raz, podczas pierwszego przyjęcia do lekarza specjalisty, natomiast przy każdej kolejnej wizycie będzie musiała oczekiwać w kolejce.

Mając na uwadze jednoznaczne przepisy ww. ustawy, jak też art. 47c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych³⁹ (dalej: ustawa o świadczeniach), regulujące zasady udzielania świadczeń poza kolejnością, Rzecznik zwrócił się o udzielenie wyjaśnień w tej sprawie⁴⁰. Stosownie bowiem do art. 47c ust. 2 ustawy o świadczeniach korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach

³⁷ Sprawa nr BPW.7010.10.2018.

³⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 932.

³⁹ T.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.

⁴⁰ Art. 47c. 1. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b.

Zgodnie z art. 47 ust. 1a. świadczeniobiorcom do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

1b. Prawo do wyrobów medycznych, na zasadach, o których mowa w ust. 1a, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:

- 1) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć, wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2, w dniu zgłoszenia⁴¹. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia⁴² i to niezależnie od tego, czy jest to pierwsza, czy kolejna wizyta u specjalisty.

W odpowiedzi wskazano, że po przeprowadzonym postępowaniu wyjaśniającym szpital poinformował i uczulił wszystkie osoby pracujące w rejestracji o konieczności respektowania uprawnień osób z niepełnosprawnością, wynikających z przepisów powołanej wyżej ustawy z dnia 9 maja 2018 r., tj. o konieczności stosowania ustawy w każdym, również kolejnym, przypadku zapisywania się do lekarza.

Z przykrością odnotować należy, że po kilku latach wpłynęła kolejna skarga od tej samej osoby w sprawie odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych jego dziecku ze znacznym stopniem niepełnosprawności przez tę samą placówkę. Podjęta ponownie interwencja przez Rzecznika skutkowałą przeproszeniem pacjenta przez szpital za zaistniałą sytuację, przy zapewnieniu, że szpital stosuje się do zapisów ww. ustawy i że sytuacja ta miała charakter incydentalny. Niemniej jasno z tego przypadku wynika, że niezależnie od postulatów zmian legislacyjnych w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami nadal dużym problemem jest przestrzeganie obowiązujących już przepisów.

Przechodząc jednak do podsumowań, należy podkreślić, że osoby z niepełnosprawnościami doświadczają różnego rodzaju barier w zakresie realizacji konstytucyjnego prawa dostępu do opieki zdrowotnej. Zarówno osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, jak i osoby z niepełnosprawnością ruchową lub sensoryczną mają utrudniony dostęp do usług opieki zdrowotnej, choć skala i rodzaj napotykaných problemów różnią się w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności. I choć z każdym rokiem dostępność usług medycznych się zwiększa, nadal aktualnych jest kilka postulatów.

Przede wszystkim postuluje się wypracowanie minimalnych standardów dostępności, które byłyby powszechne dla wszystkich placówek podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym obowiązek zapewnienia dostępności powinien być obligatoryjnym

⁴¹ Art. 47c ust. 3 ustawy o świadczeniach.

⁴² Art. 47c ust. 4 ustawy o świadczeniach.

elementem kontraktów zawieranych z placówkami przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich *Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami* wskazuje się, że za przykład mógłby w tym przypadku posłużyć Standard dostępności POZ, który został opracowany w ramach projektu grantowego pn. Dostępność Plus dla zdrowia (nr POWR.05.02.00-00-0044/18) – Działanie 5.2 Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020⁴³.

Standard dostępności powinien objąć jak najszersze spektrum osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z regulacjami ustawy o dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. W zakresie komunikacyjnym niewątpliwie konieczne jest przy tym znowelizowanie ustawy o języku migowym, tak aby dotyczyła również podmiotów oferujących usługi opieki zdrowotnej, zupełnie niezależnie od konieczności spełnienia standardów z ustawy o dostępności.

Niezbędna jest również nowelizacja ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania⁴⁴ (dalej: ustawa o równym traktowaniu) w obszarze opieki zdrowotnej, ponieważ mimo że przepisy ustawy stosuje się w zakresie dostępu i warunków korzystania z opieki zdrowotnej (art. 4 pkt 4 lit. c), to jednak dotyczy to nierównego traktowania osób fizycznych wyłącznie ze względu na rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość. Zakres ustawy w tym zakresie nie obejmuje niepełnosprawności. Z tych przyczyn osoba, która doświadczyłaby dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej ze względu na swoją niepełnosprawność, nie mogłaby skorzystać np. z prawa do żądania odszkodowania od sprawcy naruszenia na podstawie art. 13 ustawy o równym traktowaniu. W obecnym stanie prawnym pozostają w takich przypadkach jedynie środki z Kodeksu cywilnego, jednak bez udogodnień w zakresie postępowania dowodowego⁴⁵.

Poza zmianami w zakresie ustawodawstwa postuluje się również dostęp do szkoleń dla lekarzy i personelu placówek opieki zdrowotnej, dotyczących leczenia i obsługi osób z niepełnosprawnościami. Wskazane byłoby, aby oprócz kwestii medycznych program szkoleń obejmował także regulacje prawne, związane przede wszystkim z obsługą osób chorujących psychicznie, z niepełnosprawnością intelektualną, a także ubezwłasnowolnionych (w zakresie świadomej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne). Nie

⁴³ A. Mikołajczyk, *op. cit.*, s. 54 (przypis dolny).

⁴⁴ T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2156.

⁴⁵ Ustawa o równym traktowaniu przewiduje tzw. odwrócony ciężar dowodu, wymagając od ofiary dyskryminacji jedynie uprawdopodobnienia naruszenia, natomiast przerzuca obowiązki dowodowe na domniemanego sprawcę nierównego traktowania.

bez znaczenia, jak wyżej wspomniano, są także umiejętności miękkie, związane ze znajomością specyfiki danej niepełnosprawności i wiążących się z nią ograniczeń czy problemów ruchowych, komunikacyjnych, percepcyjnych czy zaburzeń w zakresie interakcji społecznych lub behawioralnych. Taka wiedza i świadomość personelu medycznego w kontekście dostępności do usług opieki zdrowotnej, a przede wszystkim godności pacjenta, wydaje się zatem kluczowa.