

A. Bartnik, K. Furman-Łajszczak, T. Lewiński, I. Miedzińska
R. Pawłowski, D. Rafalska, P. Żurawski



WatchDoctor

edycja 1.

Obywatelski nadzór nad działaniem przychodni lekarskich

A. Bartnik, K. Furman-Łajszczak, T. Lewiński, I. Miedzińska
R. Pawłowski, D. Rafalska, P. Żurawski



WatchDoctor

edycja 1.

Obywatelski nadzór nad działaniem przychodni lekarskich

Fundusz Pomocy Studentom
2014

WatchDoctor – edycja 1.

Obywatelski nadzór nad działaniem przychodni lekarskich

ISSN 978-83-931991-6-7, wydanie pierwsze, Warszawa 2014

redaktor wydawnictwa
dr Dominika Rafalska

opracowanie merytoryczne
dr Adriana Bartnik, Tomasz Lewiński, Robert Pawłowski

zespół programu WatchDoctor
dr Adriana Bartnik, Bożena Bednarczyk, Dariusz Bednarczyk, Maria Golińska, Monika Grochowska, Anna Gutkowska, Rafał Huba, Ilona Kociszewska, dr Radosław Kossakowski, Alicja Kruszyńska, Tomasz Lewiński, Robert Pawłowski, dr Piotr Pomianowski, Nikodem Rycko, Monika Skoczko-Piskorz, Tadeusz Stachewicz, Katarzyna Stosio, Wojciech Stubiński

projekt okładki i layout
Marcin Frontczak

skład
Anna Paż

adiustacja
Anna Książkowska

wydawca
Fundusz Pomocy Studentom
fundacja@pomocstudentom.pl
www.pomocstudentom.pl
www.facebook.com/FunduszPomocyStudentom

informacje o działaniach nadzorczych Funduszu Pomocy Studentom
www.watchdog.edu.pl
www.watchdoctor.pl
www.facebook.com/watchdogedupl

© Raport jest dostępny na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 3.0 Polska.
Pewne prawa zastrzeżone na rzecz autorów.

**Publikacja powstała w ramach programu
współfinansowanego przez Fundację im. Stefana Batorego.**

Oznaczenia używane w raporcie

NFZ = Narodowy Fundusz Zdrowia – państwowa jednostka organizacyjna działająca na podstawie UoŚ, finansowana z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego. Jest głównym płatnikiem w systemie publicznej opieki zdrowotnej – opłaca świadczenia zdrowotne, negocjuje kontrakty, refunduje leki.

NZOZ = niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – dawne określenie prywatnego podmiotu leczniczego. W raporcie wymieniany jako uczestnik wcześniejszych, ale rzutujących na obecną sytuację postępowań przed sądami administracyjnymi.

NSA = Naczelny Sąd Administracyjny – konstytucyjny organ państwowy kontrolujący działanie administracji państwowej oraz oceniający decyzje administracyjne pod kątem ich zgodności z prawem; instancja odwoławcza wobec decyzji WSA.

POZ = podstawowa opieka zdrowotna – część systemu opieki zdrowotnej stworzona głównie przez lekarzy rodzinnych, internistów i pediatrów. Jej podstawowymi funkcjami są działania profilaktyczne, leczenie najczęstszych schorzeń, kierowanie pacjentów na specjalistyczne badania i leczenie w szpitalach.

SPZOZ = samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – jednostka organizacyjna w systemie opieki zdrowotnej utworzona przez instytucję publiczną taką jak: państwowa uczelnia, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, minister lub centralny organ administracji rządowej.

UDIP = *Ustawa o dostępie do informacji publicznej* – akt prawny z 6 września 2001 roku, precyzuje zasady dostępu obywateli do informacji o działalności podmiotów wykonujących zadania publiczne lub dysponujących majątkiem publicznym.

UoŚ = *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* – akt prawny przyjęty 27 sierpnia 2004 roku.

WSA = wojewódzki sąd administracyjny – pierwsza instancja sądownictwa administracyjnego.

Spis treści

Wstęp	6
Robert Pawłowski	
Gwarancje praw pacjenta	8
Robert Pawłowski	
Ubezpieczenie zdrowotne studentów	10
Katarzyna Furman-Łajszczak	
Dostępność publicznej służby zdrowia dla studentów	13
Katarzyna Furman-Łajszczak	
Wymagania architektoniczne wobec przychodni lekarskich	15
Patryk Żurawski	
Orzecznictwo sądów administracyjnych związane z dostępem do informacji o działaniu służby zdrowia	20
Iwona Miedzińska	
Narzędzia badawcze i metodologia programu WatchDoctor	34
Adriana Bartnik	
Sposób przygotowania kwestionariusza wywiadu z pacjentami opuszczającymi przychodnię	37
Adriana Bartnik	
Metody prowadzenia monitoringu w służbie zdrowia na przykładzie programu WatchDoctor	50
Adriana Bartnik	
Postępowania przed sądami administracyjnymi związane z realizacją programu WatchDoctor	57
Tomasz Lewiński	
Działanie w imieniu pacjentów	63
Tomasz Lewiński, Robert Pawłowski	
Podziękowania	66

Wstęp

Funkcjonowanie służby zdrowia wymaga większej uwagi organizacji strażniczych co najmniej z trzech powodów:

- ten sektor usług pochłania olbrzymią część pieniędzy publicznych (ponad 70 mld zł rocznie),
- funkcjonujące w nim podmioty mają niskie oceny wiarygodności i efektywności działania,
- konflikt interesów jest tam normą, a nie wyjątkiem. Te same osoby pracują w placówkach prywatnych i państwowych, a zatem niewydolność przychodni państwowych może być części ich pracowników na rękę, bo w naturalny sposób promuje korzystanie z przychodni komercyjnych.

Sposób funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych bardzo rzadko znajduje się w orbicie zainteresowania organizacji pozarządowych. Mobilizacja społeczna pacjentów i ich rodzin jest widoczna dopiero wtedy, gdy w grę wchodzi kwestia „życia lub śmierci”. Tylko nieliczne NGO stawiają sobie za cel – możliwą do osiągnięcia bez dodatkowych nakładów finansowych – zmianę sposobu działania podstawowej opieki zdrowotnej. A przecież z placówek POZ korzystają niemal wszyscy, zaś standard oferowanych przez nie usług jest ważnym miernikiem rozwoju cywilizacyjnego.

Inicjatywą, która przełamuje bierność trzeciego sektora, jest program WatchDoctor. Jego pierwsza edycja dotyczy sposobu funkcjonowania przychodni lekarskich, zwłaszcza tych, które swoje usługi adresują do studentów, doktorantów i pracowników uczelni.

Oryginalność WatchDoctora polega na wykorzystaniu metod badania rynku i opinii publicznej do kontroli jakości usług w służbie zdrowia. Rzadko spotykana jest też skala tego programu – w pierwszych dwóch latach funkcjonowania w jego realizację było zaangażowanych 379 osób, w tym 350 wolontariuszy. Do oceny działania przychodni lekarskich wykorzystano 3195 „osobowych źródeł informacji”, z czego 2789 stanowili pacjenci udzielający obszernych wywiadów tuż po opuszczeniu przychodni.

Program wykazał, że w publicznej służbie zdrowia brakuje istotnych mechanizmów kontroli i korygowania błędów.

Jeżeli pacjent wychodzący z przychodni formułuje poważną skargę na działanie przychodni lekarskiej, ale nikomu poza badaczami z WatchDoctora jej nie przekazuje, to znaczy, że coś nie działa. Albo nie zna on instytucji i procedur, które mogą mu pomóc, albo je zna, ale nie wierzy, że są skuteczne.

Jeżeli kierownicy przychodni lekarskich nie wiedzą, jak postępować z wnioskami zespołu WatchDoctora o ujawnienie podstawowych danych dotyczących gospodarowania pieniędzmi publicznymi, to znaczy, że nikt wcześniej do nich w tej sprawie nie występował w ramach procedury dostępu do informacji publicznej.

Jeżeli członkowie zespołu WatchDoctora nie mogą dodzwonić się do wielu przychodni albo otrzymują w nich propozycję skorzystania z usług innego podmiotu, to znaczy, że pacjent w tym systemie nie jest najważniejszy, a drugi uczestnik rozmowy telefonicznej ma poczucie wyjątkowej bezkarności.

Program WatchDoctor udowodnił, że osoby, które nie studiowały na kierunkach medycznych ani nie mają doświadczeń zawodowych związanych z rynkiem usług medycznych, mogą być dobrymi stróżami interesów publicznych w służbie zdrowia. Okazało się również, że pozamedyczne aspekty funkcjonowania placówek zajmujących się pacjentami (w tym 19 412 polskich przychodni lekarskich) powinny być poddane większej kontroli obywatelskiej.

Ten raport pokazuje, jakie kwestie w ramach programu zostały objęte monitoringiem oraz jakimi narzędziami badawczymi i doświadczeniami zespół WatchDoctora może podzielić się z innymi instytucjami, które podejmą się prowadzenia monitoringu obywatelskiego.

Program WatchDoctor będzie kontynuowany w najbliższych latach i rozszerzany o kolejne zagadnienia. Wszystkich zainteresowanych wymianą doświadczeń oraz współpracą z zespołem realizującym program prosimy o kontakt za pośrednictwem strony watchdoctor.pl.

Robert Pawłowski

Gwarancje praw pacjenta

Interpretacje idei praw pacjenta znajdują się w wielu aktach prawnych o zasięgu krajowym oraz w konwencjach międzynarodowych. W Polsce próbę zebrania najważniejszych uprawnień przysługujących osobom korzystającym z usług służby zdrowia podjęto przy okazji prac nad *Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (uchwalona 6 listopada 2008 roku; Dz.U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417). Z punktu widzenia celów programu WatchDoctor kluczowe w tej ustawie są następujące przepisy:

- Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 6 ust. 2).

- Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 2).

- Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot (art. 12).

- Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust. 1).

Dla programu WatchDoctor ważne są również postanowienia Europejskiej Karty Praw Pacjentów przyjętej w 2002 roku przez Active Citizenship Network we współpracy z dwunastoma innymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się prawami pacjenta w Europie Zachodniej. Wymienione w Karcie „zasady aktywnego obywatelstwa” mówią, że każdy pacjent ma prawo do podejmowania działań leżących w interesie ogółu oraz uczestnictwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej.

W Konstytucji RP zapisano, że *obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych* (art. 68 ust. 2).

Publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce oparty został na ubezpieczeniach obowiązkowych. Wspierany jest ze środków pochodzących z budżetu państwa oraz od jednostek samorządu terytorialnego. Takie rozwiązanie powoduje, że niemal każdy obywatel objęty jest ubezpieczeniem zdrowotnym. Ministerstwo Zdrowia wytycza kierunki polityki zdrowotnej państwa, zaś za finansowanie systemu odpowiedzialny jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który działa na podstawie *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* z 27 sierpnia 2004 roku.

Robert Pawłowski

Ubezpieczenie zdrowotne studentów

Program WatchDoctor koncentruje się na badaniu sytuacji pacjentów, którzy są studentami – obywatelami polskimi studiującymi w Polsce lub za granicą bądź cudzoziemcami studiującymi w naszym kraju.

Polacy studiujący na uczelniach krajowych

Osoba studiująca może być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego przez swoich rodziców (ta możliwość istnieje do momentu ukończenia przez studenta 26. roku życia) bądź przez macierzystą uczelnię. W drugim przypadku jest to możliwe jedynie w sytuacji, w której student uczy się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, nie jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej i złoży odpowiednie oświadczenie. W sytuacji zgłoszenia do ubezpieczenia przez uczelnię nie ma już znaczenia wiek studenta.

Warto pamiętać o konieczności dokonania ponownego zgłoszenia w przypadku podjęcia pracy w okresie wakacyjnym (na podstawie umowy o pracę lub umowy-zlecenia), bowiem wraz z chwilą wygaśnięcia stosunku pracy student zostaje wyrejestrowany z ubezpieczenia. Dotyczy to również sytuacji, w której pracę zmieniają rodzice studenta – każdorazowo muszą oni w nowym miejscu pracy zgłaszać studenta do ubezpieczenia.

Student może być zgłoszony przez obydwoje rodziców jednocześnie. Takie rozwiązanie jest wygodne i zapewnia bezpieczeństwo również w przypadku zmiany miejsca zatrudnienia przez jednego z rodziców (na wypadek, gdyby nie dopełnił on wymaganych formalności).

W przypadku zakończenia edukacji przez studenta (na skutek złożenia egzaminu magisterskiego lub eksmatrykulacji) pozostaje on ubezpieczony przez okres kolejnych czterech miesięcy (art. 67 ust. 5 pkt 2 UoŚ).

Polscy studenci za granicą

Student, który jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce, podczas pobytu na stypendium w jednym z państw Unii Europejskiej ma takie same prawo do opieki zdrowotnej, jak obywatel danego państwa. Podróżując po krajach UE należy mieć przy sobie Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (dalej: EKUZ), jako dowód posiadania ubezpieczenia zdrowotnego w kraju macierzystym. Dotyczy to zarówno wizyt krótkoterminowych, jak i pobytów dłuższych w ramach odbywanych studiów. Brak karty EKUZ może

spowodować konieczność zapłaty za świadczenie zdrowotne uzyskane za granicą. Wówczas po powrocie do kraju student może starać się o zwrot poniesionych kosztów, oczywiście jeżeli zachował dokumenty potwierdzające ich wysokość.

Karta EKUZ wydawana jest bezpłatnie. W celu jej uzyskania należy zgłosić się do oddziału lub delegatury NFZ właściwych ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego. Ułatwieniem jest to, że wniosek o wydanie karty EKUZ – pobrany ze strony internetowej NFZ – można nie tylko złożyć osobiście, ale również wysłać pocztą (w tym elektroniczną) oraz faksem. Okres ważności karty EKUZ ustalany jest na podstawie dokumentu potwierdzającego podjęcie nauki w innym państwie, wydanego przez uczelnię.

Dzięki karcie mamy zapewniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w instytucjach tworzących publiczny system ochrony zdrowia w danym kraju. EKUZ nie ma zastosowania do planowanego leczenia zagranicznego – odnosi się jedynie do sytuacji nagłego pogorszenia zdrowia podczas wizyt o charakterze edukacyjnym, zarobkowym czy turystycznym.

Jeśli student dopiero na wyjeździe zagranicznym zorientuje się, że karta EKUZ jest mu niezbędna, może telefonicznie zwrócić się do oddziału NFZ (właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego) z wnioskiem o wydanie tzw. certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ, który może być dostarczony we wskazane miejsce faksem lub tradycyjną przesyłką pocztową.

Studenci przebywający w Polsce w ramach programu Erasmus, jak również w związku z innymi programami o charakterze edukacyjnym, mogą uzyskać informacje odnośnie do przysługujących im świadczeń m.in. w uczelnianym biurze współpracy z zagranicą. Należy jednak odróżnić formalności, których muszą dopełnić studenci z 28 państw UE oraz czterech EFTA (Szwajcaria, Islandia, Norwegia, Liechtenstein), od tych czynności, które muszą podjąć studenci spoza tych obszarów.

Studenci zagraniczni w Polsce

W przypadku studentów z państw UE lub EFTA obowiązują takie same zasady jak polskich studentów poza terytorium RP – mogą oni korzystać z bezpłatnej opieki medycznej w ramach NFZ przy spełnianiu następujących warunków: posiadanie EKUZ, dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość (paszport lub dowód osobisty) oraz legitymacji studenckiej albo doktoranckiej, ewentualnie zaświadczenia o odbywaniu stażu.

Jeżeli student w swoim kraju macierzystym nie jest objęty ubezpieczeniem i w związku z tym nie dysponuje kartą EKUZ, musi zawrzeć umowę z NFZ oraz wykupić ubezpieczenie (obecnie w wysokości 46,80 zł miesięcznie). W takiej sytuacji konieczne będzie przedłożenie NFZ zaświadczenia o zameldowaniu w Polsce.

W przypadku studentów spoza UE oraz EFTA przebywających w Polsce możliwe jest jedynie zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ, wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego (46,80 zł miesięcznie) oraz pakietu ubezpieczenia od kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków. Brak wymienionych ubezpieczeń wiąże się z koniecznością poniesienia pełnych kosztów otrzymanych świadczeń zdrowotnych.

Katarzyna Furman-Łajszczak

Dostępność publicznej służby zdrowia dla studentów

Od 1 stycznia 2013 roku w Polsce funkcjonuje Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (dalej: eWUŚ). Informatyzacja placówek ochrony zdrowia, jak również zintegrowanie baz danych osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym (a tym samym mogących skorzystać z nieodpłatnych świadczeń) ma ułatwić organizację wizyt pacjentów. Zgodnie z założeniami eWUŚ do przychodni lekarskiej można przyjść tylko z dowodem osobistym i legitymacją studencką, a weryfikacja praw do ubezpieczenia zostanie dokonana na podstawie numeru PESEL.

Świadczone przez podmioty lecznicze usługi podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) są bezpłatne dla osób objętych ubezpieczeniem jedynie w sytuacji, w której podmioty te mają podpisane umowy o finansowanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Informacje na ten temat podawane są zazwyczaj w momencie rejestracji. Zawsze jednak należy się upewnić co do odpłatności konkretnych świadczeń, z których zamierza się skorzystać. W przypadku wizyty u lekarza rodzinnego (nie u specjalisty) studentów nie obowiązuje skierowanie – należy się jedynie zapisać do przychodni mającej umowę z NFZ.

Zapisanie się do przychodni rodzi konieczność złożenia tzw. deklaracji wyboru lekarza (art. 56 UoŚ). Dwa razy w roku wybraną przychodnię (jak również lekarza) można zmienić na inną bez konieczności ponoszenia kosztów z tego tytułu. Trzecia zmiana możliwa jest do przeprowadzenia jedynie wtedy, gdy mamy ku temu powód (np. zmiana miejsca zamieszkania). W przeciwnym wypadku za zmianę przychodni trzeba zapłacić.

Wizyta u lekarza specjalisty z reguły musi być poprzedzona wystawieniem skierowania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pracującego na podstawie umowy z NFZ. Tylko wtedy jest ona bezpłatna. Istnieją jednak wyjątki – można zapisać się na bezpłatną wizytę bez skierowania do lekarzy następujących specjalizacji: stomatolog, ginekolog i położnik, wenerolog, dermatolog, onkolog, okulista, psychiatra (art. 57 ust. 2 UoŚ).

Stałym problemem polskiej służby zdrowia są odległe terminy wizyt u specjalistów. Pomimo wdrażania kolejnych planów mających na celu wyeliminowanie tego zjawiska jest ono nadal obecne. Obowiązkiem podmiotów

uczestniczących w publicznym systemie opieki zdrowotnej jest prowadzenie tzw. listy oczekujących oraz informowanie świadczeniobiorców o najbliższym możliwym terminie wizyty. Konieczność oczekiwania na wizytę nie dotyczy osób objętych już leczeniem, wymagających wizyt kontrolnych, jak również osób posiadających tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu.

Wizyty u lekarzy specjalistów, którzy mają umowy z NFZ, są nieodpłatne. Istnieją jednak takie świadczenia, za które zawsze trzeba płacić (tzw. świadczenia nier refundowane). Należą do nich m.in. zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących wynikiem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia.

Katarzyna Furman-Łajszczak

Wymagania architektoniczne wobec przychodni lekarskich

Opisane poniżej zasady pozwalają ocenić standard obiektu przeznaczonego na przychodnię lekarską. Jest to istotny składnik generalnej oceny przychodni w grupie parametrów pozamedycznych.

W świetle obowiązujących przepisów – w tym ustawy *Prawo budowlane* z 7 lipca 1994 roku (tekst jednolity w Dz.U. z 2013 roku, poz. 1409) oraz *Rozporządzenia ministra infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* z 12 kwietnia 2002 roku (Dz.U. z 2002 roku, nr 75, poz. 690, z późn. zm.) – przychodnie należą do wyodrębnionej grupy obiektów użyteczności publicznej związanych ze służbą zdrowia. Ich projektowanie i adaptowanie wymaga uwzględnienia potrzeb takich użytkowników jak osoby niepełnosprawne, starsze i chore.

Miejsca postojowe dla samochodów mogą znajdować się bezpośrednio przy wejściu do przychodni (w przypadku innych obiektów wymagany jest odstęp co najmniej 7 m od ścian budynku).

Dojścia do budynku muszą być wykonane z materiałów o odpowiedniej nośności i walorach antypoślizgowych. Konieczne jest zapewnienie równej powierzchni chodników prowadzących do przychodni. Szerokość ciągu pieszego powinna wynosić minimum 1,5 m i pozwalać na swobodne mijanie się kilku osób, w tym pacjentów poruszających się na wózkach.

Pochylnie, dzięki którym można dostać się do przychodni, powinny być zaprojektowane tak, aby mogli z nich korzystać pacjenci niepełnosprawni bez pomocy osób trzecich.

Należy pamiętać, iż pacjenci na wózkach inwalidzkich nie są jedynymi użytkownikami pochylni. Powinny one służyć również osobom starszym i rodzinom z wózkami dziecięcymi. Pochylnie na zewnątrz budynków często mają postać łagodnie pochyłego chodnika, co stanowi dobrą praktykę projektową.

W zależności od różnicy poziomów, jaka ma być pokonana dzięki pochylni, stosuje się różne nachylenia powierzchni mierzone w procentach (np. 10 proc.

Dostęp do budynku

oznacza, że różnica poziomów wynosząca 10 cm wymaga 1 m pochylni).

Przepisy określają, że różnica poziomów wynosząca do 15 cm wymaga w każdych warunkach nachylenia powierzchni nieprzekraczającego 15 proc. Różnica poziomów wynosząca od 15 do 50 cm wymaga 8 proc. nachylenia w przypadku pochylni na terenie odkrytym oraz 10 proc. nachylenia w budynkach i na powierzchniach zadaszonych. Wszystkie różnice poziomów powyżej 50 cm wymagają 6 proc. nachylenia na zewnątrz i 8 proc. pod dachem.

Pochylnie muszą mieć szerokość minimum 1,2 m i być podzielone na odcinki nie dłuższe niż 9 m spocznikami o długości minimum 1,5 m. Na bokach muszą mieć krawężniki o wysokości co najmniej 7 cm oraz obustronne balustrady z poręczami na wysokości 75 i 90 cm. Poręcze pochylni i schodów zewnętrznych powinny być przedłużone o co najmniej 30 cm poza ich początek i koniec. Przestrzeń manewrowa dla wózka musi mieć rozmiary nie mniejsze niż 1,5 x 1,5 m.

Także schody zewnętrzne muszą spełniać określone parametry. Maksymalna liczba następujących po sobie stopni to 10 sztuk, maksymalna wysokość to 15 cm, a minimalna głębokość to 35 cm. W budynkach przychodni zabronione jest stosowanie stopni z noskami i podcięciami, które mogą powodować upadek. W przypadku schodów o wysokości ponad 50 cm nad poziom terenu wymagane jest stosowanie obustronnych balustrad.

Wejścia do budynków powinny być osłonięte daszkiem, który będzie chronił przed wpływem warunków atmosferycznych. Długość jego wysięgu powinna mieścić się w przedziale od 1 do 1,5 m, ale zaleca się, aby był dostosowywany do konkretnej sytuacji oraz umożliwiał bezpieczne i wygodne wejście i wyjście z przychodni.

Wejście do przychodni może mieć postać drzwi otwieranych na zewnątrz albo drzwi rozsuwanych. W tym drugim przypadku drzwi mogą otwierać się automatycznie lub po uruchomieniu ich za pomocą przycisku.

Schody wewnątrz budynku muszą służyć zarówno komunikacji, jak i celom ewakuacyjnym. Przepisy pozwalają na wykonanie maksymalnie 14 stopni w jednym biegu oraz nakazują, aby miały one szerokość 1,4 m. Dla porównania w budynkach mieszkalnych może występować nawet 17 następujących po sobie stopni, a ich szerokość może wynosić tylko 1,2 m.

Jak widać, szczególnie ważne jest sprawdzanie, czy wszystkie wymogi architektoniczne zostały uwzględnione przy adaptowaniu dawnych budynków mieszkalnych (np. kamienic) na potrzeby przychodni.

Maksymalna wysokość stopnia wynosi 15 cm (w budynkach o innym charakterze jest to od 17,5 do 20 cm). Konieczne jest, aby klatki schodowe w budynkach służby zdrowia miały poręcze lub balustrady mocowane na wysokości 1,1 m umożliwiające lewo- i prawostronne użytkowanie schodów. Jeśli schody mają szerokość przekraczającą 4 m, konieczne jest stosowanie dodatkowej balustrady pośredniej. Podobnie jak w przypadku schodów zewnętrznych w przychodniach zabronione jest stosowanie stopni z noskami i podcięciami oraz wskazane jest podkreślenie – za pomocą koloru lub faktury posadzki – początku i końca biegu schodów. W przychodniach zabronione jest projektowanie tzw. schodów wachlarzowych, chyba że są przeznaczone wyłącznie do użytkowania przez personel.

W przychodniach muszą być zamontowane dźwigi osobowe, nawet gdy są tylko dwie kondygnacje (w innych budynkach ten obowiązek występuje, gdy kondygnacji jest więcej niż pięć). Dźwigi muszą być przystosowane dla osób na wózkach oraz osób niewidomych i niedowidzących. Kabina dźwigu powinna mieć przynajmniej 1,4 na 1,1 m, ale zalecany jest rozmiar 1,4 x 2,1 m i drzwi otwierane automatycznie o szerokości przynajmniej 0,9 m (a najlepiej 1 m). Przyciski kasety przywołań windy oraz przyciski w samej windzie powinny znajdować się na wysokości przynajmniej 0,8 m od podłogi lub posadzki, ale nie wyżej niż 1,2 m. Przynajmniej jedna winda musi mieć wypukłe opisy i cyfry oraz oznaczenia brajlem. Zaleca się również, aby podczas pracy dźwigu pojawiały się sygnały dźwiękowe oraz komunikaty głosowe informujące o numerze piętra i otwarciu drzwi.

Komunikacja w budynku

Często spotykanym, choć niezalecanym rozwiązaniem jest tworzenie podnośników pneumatycznych sterowanych ręcznie przez pacjentów. Są to rozwiązania wymagające koncentracji, a często również umiejętności manualnych.

Dobrym pomysłem jest stosowanie kontrastującej kolorystyki posadzki względem ścian. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów niedowidzących, dla których jednorodne barwy płaszczyzn stanowią poważną barierę architektoniczną, równie niewłaściwą jak nieprawidłowo umiejscowione elementy wyposażenia wnętrz.

Pomieszczenia Drzwi do pomieszczeń przeznaczonych na gabinety lekarskie, toalety i pokoje zabiegowe powinny być bez progów, mieć szerokość minimum 0,9 m (zalecana to 1 m) i wysokość 2 m. Numeracja pomieszczeń powinna być czytelna i uzupełniona o oznakowanie w brajlu.

W przypadku zastosowania drzwi przeszklonych należy zapewnić wizualne oznaczenia tafli szklanej, chroniące przed przypadkowym wejściem w zamknięte drzwi.

Wszystkie pomieszczenia i przestrzenie wewnątrz przychodni muszą mieć ogrzewanie oraz wentylację bez recyrkulacji. Dopuszczalne jest – w przypadku braku wentylacji mechanicznej – wentylowanie poprzez otwarcie okien zewnętrznych.

Dobrą praktykę stanowi wydzielenie pomieszczenia dla rodziców karmiących i przewijających dzieci, zwane potocznie „pokojem matki z dzieckiem”.

Sanitariaty Wewnątrz łazienki powinna być zapewniona przestrzeń wolna od wyposażenia o polu 1,5 x 1,5 m, pozwalająca na swobodne operowanie wózkiem. Miska ustępowa powinna być zamocowana na wysokości 45-50 cm od poziomu posadzki. Obok niej należy też zapewnić przestrzeń do odstawienia wózka, o czym nadal często się zapomina.

Łazienki dla osób niepełnosprawnych powinny być wyposażone w przycisk awaryjny pozwalający wezwać pomoc, np. z pomieszczenia ochrony.

Każdy mebel lub inny przedmiot znajdujący się we wnętrzach przychodni powinien spełniać wiele wymogów użytkowych oraz technicznych. Ich umiejscowienie musi tworzyć przemyślaną całość bezpieczną dla pacjentów. Klamki umieszcza się niżej niż zwykle, maksymalnie na wysokości 1,2 m, włączniki oświetlenia w przedziale 0,8-1,1 m nad posadzką, gniazdka 0,4-1,1 m nad posadzką. Blat recepcji powinien być dostępny dla osób na wózkach (maksymalnie 90 cm od posadzki).

Wymagania architektoniczne stawiane przychodniom uświadamiają nam uprzywilejowany charakter tego typu obiektów. Ważne jest, aby wszyscy pacjenci mieli świadomość, że w takich budynkach konieczne jest stosowanie bardziej wyśrubowanych standardów niż gdziekolwiek indziej.

Bez właściwej oceny parametrów obiektu pod kątem udostępnienia go osobom starszym, rodzicom z małymi dziećmi czy niepełnosprawnym trudno mówić o kompleksowej ocenie pozamedycznych aspektów funkcjonowania przychodni.

Patryk Żurawski

* Autor jest architektem, wykładowcą w Wyższej Szkole Gospodarowania Nieruchomościami, współautorem nagradzanych projektów, takich jak siedziby Asseco Poland SA w Warszawie czy budynek wielorodzinny OdraHouse we Wrocławiu.

Wyposażenie

Orzecznictwo sądów administracyjnych związane z dostępem do informacji o działaniu służby zdrowia

Do udostępnienia zgromadzonych informacji zobowiązane są przede wszystkim władze publiczne. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 UDIP obowiązek ten spoczywa również na podmiotach reprezentujących inne osoby lub jednostki organizacyjne, które wykonują zadania publiczne lub dysponują majątkiem publicznym, czyli np. na prezesie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Informacje wytworzone czy posiadane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w związku z wykonywanymi zadaniami publicznymi mają charakter informacji publicznych, co jednoznacznie rozstrzygnęła uchwała Naczelnego Sądu Administracyjnego przyjęta 9 grudnia 2013 roku.

Również publiczne zakłady opieki zdrowotnej mieszczą się w zakresie podmiotowym stosowania UDIP (potwierdza to wyrok WSA w Białymstoku z 25 listopada 2008 roku, II SAB/Bk 45/08). Jednocześnie na niepublicznym podmiocie leczniczym, który jest dysponentem środków publicznych, spoczywa obowiązek udzielenia informacji publicznej, ponieważ „NZOZ prowadzony w formie prywatnej spółki prawa handlowego, z uwagi na fakt podpisania umowy z NFZ, staje się jednym z podmiotów publicznej opieki zdrowotnej, wykonującym zadania publiczne, w tym zakresie jest zobowiązany do stosowania UDIP” (wyrok WSA w Poznaniu z 5 września 2012 roku, IV SAB/Po 52/12). Podobnie szpital jako publiczny samodzielny zakład opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim korzysta ze środków publicznych, jest podmiotem zobowiązany do udzielenia informacji stanowiących informację publiczną (wyrok WSA w Lublinie z 13 czerwca 2012 roku, II SAB/Lu 51/12).

W orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego dotyczącym służby zdrowia wskazuje się, że przepisy UDIP gwarantują ochronę informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa. Można więc odmówić ujawnienia danych zawartych w ofertach składanych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż stanowią one tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu *Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji*. Oferty zawierają też dane osobowe, których nie pozwala ujawniać *Ustawa o ochronie danych osobowych*. O wymienionych granicach dostępu do informacji posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia mówią wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego z 16 marca 2011 roku (sygnatury akt: II GSK 264/10

i II GSK 265/10) i 5 kwietnia 2013 roku (sygnatura akt: I OSK 189/13) oraz wyroki Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 3 kwietnia 2012 roku (sygnatura akt: VI SA/WA 106/12) oraz 12 kwietnia 2012 roku (sygnatura akt: VI SA/WA 276/12).

Ustawodawca, wymieniając tajemnicę przedsiębiorcy jako przesłankę ograniczenia dostępu do informacji publicznej, przypisał jej szczególną rangę, porównywalną tylko z prawem do ochrony prywatności jednostki. Choć pojęcie „tajemnicy przedsiębiorcy” nie zostało precyzyjnie zdefiniowane, to w opinii Naczelnego Sądu Administracyjnego mieszczą się w nim bez wątplenia dane zawarte w ofercie stanowiącej podstawę do ubiegania się o umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wymóg transparentności działań w zakresie świadczenia usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowany jest także przez zapewnienie dostępu do informacji o tym, jak dany podmiot jest oceniany przez NFZ jako dysponenta środków publicznych (wyrok NSA z 1 września 2011 roku, I OSK 1075/11).

Iwona Miedzińska

⬆️ rozstrzygnięcie korzystne dla wnoszących
o dostęp do informacji publicznej

⬇️ rozstrzygnięcie niekorzystne

1 

- Sygnatura i data** I OPS 8/13 – uchwała składu siedmiu sędziów NSA z 9 grudnia 2013 roku.
- Zagadnienie** Zakres informacji obligatoryjnie publikowanych przez NFZ na stronie internetowej a dostęp do informacji publicznej.
- Orzeczenie** Nałożenie na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku zamieszczenia na stronie internetowej wyłącznie informacji, o których mowa w art. 135 ust. 2 Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku nr 164, poz. 1027 ze zm.), nie oznacza, że do informacji niewymienionych w tym przepisie nie stosuje się Ustawy z 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).
- Z uzasadnienia** W orzecznictwie nie budzi bowiem wątpliwości, że środki finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia są środkami publicznymi (art. 114 ust. 1 ustawy o świadczeniach), zaś Narodowy Fundusz Zdrowia wchodzi w skład sektora finansów publicznych (art. 9 pkt 9 Ustawy z 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, tj. Dz.U. z 2013 roku, poz. 885 ze zm.).

2 

- Sygnatura i data** I OSK 189/13 – wyrok NSA z 5 kwietnia 2013 roku.
- Zagadnienie** Oferty konkursowe świadczenia usług medycznych jako informacja publiczna.
- Orzeczenie** [NSA] w sprawie ze skargi Szpitala Miejskiego (...) spółki z o.o. w (...) na decyzję Dyrektora M. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. z dnia (...) czerwca 2012 roku nr (...) w przedmiocie odmowy udostępnienia informacji publicznej 1) oddała skargę kasacyjną; 2) zasądza od Dyrektora M. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. na rzecz Szpitala Miejskiego (...) sp. z o.o. w (...) kwotę 120 (sto dwadzieścia) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.
- Z uzasadnienia** 1. Za informację publiczną należy uznawać każdą wiadomość wytworzoną przez szeroko rozumiane władze publiczne, a także inne podmioty, które tę władzę realizują lub gospodarują mieniem komunalnym czy

majątkiem Skarbu Państwa. Charakter informacji publicznej ma również informacja niewytworzona przez podmioty publiczne, lecz do nich się odnosząca.

2. Wnioski zawierające ofertę zawarcia umowy na udzielanie świadczeń medycznych, jakie zostały złożone do NFZ w celach konkursowych, stanowią informację publiczną, zaś Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 roku nr 164, poz. 1027 ze zm.) nie reguluje w sposób szczególny zasad i trybu dostępu do tych informacji po zakończeniu postępowania konkursowego.

3. Obowiązek publikowania w internecie szczegółowych informacji o każdej zawartej umowie nie powoduje jednak, iż z tej tylko przyczyny NFZ może nie stosować przepisów UDIP w odniesieniu do innych informacji o charakterze publicznym, nieobjętych dyspozycją art. 135 ust. 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (m.in. wyrok NSA z 1 września 2011 roku, sygn. akt I OSK 1075/11).

3 

Sygnatura i data	II SAB/Lu 51/12 – wyrok WSA w Lublinie z 13 czerwca 2012 roku.
Zagadnienie	Zobowiązanie SPZ02 do udzielenia informacji publicznej; uprawnienie do kwestionowania bezczynności w sprawie udzielenia informacji publicznej.
Orzeczenie	<p>1. [WSA] zobowiązuje Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego (...) w Z. do rozpoznania w terminie 14 dni od daty doręczenia prawomocnego wyroku wraz z aktami administracyjnymi wniosku Związku (...) w L. z dnia 10 sierpnia 2011 roku o udostępnienie informacji publicznej;</p> <p>2. stwierdza, że bezczynność Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego (...) w Z. nie miała charakteru rażącego;</p> <p>3. zasądza od Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego (...) w Z. na rzecz Związku (...) w L. kwotę 440 (czterysta czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania.</p>
Z uzasadnienia	1. Szpital jako publiczny samodzielny zakład opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim korzysta ze środków publicznych, jest podmiotem

zobowiązany do udzielenia informacji stanowiących informację publiczną.

2. Strona ma prawo kwestionowania bezczynności organu w przypadku, gdy uznaje, iż żądane informacje są informacjami publicznymi i powinny być udzielone w trybie wnioskowym na podstawie UDIP.

4 

Sygnatura i data IV SAB/Po 52/12 – wyrok WSA w Poznaniu z 5 września 2012 roku.

Zagadnienie Obowiązki NFZ i NZOZ w zakresie udostępniania informacji publicznych.

Orzeczenie 1. [WSA] zobowiązał Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „A” sp. z o.o. w P. do załatwienia wniosku o udostępnienie informacji publicznej,

2. stwierdził, że bezczynność Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „A” sp. z o.o. w P. miała miejsce z rażącym naruszeniem prawa,

3. zasądził od Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „A” sp. z o.o. w P. na rzecz R.P. kwotę 100 (sto) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Z uzasadnienia 1. Nałożenie na NFZ obowiązku publikowania w internecie szczegółowych informacji o każdej zawartej umowie nie powoduje, że z tej tylko przyczyny jest on zwolniony z obowiązku stosowania przepisów Ustawy z 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.) w odniesieniu do innych informacji o charakterze publicznym, nieobjętych dyspozycją art. 135 ust. 2 Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 roku nr 164, poz. 1027 ze zm.).

2. NZOZ nie jest podmiotem prowadzącym Biuletyn Informacji Publicznej i nie może skutecznie odmówić udostępnienia posiadanej przez siebie informacji publicznej na wniosek (art. 10 ust. 1 Ustawy o dostępie do informacji publicznej), powołując się na udostępnienie tylko części tej informacji (*in casu* – umowy między NZOZ a NFZ), udostępnionej przez inny podmiot (NFZ), w prowadzonym przez inny podmiot Biuletynie Informacji Publicznej.

5 ↓

Sygnatura i data	II SAB/Op 3/12 – wyrok WSA w Opolu z 8 maja 2012 roku.
Zagadnienie	Żądanie udostępnienia danych o liczbie osób zarażonych wirusem HCV.
Orzeczenie	Oddalono skargę A.K. na przewlekłość postępowania Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w K. w przedmiocie informacji publicznej.
Z uzasadnienia	<p>1. Wiadomości dotyczące liczby osób zarażonych wirusem HCV korzystających w danym okresie z usług określonego szpitala bądź będących w nim zatrudnionymi nie stanowią informacji publicznej w rozumieniu art. 1 ust. 1 Ustawy z 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198), podlegającej udostępnieniu w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej. Stwierdzić należy, że nie dotyczą one spraw publicznych, w szczególności związanych z działalnością organu, lecz jako związane ze stanem zdrowia podmiotów prywatnych i pobytem tych osób w placówce leczniczej bądź wykonywaniem pracy w tej placówce dotyczą sfery życia prywatnego. Prawo do prywatności podlega natomiast ochronie konstytucyjnej, zgodnie z art. 47 Konstytucji RP. O ile zatem w trybie powoływanej ustawy mogą być udostępniane informacje dotyczące osób wykonujących funkcje publiczne związane z działalnością wykonywaną w ramach i w bezpośrednim związku z funkcjonowaniem instytucji publicznej, o tyle wiadomości związane ze sferą życia prywatnego tych osób nie podlegają już takiemu udostępnieniu. Na podstawie Ustawy o dostępie do informacji publicznej nie mogą być bowiem udostępniane informacje dotyczące sfery prywatnej. Do informacji takich zaliczyć natomiast należy wiadomości dotyczące stanu zdrowia i jego związku z pobytem w określonym szpitalu bądź wykonywaniem w nim pracy, która nie jest sprawowaniem funkcji publicznej.</p> <p>2. Dostęp do danych dotyczących zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, podlegających gromadzeniu przez powiatowego inspektora sanitarnego w prowadzonym przez niego rejestrze, o którym mowa w art. 30 Ustawy z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570 ze zm.), podlega ograniczeniu. Zgodnie z art. 30 ust. 2 tej ustawy dane z rejestru</p>

są udostępniane jedynie podmiotom określonym w art. 30 ust. 1, a więc dostępu do nich nie mają podmioty prywatne. Ograniczenie takie jest wynikiem tego, że informacje tam gromadzone dotyczą zdrowia zidentyfikowanych osób fizycznych, a więc ich sfery prywatnej, i podlegają szczególnej ochronie. Stwierdzić należy, że przepis art. 30 ust. 2 powołanej ustawy wskazuje na odrębny tryb dostępu do informacji znajdujących się w rejestrze. W sytuacji natomiast, gdy wnioskodawca żąda udzielenia informacji, co do których ustawowo określono odrębne zasady dostępu do nich, brak jest podstaw do wydania decyzji odmownej o ich udostępnieniu, przewidzianej dla odmowy udostępnienia informacji publicznej. W takim przypadku organ powinien jedynie poinformować wnioskodawcę, że żądane wiadomości nie są udostępniane w trybie ustawy.

6 

Sygnatura i data	I OSK 1075/11 – wyrok NSA z 1 września 2011 roku.
Zagadnienie	NFZ jako podmiot zobowiązany do udzielenia informacji publicznej; protokoły kontroli i wystąpienia pokontrolne dotyczące realizacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej jako informacje publiczne.
Orzeczenie	Naczelny Sąd Administracyjny po rozpoznaniu w dniu 1 września 2011 roku na rozprawie w Izbie Ogólnoadministracyjnej skargi kasacyjnej Dyrektora Ś. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia od wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 8 marca 2011 roku, sygn. akt IV SAB/GL 68/10, w sprawie ze skargi (...) w K. na bezczynność Dyrektora Ś. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiocie informacji publicznej: <ol style="list-style-type: none"> 1. oddala skargę kasacyjną; 2. zasądza od Dyrektora Ś. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz (...) w K. kwotę 120 (sto dwadzieścia) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.
Z uzasadnienia	1. Narodowy Fundusz Zdrowia, ze względu na zakres swojej działalności (m.in. gospodarowanie środkami publicznymi), jest podmiotem zobowiązanym do udzielania informacji publicznych.

2. Nałożenie na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku publikowania w internecie szczegółowych informacji o każdej zawartej umowie nie powoduje, iż z tej tylko przyczyny jest on zwolniony z obowiązku stosowania przepisów Ustawy z 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.) w odniesieniu do innych informacji o charakterze publicznym (nieobjętych dyspozycją art. 135 ust. 2 Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

3. Protokoły kontroli oraz wystąpienia pokontrolne dotyczące realizacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej (zawierające dane o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wysokości nałożonych kar umownych i wysokości środków, do których zwrotu zobowiązano dany podmiot) stanowią informację publiczną.

7 ↓

Sygnatura i data	IV SAB/Po 16/13 – postanowienie WSA w Poznaniu z 11 kwietnia 2013 roku.
Zagadnienie	Skarga na bezczynność dyrektora SPZOZ w przedmiocie udostępnienia informacji publicznej a dostęp do żądanych informacji w innym trybie.
Orzeczenie	Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2013 roku sprawy ze skargi J.R. na bezczynność Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. w przedmiocie udostępnienia informacji publicznej postanawia: 1. odrzucić skargę, 2. zwrócić skarżącej kwotę 100 (sto) złotych tytułem uiszczonego wpisu sądowego.
Z uzasadnienia	1. Mając na uwadze, że skarżąca ma zapewniony dostęp do żądanych informacji w trybie określonym w innych ustawach szczególnych, niedopuszczalne było wydawanie przez Dyrektora decyzji odmownej, skoro żądane informacje nie były informacjami publicznymi w rozumieniu UDIP (tak zob. I. Kamińska, M. Rozbicka-Ostrowska, Ustawa o dostępie do informacji publicznej. Komentarz praktyczny, Warszawa 2008, s. 112-113; wyrok NSA z 1.10.2010, I OSK 1193/10, baza orzeczeń NSA).

2. Samo powoływanie się na ustawę o dostępie do informacji publicznej nie implikuje konieczności jej stosowania, jeśli z całokształtu okoliczności wynika, że skarżący ma zapewniony dostęp do żądanych informacji w innym trybie i jeżeli jest to wniosek w indywidualnej sprawie. W takim przypadku skarga na bezczynność organu w przedmiocie dostępu do informacji publicznej jako niedopuszczalna powinna podlegać odrzuceniu na podstawie art. 58 par. 1 pkt 6 PostAdmU (postanowienie NSA z 19.10.2011, I OSK 1987/11).

8 

Sygnatura i data	IV SAB/GI 68/10 – wyrok WSA w Gliwicach z 8 marca 2011 roku.
Zagadnienie	Skarga na bezczynność Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiocie informacji publicznej.
Orzeczenie	<p>Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 8 marca 2011 roku sprawy ze skargi (...) Uniwersytetu (...) w K. na bezczynność Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiocie informacji publicznej:</p> <ol style="list-style-type: none">1. zobowiązuje Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do załatwienia wniosku Rektora (...) Uniwersytetu (...) w K. z 29 lipca 2010 roku;2. zasądza od (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz (...) Uniwersytetu (...) w K. kwotę (...) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania.
Z uzasadnienia	<p>1. Zaznaczyć należy, że przepisy art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. b i lit. c ustawy nie ograniczają zakresu dostępu do informacji jedynie do dokumentów urzędowych. Przyjmuje się, że udostępnieniu podlegają wszystkie stanowiska, wystąpienia, oceny dokonywane przez organy władzy publicznej oraz stanowiska w sprawach publicznych zajmowane przez te organy i funkcjonariuszy publicznych (T.R. Aleksandrowicz, Komentarz do ustawy o dostępie do informacji publicznej, Warszawa 2008, s. 199). Dodatkowo zaznaczyć trzeba, że w piśmiennictwie przyjmuje się, iż art. 3 ust. 1 ustawy określający zakres przedmiotowy prawa do informacji należy interpretować rozszerzająco, zgodnie z konstytucyjną</p>

zasadą dostępu do wszelkich dokumentów obejmujących informacje publiczną.

2. Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. jako organ reprezentujący jednostkę organizacyjną, która wykonuje zadania publiczne, w świetle art. 4 ust. 1 pkt 5 Ustawy o dostępie do informacji publicznej jest podmiotem zobowiązanym do merytorycznego załatwienia wniosku strony skarżącej, który nie dotyczy spraw *stricte* wewnętrznych, niemających charakteru informacji, o której mowa w art. 1 ust. 1 Ustawy o dostępie do informacji publicznej.

9 ↓

Sygnatura i data	II SAB/Bk 45/08 – wyrok WSA w Białymstoku z 25 listopada 2008 roku.
Zagadnienie	Skarga na bezczynność Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w B. w przedmiocie udostępnienia informacji publicznej.
Orzeczenie	Wojewódzki Sąd Administracyjny w Białymstoku po rozpoznaniu (...) sprawy ze skargi J.T. na bezczynność Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w B. w przedmiocie udostępnienia informacji publicznej w postaci nagrania rozmowy telefonicznej: <ol style="list-style-type: none">1. oddała skargę;2. przyznaje adwokatowi I.M. od Skarbu Państwa (kasa Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku) kwotę 328,75 (trzysta dwadzieścia osiem złotych siedemdziesiąt pięć groszy) tytułem wynagrodzenia za zastępstwo prawne skarżącego wykonane na zasadzie prawa pomocy.
Z uzasadnienia	1. Informacja publiczna dotyczy strefy faktów. Jest nią treść dokumentów wytworzonych przez organy władzy publicznej, treść wystąpień i ocen przez nie dokonywanych, niezależnie do jakiego podmiotu są one kierowane i jakiej oprawy dotyczą. Informację publiczną stanowi więc treść wszelkiego rodzaju dokumentów odnoszących się do organu władzy publicznej, związanych z organem bądź w jakikolwiek sposób

dotyczących organu, bez względu na to, co jest ich przedmiotem. Są nią zarówno treści dokumentów bezpośrednio wytworzonych przez organ, jak i te, których organ używa przy realizacji przewidzianych prawem zadań; także te, które tylko w części dotyczą organu, nawet gdy nie pochodzą wprost od niego. Charakteru informacji publicznej nie mają natomiast wnioski w sprawach indywidualnych, wnioski będące postulatem wszczęcia postępowania w innej sprawie, a także wnioski dotyczące przyszłych działań organów w sprawach indywidualnych (*vide*: postanowienie NSA z dnia 11 grudnia 2002 roku, II SAB 105/02, wyrok WSA w Warszawie z dnia 22 czerwca 2007 roku, II SAB/Wa 175/06, oraz wyrok WSA w Warszawie z dnia 24 marca 2006 roku, II SAB/WA 1/06).

2. Uwzględniając powyższe, nie ulega wątpliwości, że publiczne zakłady opieki zdrowotnej mieszczą się w zakresie podmiotowym stosowania Ustawy o dostępie do informacji publicznej, a charakter informacji, o udzielenie której wystąpił skarżący, tj. nagrania rozmowy telefonicznej z wezwania karetki pogotowia, odpowiada przedstawionej wyżej definicji informacji publicznej.

3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w B., odmawiając udzielenia informacji publicznej skarżącemu ze wskazaniem, że nie posiada żądanego przez niego nagrania rozmowy telefonicznej z wezwania karetki pogotowia, nie musiał wydawać decyzji administracyjnej, a mógł to uczynić w dowolnej formie, dopuszczalną i wystarczającą formą było udzielenie pisemnej odpowiedzi. Zaznaczyć przy tym należy, że w przypadku, w którym organ administracji odpowiada na wniosek o udzielenie informacji publicznej, lecz nie może podać żądanych informacji, bo ich nie ma, odpowiedź organu należy traktować jako udzielenie informacji, a nie jako bezczynność organu. W przeciwnym razie, w sytuacji gdy organ nie ma żądanej informacji, ewentualne orzeczenie sądu zobowiązujące do udzielenia informacji byłoby w ogóle niewykonalne. Nie można bowiem zobowiązać organu do udzielenia informacji, której nie ma (tak: WSA w Warszawie w wyroku z dnia 6 lipca 2006 roku, II SA/Wa 48/06).

4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w B. w sposób prawidłowy załatwił wnioszek skarżącego z dnia 20 marca 2007 roku, informując, że nie posiada żadanego nagrania, albowiem wezwanie karetki pogotowia skierowane było do terenowej placówki pogotowia w B., która w ogóle nie rejestrowała rozmów telefonicznych dotyczących takich wezwań.

10 

Sygnatura i data	II GSK 264/10 – wyrok NSA z 16 marca 2011 roku.
Zagadnienie	Zasady postępowania w sprawie rozstrzygania konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
Orzeczenie	[NSA] po rozpoznaniu w dniu 23 lutego 2011 roku na rozprawie w Izbie Gospodarczej skargi kasacyjnej Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w W. z dnia 12 listopada 2009 roku, sygn. akt VI SA/Wa 1460/09, w sprawie ze skargi Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w Ł. na decyzję Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia (...) czerwca 2009 roku nr (...) w przedmiocie oddalenia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Wojewódzkiemu Sądowi Administracyjnemu w W.
Z uzasadnienia	1. Zgodzić się należy ze stanowiskiem strony wnoszącej skargę kasacyjną, że organ nie był zobowiązany do wydania postanowienia w trybie art. 74 par. 2 k.p.a. odmawiającego NZOZ prawa przeglądania akt sprawy. Przede wszystkim, stosownie do art. 74 k.p.a., organ może odmówić udostępnienia akt, które są objęte ochroną tajemnicy państwowej lub które organ wyłączy ze względu na ważny interes państwowy. W rozpatrywanej sprawie taka sytuacja nie miała miejsca. Problem sprowadza się mianowicie do tego, czy oferta konkurencyjnego świadczeniodawcy powinna stanowić dowód w sprawie administracyjnej. Odpowiadając na to pytanie, należy stwierdzić, że oferta konkurencyjnego świadczeniodawcy jest dowodem w sprawie administracyjnej, jednak z tym stanowczym zastrzeżeniem, że usunięte z niej powinny być

dane dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa oraz wszelkie dane osobowe podlegające ochronie.

2. Nietrafnie sąd pierwszej instancji zarzucił Prezesowi NFZ, że nie wyjaśnił, dlaczego przeprowadzono kontrolę tylko jednego oferenta, tzn. NZOZ. Zgodnie z par. 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz.U. nr 273, poz. 2719) komisja konkursowa jest uprawniona do kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy. Uprawnienie to, jak trafnie podkreślono w skardze kasacyjnej, jako wynikające z obowiązującego prawa nie może być odczytywane jako naruszenie prawa. Dodać należy, że to uprawnienie nie może być rozumiane jako przejaw nierównego traktowania uczestników konkursu, mieści się bowiem w granicach swobodnego wyboru komisji konkursowej.

Zdanie odrębne

Nie podzielam stanowiska Naczelnego Sądu Administracyjnego wyrażonego w uzasadnieniu do wyroku z dnia 16 marca 2011 roku, o sygnaturze II GSK 264/10, że odmowa stronie udostępnienia pełnych akt sprawy nie miała wpływu na ostateczne rozstrzygnięcie sprawy. Uważam, że odmowa ta narusza zasadę jawności akt sprawy administracyjnej będącą jedną z podstawowych zasad tego postępowania i miała wpływ na ostateczne rozstrzygnięcie sprawy. Skarga kasacyjna powinna być oddalona. Oznacza to, że wyrok sądu pierwszej instancji jest prawidłowy. Odmowa powyższa w ocenie Naczelnego Sądu Administracyjnego była uzasadniona i wynikała z treści przepisów Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 roku nr 153, poz. 1503 ze zm.) oraz z przepisów Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 roku nr 101, poz. 926 ze zm.).

Podkreślam, że w mojej ocenie Naczelny Sąd Administracyjny w treści uzasadnienia nie wskazał, które przepisy z wyżej powołanych ustaw zostały naruszone, aby uzasadniały taką odmowę. Nie odniósł

się też sąd do treści art. 73 Kodeksu postępowania administracyjnego, który ma zastosowanie w sprawie, regulującego prawo strony wglądu do akt w każdym stadium postępowania. Sąd, o ile odniósł się do wyżej cytowanej Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, to błędnie powołał etapy postępowania. Argumentacja sądu w powiązaniu z treścią tej ustawy dotyczy etapu zawarcia umowy ze świadczeniodawcami. W mojej ocenie jest to inny etap postępowania i do niego mają zastosowanie inne przepisy, a więc przepisy Kodeksu cywilnego, o czym mowa w art. 155 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 roku nr 164, poz. 1027 ze zm.) w zakresie niewyłączonym przez przepisy tej ustawy.

Odmowa stronie udostępnienia pełnych akt sprawy pomimo złożonego w tym względzie wniosku narusza art. 73 Kodeksu postępowania administracyjnego. Chodzi o pozbawienie strony prawa do pełnej obrony. Na odmowę udostępnienia akt wydaje się postanowienie, na które służy zażalenie. Przepis zaś art. 74 par. 2 Kodeksu postępowania administracyjnego przewiduje taką odmowę, ale dotyczy ona ochrony tajemnicy państwowej, a to w niniejszej sprawie nie występuje.

Podkreślić należy, że akta, których stronie nie udostępniono, nie były objęte klauzulą poufności, o której mowa w art. 55 Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2007 roku nr 155, poz. 1095 ze zm.). Oznacza to, że tylko w takiej sytuacji wyłączona jest jawność akt i pozostają wówczas w związku z przepisami wyżej wymienionej Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Skoro z akt sprawy nie wynika, że nadana została klauzula poufności, nie było innych podstaw prawnych, aby jawność akt stronie w postępowaniu administracyjnym wyłączyć. Wprowadzenie zastępczych barier, jak to uczynił sąd w niniejszej sprawie, w powiązaniu z ogólnymi zasadami wynikającymi z zacytowanych ustaw w kontekście powyższych wywodów i przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego jest niedopuszczalne.

Narzędzia badawcze i metodologia programu WatchDoctor

Dotychczas krajowe podmioty lecznicze nie były objęte dużymi programami strażniczymi w zakresie jakości świadczonych usług, sposobu finansowania czy przejrzystości działań. Nie było też badań watchdogowych poświęconych opiece medycznej nad studentami. Temat ten zdaje się nieatrakcyjny także dla naukowców. Stąd inicjatywa Funduszu Pomocy Studentom pod nazwą WatchDoctor, która rozszerza zakres obywatelskich działań nadzorczych w jednej z kluczowych sfer aktywności państwa, jaką jest służba zdrowia.

W założeniach programu WatchDoctor przyjęto, że w jego realizacji nie mogą brać udziału osoby związane ze służbą zdrowia. W zespole realizującym program WatchDoctor nie ma więc lekarzy, personelu medycznego czy też studentów i absolwentów kierunków lekarskich, stomatologicznych, pielęgniarских lub farmaceutycznych. W żadnym opisie efektów programu osoby, które go realizują, nie odnoszą się do jakości stawianych diagnoz, sposobu i czasu leczenia oraz innych kwestii merytorycznych związanych z medycyną.

W polu zainteresowania badaczy znalazły się natomiast kwestie efektywności systemu publicznej służby zdrowia, przejrzystości działań i źródeł finansowania, dostępności usług medycznych i profesjonalizmu działania obsługi administracyjnej. Jednym słowem wszystko to, co można obiektywnie ocenić z perspektywy pacjenta.

Realizację programu WatchDoctor rozpoczęto 2 lipca 2012 roku od wyznaczenia zakresu badań, przeprowadzenia analizy stanu prawnego oraz przeglądu literatury i wyników badań dotyczących służby zdrowia.

W drugim etapie skoncentrowano się na tej części podmiotów leczniczych finansowanych ze źródeł publicznych, która swoje usługi adresuje głównie do studentów, doktorantów i pracowników uczelni. Pozyskano informacje na temat działania poprzez:

- wnioski o udostępnienie informacji publicznej kierowane do podmiotów leczniczych,
- wnioski o udostępnienie informacji publicznej kierowane do uczelni publicznych,
- ankiety internetowe (CAWI) wypełniane przez pacjentów,

- badanie typu *mystery calling* (telefoniczne rozmowy z obsługą przychodni lekarskich),
- wywiady z przedstawicielami samorządów studenckich i związków zawodowych działających na uczelniach,
- badanie infrastruktury i ocenę warunków higienicznych przychodni,
- wywiady kwestionariuszowe z pacjentami tuż po ich wizycie w przychodni lekarskiej.

W monitoringu zastosowano tradycyjne socjologiczne techniki i metody badawcze. Kluczową rolę odegrało 2789 wywiadów kwestionariuszowych przeprowadzonych przez 350 wolontariuszy. Każdy kwestionariusz zawierał 63 pytania, a zatem do bazy danych trzeba było wprowadzić ponad 175 tysięcy informacji. Wywiady przeprowadzono z pacjentami 140 przychodni znajdujących się najczęściej w jednym z 11 dużych ośrodków akademickich: Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu, Toruniu, Łodzi, Krakowie, aglomeracji Trójmiasta, Olsztynie, Białymstoku, aglomeracji Śląska (głównie Katowice i Gliwice), Lublinie.

Rzadko spotykana w organizacjach pozarządowych skala badania dała nie tylko obszerny materiał źródłowy, ale miała również walory edukacyjne. Zdecydowaną większość wolontariuszy stanowili studenci innych kierunków niż prawo czy socjologia. WatchDoctor był dla nich często pierwszym kontaktem z działalnością strażniczą. Przed przystąpieniem do badania wszyscy wolontariusze musieli zostać zaznajomieni z podstawowymi celami i założeniami monitoringu. Taki sposób działania przysłużył się promowaniu idei strażnictwa obywatelskiego oraz podnoszeniu świadomości prawnej. Wymagał jednak, aby metodologia i narzędzia wykorzystane w badaniu były maksymalnie czytelne, zrozumiałe dla osób, które w programie swoich studiów nie miały metod i technik badań społecznych.

Użyte narzędzia badawcze zostały najpierw zastosowane w ramach pilotażu, który w warszawskich przychodniach przeprowadzili późniejsi koordynatorzy badań, a następnie uległy modyfikacji. Ostateczne wersje formularza były zestandaryzowane, a więc identyczne dla wszystkich badaczy.

Wyniki badania z formularzy papierowych zostały przeniesione do elektronicznej bazy danych umożliwiającej ich zliczanie i analizę.

Ze szczególną uwagą potraktowano kwestię wpływu obserwatorów na przedmiot badań. Ponieważ w naukach społecznych przeważa pogląd, iż zarówno na wynik badania, jak i na późniejsze funkcjonowanie badanych podmiotów wpływa osoba badacza i sposób jego działania, program WatchDoctor zaprojektowano tak, aby uwzględnić rolę tego wpływu. Efekt tzw. badania w działaniu najłatwiej było zaobserwować podczas sprawdzania dostępności Karty Praw Pacjenta. Kiedy pierwsi badacze trafiali do danej przychodni, Karty w niej często nie było, lecz kiedy po kilku dniach pojawiali się kolejni, odnotowywali, że Karta została wywieszona, lub że widzieli wywieszoną informację, iż Karta jest dostępna w recepcji.

Zaskoczeniem dla zespołu projektującego działania w ramach programu WatchDoctor był wysoki odsetek odpowiedzi na wszystkie pytania umieszczone w kwestionariuszu. Większość odmów odpowiedzi dotyczyła części metryczkowej (np. pytania o wiek i status), co jest znanym zjawiskiem w tego typu badaniach. Nieliczni studenci socjologii biorący udział w badaniu (z Uniwersytetu Gdańskiego oraz Wyższej Szkoły Informatyki i Ekonomii w Olsztynie) osiągnęli podobną liczbę odpowiedzi na pytania z kwestionariusza jak wolontariusze studiujący inne kierunki. Można to uznać za jeden z dowodów potwierdzających właściwe przeszkolenie wolontariuszy na okoliczność realizacji programu WatchDoctor.

Adriana Bartnik

Sposób przygotowania kwestionariusza wywiadu z pacjentami opuszczającymi przychodnię

Część I.

Identyfikacja badacza, badania i badanej placówki

A. data badania

Warto badaczom przypomnieć w komentarzu, że chodzi o datę przeprowadzenia badania, a nie o datę wprowadzenia danych do systemu.

B. imię i nazwisko badacza

C. numer ankiety

Każdy badacz sam numeruje swoje ankiety, rozpoczynając od 001.

D. pełna nazwa przychodni

Jeżeli jest to możliwe, warto przed rozpoczęciem badania przygotować zamkniętą listę badanych placówek, aby uniknąć wprowadzania do systemu informacji o badanych placówkach na różne sposoby.

E. dokładny adres przychodni

F. specjalizacja lekarza

G. imię i nazwisko lekarza

Część II.

Pytania dotyczące tylko wizyty pacjenta w przychodni w danym dniu

1. Czy podczas dzisiejszej wizyty uzyskał/a Pan/Pani od lekarza zrozumiałą informację o stanie swojego zdrowia?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

2. Czy w trakcie dzisiejszej wizyty został/a Pan/Pani w pełni poinformowany/-na przez lekarza o możliwych metodach leczenia?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć / nie dotyczy*

3. Czy w związku z dzisiejszą wizytą istnieją Pana/Pani zdaniem powody do złożenia skargi na lekarza?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

3-A. Proszę wyjaśnić, jakie to są powody.

Pytanie otwarte, dotyczy tylko osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „tak” lub „raczej tak”.

4. Czy na dzisiejszą wizytę umówił/a się Pan/Pani na dogodny dla siebie termin i godzinę, tak aby nie musiał/a się Pan/i zwalniać z pracy/lekcji/zajęć?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

5. Czy ponosił/a Pan/Pani dodatkowe koszty w związku z dzisiejszą wizytą?

Są tylko trzy możliwe warianty odpowiedzi:

- tak*
- nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

5-A. Proszę podać z jakiego tytułu i w jakiej wysokości.

Pytanie otwarte, dotyczy tylko osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „tak”.

5-B. Czy za dodatkowe koszty otrzymał/a Pan/Pani rachunek?

Pytanie dotyczy tylko osób, które na pytanie 5. odpowiedziały „tak”.

Teraz możliwe są tylko dwa warianty odpowiedzi: „tak” lub „nie”.

6. Czy w związku z dzisiejszą wizytą istnieją Pana/Pani zdaniem powody do złożenia skargi na osoby dokonujące rejestracji ostatniej wizyty?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

6-A. Proszę wyjaśnić, jakie to są powody.

Pytanie otwarte, dotyczy tylko osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „tak” lub „raczej tak”.

7. Czy w trakcie dzisiejszej wizyty lekarz poinformował Pana/Panią o możliwości wybrania tańszych odpowiedników leków?

Możliwe są tylko trzy warianty odpowiedzi:

- tak*
- nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

8. Czy dzisiejsza wizyta rozpoczęła się punktualnie?

Możliwe są tylko trzy warianty odpowiedzi:

- tak*
- nie*
- trudno powiedzieć / nie dotyczy*

8-A. Proszę podać – w przybliżeniu – ile minut wynosiło opóźnienie.

Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „nie”.

Podczas analizy odpowiedzi na to pytanie konieczne jest segregowanie wyników i umieszczanie ich w odpowiednich przedziałach.

9. Czy miał/a Pan/Pani problemy z dostaniem się na dzisiejszą wizytę?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

9-A. Proszę wyjaśnić, na czym one polegały.

Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „tak” lub „raczej tak”.

10. Czy na dzisiejszą wizytę umówił/a się Pan/Pani...

Osoba badana ma możliwość wybrania następujących wariantów odpowiedzi:

- telefonicznie*
- internetowo*
- osobiście w przychodni*

Część III.

Pytania ogólne dotyczące wszystkich wizyt pacjenta w badanej przychodni

11. Czy Pana/Pani zdaniem czas oczekiwania na wizytę w tej przychodni jest uciążliwy dla pacjentów?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

12. Czy w tej przychodni zdarzyło się, że lekarz zaproponował Panu/Pani wizytę w prywatnym gabinecie?

Są tylko trzy możliwe warianty odpowiedzi:

- tak*
- nie*
- trudno powiedzieć / nie dotyczy*

13. Czy miał/a Pan/Pani w tej przychodni problemy z dostępem do swojej dokumentacji medycznej?

Są tylko trzy możliwe warianty odpowiedzi:

- tak*
- nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

13-A. Na czym one polegały?

Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „tak”.

14. Czy jest Pan/Pani zadowolony/na z jakości pracy lekarzy w tej przychodni?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

15. Czy jest Pan/Pani zadowolony/na z jakości pracy pracowników zajmujących się rejestracją pacjentów w tej przychodni?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

16. Czy jest Pan/Pani zadowolony/na z jakości pracy osób wykonujących badania laboratoryjne w tej przychodni?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

17. Czy w tej przychodni można łatwo uzyskać od osób zajmujących się rejestracją i obsługą pacjentów potrzebne informacje o zakresie usług oferowanych przez tę i inne placówki publicznej służby zdrowia?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

Część IV.

Pytania o przypadki odmów i odesłań w badanej przychodni

18. Czy w tej przychodni spotkał/a się Pan/Pani z odmową przyjęcia...

Osoba badana może wskazać jeden, dwa lub wszystkie trzy możliwe warianty rozwinięcia tego zdania. Istnieje też możliwość niewskazania żadnego wariantu:

A. ...do lekarza pierwszego kontaktu

B. ...do lekarza specjalisty

C. ...na badania diagnostyczne (np. RTG, USG) lub badania laboratoryjne

18-D. Na jakie?

Pytanie otwarte, dotyczy tylko osób, które spotkały się z ostatnią spośród wymienionych powyżej odmów przyjęcia (wariant 18-C).

18-E. Czy Pana/Pani zdaniem była to uzasadniona odmowa przyjęcia?

Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, które spotkały się z co najmniej jedną odmową przyjęcia (wybrały wariant 18-A, 18-B, 18-C, dwa z nich lub wszystkie).

19. Czy w tej przychodni spotkał/a się Pan/Pani z odmową skierowania...
Osoba badana może wskazać jeden, dwa lub wszystkie trzy możliwe warianty rozwinięcia tego zdania. Istnieje też możliwość niewskazania żadnego wariantu:
- A. ...do lekarza specjalisty
 - B. ...na badania specjalistyczne
 - C. ...na podstawowe badania laboratoryjne
- 19-D. Czy lekarz podał powody odmowy wydania skierowania?
Pytanie dotyczy tylko tych osób, które spotkały się z co najmniej jedną spośród wymienionych powyżej odmów wydania skierowania (wybrały wariant 19-A, 19-B, 19-C, dwa z nich lub wszystkie).
Badany ma do wyboru tylko dwa warianty odpowiedzi: „tak” lub „nie”.
- 19-E. Jakże to były powody?
Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały „tak”.
20. Czy w tej przychodni spotkał/a się Pan/Pani z odesłaniem do innej państwowej przychodni...
Zadając to pytanie, należy położyć nacisk na to, że chodzi wyłącznie o odesłanie do innej placówki państwowej.
Osoba badana może wskazać jeden, dwa lub wszystkie trzy możliwe warianty rozwinięcia tego zdania. Istnieje też możliwość niewskazania żadnego wariantu:
- A. ...do lekarza pierwszego kontaktu
 - B. ...do lekarza specjalisty
 - C. ...na badania diagnostyczne (np. RTG, USG) lub badania laboratoryjne
- 20-D. Na jakie?
Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, które spotkały się z ostatnim spośród wymienionych powyżej odesłań (wybrały wariant 20-C).

20-E. Do jakiej przychodni Pana/Panią odesłano?

Pytanie otwarte, kierowane tylko do osób, które spotkały się z co najmniej jednym przypadkiem odesłania (wybrały wariant 20-A, 20-B, 20-C, dwa z nich lub wszystkie).

20-F. Czym było uzasadnione to odesłanie?

To pytanie również jest otwarte i kierowane do osób, które spotkały się z co najmniej jednym przypadkiem odesłania (wybrały wariant 20-A, 20-B, 20-C, dwa z nich lub wszystkie).

21. Czy w tej przychodni spotkał/a się Pan/Pani z propozycją lub sugestią skorzystania z usług prywatnej placówki lub gabinetu w celu...

Zadając to pytanie, należy położyć nacisk na to, że tym razem chodzi o przypadki odesłania na wizytę odpłatną w podmiocie prywatnym.

Osoba badana może wskazać jeden, dwa lub wszystkie trzy możliwe warianty rozwinięcia tego zdania. Istnieje też możliwość niewskazania żadnego wariantu:

A. ...wizyty u lekarza pierwszego kontaktu

B. ...wizyty u lekarza specjalisty

C. ...przeprowadzenia badań diagnostycznych (np. RTG, USG) lub laboratoryjnych

21-D. Jakich?

Pytanie otwarte, dotyczy tylko osób, którym proponowano/sugerowano przeprowadzenie badań (wcześniej wskazały wariant 21-C.).

21-E. Jaka przychodnię (placówkę) lub gabinet Panu / Pani zaproponowano?

Pytanie otwarte, dotyczy tylko tych osób, którym proponowano/sugerowano skorzystanie z usług prywatnej placówki lub gabinetu (wybrały wariant 21-A, 21-B, 21-C, dwa z nich lub wszystkie).

21-F. Jak uzasadniono sens skorzystania z usług prywatnych?

To pytanie również jest otwarte i dotyczy tylko tych osób, którym proponowano / sugerowano skorzystanie z usług prywatnej placówki lub gabinetu (wybrały wariant 21-A, 21-B, 21-C, dwa z nich lub wszystkie).

Część V.

Pytania dotyczące infrastruktury przychodni

Tę część kwestionariusza wypełnia badacz, tylko raz dla danej przychodni.

22. Czy jest wywieszona Karta Praw Pacjenta?

W tym przypadku dopuszczalne są tylko dwa warianty odpowiedzi: „tak” lub „nie”.

23. Czy jest wywieszony spis obowiązków pacjenta?

W tym przypadku dopuszczalne są tylko dwa warianty odpowiedzi: „tak” lub „nie”.

24. Czy można zarejestrować się przez internet?

Są tylko trzy możliwe warianty odpowiedzi:

tak

nie

trudno powiedzieć/nie dotyczy

25. Czy można łatwo zarejestrować się telefonicznie?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

tak

raczej tak

nie

raczej nie

trudno powiedzieć/nie dotyczy

26. Czy jest łatwy dostęp do toalety?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

27. Czy jest ogólnodostępna woda do picia?

*W tym przypadku dopuszczalne są tylko dwa warianty odpowiedzi:
„tak” lub „nie”.*

28. Czy są czyste jednorazowe kubeczki?

*W tym przypadku dopuszczalne są tylko dwa warianty odpowiedzi:
„tak” lub „nie”.*

29. Czy w holu i na korytarzach przychodni jest czysto?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

30. Czy w toaletach jest czysto?

Istnieje pięć możliwych wariantów odpowiedzi:

- tak*
- raczej tak*
- nie*
- raczej nie*
- trudno powiedzieć/nie dotyczy*

31. Czy przez telefon może się zarejestrować osoba mówiąca po angielsku?

Są tylko trzy możliwe warianty odpowiedzi:

tak

nie

trudno powiedzieć/nie dotyczy

32. Jakie są widoczne braki w wyposażeniu toalet (papier, mydło, ręczniki jednorazowe itd.)?

Pytanie może mieć charakter otwarty lub polegać na wskazaniu dowolnej liczby pozycji na wcześniej przygotowanej liście.

33. Jakich podstawowych udogodnień dla osób niepełnosprawnych brakuje w przychodni? Prosimy je wymienić.

Pytanie może mieć charakter otwarty lub polegać na wskazaniu dowolnej liczby pozycji na wcześniej przygotowanej liście. Chodzi w nim zwłaszcza o odpowiednio przystosowane wejścia, windy, toalety i podjazdy, a także o umieszczenie włączników światła i okienka rejestracji na wysokości odpowiedniej dla osób na wózkach.

Część VI.

Metryczka badania

Na zakończenie badania należy poprosić osobę badaną, żeby podała kilka podstawowych informacji o sobie.

34. rok urodzenia

35. płeć

36. status

Do wyboru są następujące warianty odpowiedzi:

student

doktorant

nauczyciel akademicki

- pracownik administracyjny uczelni*
- emeryt*
- rencista*
- bezrobotny*
- osoba zatrudniona poza uczelnią*
- inny*

36-A. Jaki?

Pytanie otwarte, dotyczy tylko osób, które w poprzednim pytaniu wskazały wariant „inny”.

37. nazwa uczelni

Prośba o podanie nazwy uczelni kierowana jest tylko do osób, które w pytaniu 36. wybrały jeden z czterech wariantów: „student”, „doktorant”, „nauczyciel akademicki”, „pracownik administracyjny uczelni”.

38. wykształcenie

O wykształcenie należy zapytać tylko osoby, które w pytaniu 36. nie wybrały żadnego z następujących wariantów: „student”, „doktorant”, „nauczyciel akademicki”.

Teraz do wyboru są następujące warianty odpowiedzi:

- podstawowe*
- zawodowe*
- średnie*
- wyższe*

39. stopień/tytuł naukowy lub zawodowy

Dotyczy tylko osób, które w pytaniu 38. podały wykształcenie „wyższe”.

Do wyboru są następujące warianty odpowiedzi:

- licencjat*
- inżynier*
- magister*
- doktor*
- doktor habilitowany*
- profesor*

Metody prowadzenia monitoringu w służbie zdrowia na przykładzie programu WatchDoctor

Służba zdrowia w Polsce powinna być poddana zdecydowanie silniejszej kontroli ze strony organizacji pozarządowych. Najbardziej niedocenionym polem aktywności dla NGO są pozamedyczne aspekty funkcjonowania podmiotów medycznych.

W ramach programu WatchDoctor wykorzystano szereg narzędzi badawczych i sposobów gromadzenia informacji, które mogą być przydatne dla innych zorganizowanych grup obywateli.

Badanie wzorowane na *mystery calling*

W programie WatchDoctor wykorzystano rozwiązania charakterystyczne dla badań typu „tajemniczy klient” (ang. *mystery shopper*). Są to badania poziomu obsługi klientów polegające na obserwacji realnych kontaktów usługodawcy i usługobiorcy (w tym wypadku pacjenta i pracownika umawiającego wizyty w przychodni). Ich odmiana, która ogranicza się do kontaktów telefonicznych, nazywana jest *mystery calling*.

Zaletą takiego badania jest pełen obiektywizm (metody alternatywne polegają głównie na inscenizowaniu hipotetycznych sytuacji). Dużą trudnością w realizacji jest natomiast takie przeprowadzenie badania, żeby nie zaburzać toku pracy badanej placówki, na przykład poprzez zajmowanie osobie odbierającej telefony w przychodni zbyt dużej ilości czasu. Należy też bardzo uczulić badaczy, aby nie posuwali się do działań nieetycznych, takich jak dzwonienie do przychodni z fikcyjnymi problemami albo celowe rezerwowanie i odwołanie wizyt.

Zalecany przez zespół WatchDoctora rozwiązaniem jest wyszukanie osób, które zamierzają umówić się na wizytę w przychodni, i poproszenie ich, aby rozmowę poprowadziły według określonego scenariusza. Drugim rozwiązaniem jest umówienie wizyty przez badacza, ale w imieniu i w obecności pacjenta. Scenariusz rozmowy powinien przewidywać jak najwięcej pytań o fakty, najlepiej takich, na które można odpowiadać „tak” lub „nie”.

W pierwszej edycji programu WatchDoctor wyszukano wśród wolontariuszy zaangażowanych w realizację programu i ich znajomych osoby, które są studentami i mają zamiar zrealizować jeden z trzech bardzo popularnych celów telefonowania do przychodni – zapisanie się na wizytę u

lekarza okulisty, lekarza ginekologa lub lekarza rodzinnego. Odbyto rozmowy w ich imieniu z przychodniami w siedmiu miastach (Toruń, Olsztyn, Gdynia, Opole, Kraków, Poznań, Łódź). W przypadku gdy przychodnia nie dysponowała poszukiwanymi specjalistami, sprawdzano, do jakiej innej placówki zostanie skierowany pacjent.

Do części przychodni nie udało się w ogóle dodzwonić, chociaż podejmowano po trzy próby o różnych porach dnia. Najgorzej pod tym względem wypadły przychodnie olsztyńskie i toruńskie. W skali całego badania trzy połączenia telefoniczne wystarczyły, żeby dodzwonić się do 83 proc. przychodni. Łatwiej było dodzwonić się do podmiotów niepublicznych niż do SPZOZ.

W dwóch przychodniach (łódzkiej i gdyńskiej), które nie mają kontraktu z lekarzem okulistą, zaproponowano nam wprost wizyty w prywatnych gabinetach. W Opolu osoba z rejestracji wiedziała tylko, że wizyta u okulisty jest niemożliwa przez najbliższe osiem miesięcy. Nie potrafiła wskazać innej przychodni, w której pracują lekarze okuliści.

Dużym zaskoczeniem w jednej z przychodni łódzkich było rozwiązanie, w którym rejestracja internetowa dotyczy wyłącznie wizyt w pełni odpłatnych, a w sprawie pozostałych trzeba próbować się dodzwonić, co wcale nie jest łatwe.

W gdyńskiej przychodni nie było można wprawdzie skorzystać z usług poszukiwanego specjalisty, ale studentowi zaproponowano system bonusów. Gdyby zarejestrował się do nieodpłatnej podstawowej opieki zdrowotnej, to mógłby liczyć na spore rabaty podczas odpłatnych wizyt u specjalistów.

Bardzo trudno było zdobyć konkretne informacje tam, gdzie jedyną możliwością porozmawiania z przedstawicielem usługodawcy było dodzwonienie się na ogólnopolską infolinię. Taka sytuacja występuje w podmiotach leczniczych, które dysponują wieloma przychodniami w dużych miastach akademickich. Pracownicy infolinii nie potrafili odpowiedzieć na pytania dotyczące zatrudnionych w poszczególnych miastach specjalistów.

Badania telefoniczne potwierdziły, że wiele instytucji zajmuje się podstawową opieką zdrowotną głównie po to, aby przy okazji promować swoje usługi odpłatne.

Niezależnie od opisanych w tej części problemów z dodzwonieniem się do przychodni wyniki całego monitoringu pokazują, że jest to najpopularniejszy sposób umawiania wizyt (54 proc. przypadków), na drugim miejscu są osobiste rezerwacje wizyt w okienku przychodni, a na trzecim miejscu rezerwacje internetowe.

Prowadzenie badań w przestrzeni publicznej

W trakcie przeprowadzania monitoringu doszło do wielu przypadków wypraszania badaczy programu WatchDoctor z przychodni. Okazało się, że zasada „co nie jest zabronione, jest dozwolone” oraz pojęcie „przestrzeni publicznej” nie są znane w wielu instytucjach. Obowiązuje tam raczej zasada, że nie wolno robić nic poza tym, o czym kierownik powiedział, że wolno.

Oto wybrane komentarze badaczy:

- „Pani recepcjonistka oznajmiła, że musimy mieć zgodę dyrektora głównego”.
- „Nie można przeprowadzać w budynku ankiet, ze względu na zakaz przełożonych [nie sprecyzowano jakich]”.
- „Oznajmiono, że konieczne jest skontaktowanie się najpierw z punktem centralnym”.
- „Dyrektorka zabroniła rozmów z pacjentami na terenie przychodni”.
- „Pani dyrektor (...) prosiła, by po badaniu pokazać jej wyniki”.
- „Zostałyśmy dwukrotnie wyproszone. Mało tego, kierownik przychodni skomentował całe wydarzenie w ten sposób, że gdyby była to przychodnia prywatna, zostałybyśmy wyrzucone, a nie wyproszone”.

Badacze spotkali się również z różnymi sposobami wywierania na nich presji (np. poprzez „rozmowy dyscyplinujące”), a nawet przemocy psychicznej (np. spisywanie danych, co w odbiorze badaczy było bardzo nieprzyjemne i wywoływało chęć zmiany przychodni, w przypadku gdy wywiad przeprowadzali na terenie placówki, do której byli sami zapisani).

Pewna poprawa sytuacji w kwestii prowadzenia wywiadów w ogólnodostępnych częściach przychodni publicznych występowała, gdy wizytę poprzedzano formalnym pismem „do kierownika (w rozumieniu *Ustawy o działalności leczniczej*, a w szczególności art. 2 ust. 2 pkt 1 tej ustawy) podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.

Badani, którzy zadeklarowali chęć złożenia skargi na personel niemedyczny (przede wszystkim na osoby pracujące w rejestracji), wymieniali różne powody niezadowolenia. Najczęściej były to trudności w dodzwonieniu się do przychodni, opóźnianie się wizyt, brak kultury osobistej pracowników przychodni, brak powiadomienia o nieobecności lekarza i o odwołaniu wizyty, zagubione wyniki badań, zagubienie dokumentacji, zbyt długi czas oczekiwania na wgląd do dokumentacji, odmowa dostępu do tejże, błędy w dokumentach.

Wśród skarg na lekarzy (program WatchDoctor rejestruje tylko przypadki, które nie są związane z podważaniem wiedzy profesjonalnej lekarzy) były między innymi takie: „jest godzina wyznaczonej wizyty, nie ma kolejki, a lekarz nie przyjmuje”, „nieeleganckie zachowania lekarza”, „brak szacunku dla pacjentów, opryskliwość”, „lekceważenie dolegliwości niebędących przedmiotem wizyty”, „jedzenie w trakcie wizyty w obecności pacjentów”, „niechętnie udzielanie informacji”, „pan doktor w trakcie całej wizyty siedział w fotelu i masował sobie stopy”, „badanie bardzo szybkie, pobieżne”, „bardzo się spóźnił, nie podał przyczyn”, „naciąganie na drogie leki”, „sugerowanie wykonania zabiegu w komercyjnej przychodni”.

Opóźnienia w rozpoczęciu wizyt najczęściej zawierały się w przedziale 16-30 minut (28,50 proc.). Opóźnienia trwające powyżej pół godziny to mniej niż 9 proc. przypadków. Pacjenci byli dość wyrozumiali dla opóźnień w pracy przychodni – tylko 12,44 proc. uznało je za uciążliwe, a 14,92 proc. określiło jako „raczej uciążliwe”.

Interesujące zjawisko badacze zaobserwowali w komunikacji między lekarzem a pacjentem. Gdy pacjenci zwracali się do lekarzy z prośbą o skierowanie na badania, a ci im odmawiali, to w aż 50 proc. przypadków pacjenci relacjonowali, że nie usłyszeli żadnego uzasadnienia tej odmowy. Takie zachowanie wydaje się niedopuszczalne, ale musimy je dokładniej wyjaśnić w kolejnych edycjach badania.

Innym trudnym do zakwalifikowania, aczkolwiek dość powszechnym zjawiskiem jest uzupełnianie Karty Praw Pacjenta o pseudodokument zawierający „spis obowiązków pacjenta”. Pojawianie się tych dwóch tekstów obok siebie

Rejestrowanie skarg pacjentów

sugeruje, że mają one podobne umocowanie, gdy tymczasem Karta zawiera gwarancje wymienione w *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z 6 listopada 2008 roku, a „spis” może być efektem kreatywności pracowników podmiotu leczniczego.

W sytuacjach gdy pacjentom sugerowano, aby skorzystali z usług innych placówek, najczęściej chodziło o wizyty u lekarzy specjalistów (52,67 proc. przypadków), rzadziej o badania laboratoryjne (43,33 proc.). Najbardziej niepokojące były sytuacje, gdy pacjentom sugerowano skorzystanie z tej samej przychodni, ale w warunkach pełnej odpłatności, argumentując to możliwością przyspieszenia wizyty.

Wątek namawiania lub sugerowania, żeby pacjent skorzystał z wizyty w prywatnym gabinecie, jest obecny w 210 wywiadach przeprowadzonych przez badaczy WatchDoctora z pacjentami, co stanowi 7,53 proc. ich ogólnej liczby.

Badanie infrastruktury i higieny w placówkach

Osoby prowadzące monitoring w poszczególnych przychodniach zostały poproszone o zbadanie sposobu ich przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz sprawdzenie, czy spełniają standardy czystości właściwe dla placówek medycznych.

W przypadku 33,20 proc. wizyt w przychodniach nie było ogólnodostępnej wody do picia. W kolejnych 3,09 proc. przypadków woda wprawdzie była, ale nikt z niej nie korzystał, bo brakowało czystych kubeczków. W przypadku blisko 20 proc. wizyt w przychodniach badacze odnotowali, że w toaletach brakowało ręczników papierowych, w ponad 7 proc. przypadków brakowało mydła, a w ponad 3 proc. papieru toaletowego.

W prawie 30 proc. przypadków badane przychodnie nie spełniały któregoś z warunków koniecznych do uznania ich za przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Najczęściej chodziło o nieodpowiednie lub niedziałające windy, źle wykonane podjazdy i wejścia, zbyt wysoko umieszczone włączniki światła, zbyt wąskie korytarze, niewłaściwie przystosowane toalety.

W kilku przypadkach całe przychodnie zostały określone jako „nie dostępne dla osób na wózkach inwalidzkich”, „tak mało przestronne, że nie sposób w nich manewrować wózkiem lub wjechać do gabinetu”.

W ramach prowadzonego nadzoru obywatelskiego nad przychodniami lekarskimi jako podmiotami finansowanymi w całości lub w części ze środków publicznych wystąpiono do ich kierowników (w rozumieniu *Ustawy o działalności leczniczej*, a w szczególności art. 2 ust. 2 pkt 1 tej ustawy) o przekazanie następujących informacji publicznych:

- łącznej kwoty otrzymanych w poprzednim roku kalendarzowym dotacji lub subwencji pochodzących ze środków publicznych wraz ze wskazaniem ich przeznaczenia;

- wysokości poszczególnych wpłat otrzymanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z realizowaniem w poprzednim roku kalendarzowym świadczeń medycznych (chodziło o zestawienie wskazujące na tytuł tych przychodów);

- kopii sprawozdań MZ-88 i MZ-89 za poprzedni rok kalendarzowy złożonych w związku z art. 30 pkt 3 *Ustawy o statystyce publicznej* z 29 czerwca 1995 roku (Dz.U. nr 88 poz. 439, z późn. zm.);

- liczby osób objętych przez przychodnię podstawową opieką medyczną;

- liczby wizyt u zatrudnionych w podmiocie specjalistów podstawowej opieki medycznej;

- liczby wizyt u zatrudnionych w podmiocie lekarzy specjalistów w poprzednim roku kalendarzowym.

Szczególnie dużo uwagi w programie WatchDoctor poświęcono grupie podmiotów, która jest nieformalnie nazywana akademicką służbą zdrowia. Rektorów uczelni publicznych zapytano, czy na terenie nieruchomości należących do reprezentowanych przez nich uczelni działają instytucje świadczące usługi medyczne. Jeżeli odpowiedź była twierdząca, wnioskowano o przesłanie kopii umów z tymi podmiotami. Jeżeli jakaś uczelnia zawarła umowę lub porozumienie dotyczące świadczenia usług medycznych dla swoich studentów, doktorantów lub pracowników (odnoszące się do wszystkich wymienionych grup łącznie lub do którejkolwiek z nich), była proszona o przesłanie kopii takiej umowy lub porozumienia. W sytuacjach gdy uczelnia zawarła umowę dotyczącą promowania usług medycznych, wnioskowano

o przesłanie kopii takiej umowy. Podobnie postępowano w kwestii udostępniania przez uczelnię powierzchni reklamowej podmiotom świadczącym usługi medyczne – wnioskowano o udostępnienie treści umów i porozumień bez względu na to, czy reklama miała się pojawić w pomieszczeniach uczelni, na terenie należących do niej nieruchomości, czy też wyłącznie być rozdawana lub przesyłana za pośrednictwem uczelni do studentów, doktorantów i pracowników.

Ponieważ cztery uczelnie odmówiły udostępnienia informacji publicznych, konieczne było ich wyegzekwowanie poprzez złożenie skarg do wojewódzkich sądów administracyjnych, o czym mowa w osobnym rozdziale niniejszego raportu.

Adriana Bartnik

Postępowania przed sądami administracyjnymi związane z realizacją programu WatchDoctor

W pierwszej edycji programu WatchDoctor skarżono bezczynność uczelni wobec wniosków o udzielenie informacji publicznych na temat ich relacji z podmiotami leczniczymi.

Fundusz Pomocy Studentom jako instytucja odpowiedzialna za realizację programu WatchDoctor wystąpił do rektorów uczelni publicznych z wnioskiem o udostępnienie informacji publicznych. Przedmiotem wniosku były:

- kopie umów z instytucjami świadczącymi usługi medyczne na terenie nieruchomości należących do uczelni,
- kopie zawartych przez uczelnię umów lub porozumień dotyczących świadczenia usług medycznych dla studentów, doktorantów oraz pracowników,
- kopie zawartych przez uczelnię umów lub porozumień dotyczących promowania usług medycznych, informowania o usługach medycznych, udostępniania powierzchni reklamowych podmiotom świadczącym usługi medyczne w pomieszczeniach uczelni lub na terenie należących do niej nieruchomości.

Fundusz wnioskował o przekazanie tych informacji w formie wydruków poświadczonych podpisem upoważnionego pracownika uczelni.

Wobec braku odpowiedzi części uczelni na przesłane im wnioski oraz w reakcji na odpowiedzi odmowne Fundusz Pomocy Studentom był zmuszony zaskarżyć bezczynność organów uczelni. Stosownie do przepisów ustawy *Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* z 30 sierpnia 2002 roku (Dz.U. nr 153, poz. 1270, z późn. zm.) oraz *Ustawy o dostępie do informacji publicznej* z 6 września 2001 roku (Dz.U. nr 112, poz. 1198, z późn. zm.), a także odwołując się do utrwalonego orzecznictwa sądów administracyjnych (np. IV SAB/GI 66/09 – WSA w Gliwicach, II SAB/Kr 65/09 – WSA w Krakowie), Fundusz wystąpił do wojewódzkich sądów administracyjnych o zobowiązanie właściwych organów uczelni do przekazania informacji, o których była mowa we wniosku.

Powyższe rozwiązanie było jedyną skuteczną drogą dotarcia do informacji niezbędnych dla właściwej realizacji programu. W *Prawie o szkolnictwie wyższym* nie ma przepisów odmiennie regulujących dostęp do informacji publicznej w przypadku uczelni. Dlatego powinny one udzielać informacji publicznych jako podmioty wykonujące zadania publiczne i korzystające z majątku

publicznego. Takie stanowisko w odniesieniu do uczelni można odnaleźć w licznych wyrokach sądów administracyjnych, np. II SAB/Łd 83/12, II SAB/Gd 40/12, II SAB/Gd 42/12, II SAB/Wa 232/12, II SAB/Wa 264/12.

Rektor, rozpatrując wniosek o udostępnienie informacji publicznej, winien uwzględnić interes strony, gdy nie sprzeciwia się temu interes społeczny (art. 7 *Kodeksu postępowania administracyjnego*), winien odpowiednio informować stronę o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie jej praw i obowiązków, będących przedmiotem postępowania (art. 9 k.p.a.), musi wreszcie w sposób wyczerpujący uzasadnić swoje rozstrzygnięcie zgodnie z wymogami określonymi w art. 107 par. 3 k.p.a. Aż czterech rektorów, którzy nie odpowiedzieli na wniosek, nie wypełniło tych obowiązków.

W postępowaniu administracyjnym Fundusz Pomocy Studentom bronił stanowiska, że każda cząstkowa informacja, o którą wystąpił, ma charakter publiczny. Dotyczy to również treści umów, do których dostępu nie można ograniczać w imię tajemnicy przedsiębiorstwa, gdyż dotyczą wydatkowania środków publicznych, dysponowania mieniem publicznym lub realizacji zadań publicznych i jako takie podlegały one udostępnieniu. Argumentacja Funduszu znajduje uzasadnienie w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego. W sprawie I OSK 916/12 NSA stwierdził: *Zgodnie z orzecznictwem sądów administracyjnych informacja może dotyczyć sprawy publicznej, nie tylko wtedy, gdy została wytworzona przez podmioty wskazane w art. 4 ust. 1 ustawy, ale również wtedy, gdy odnosi się do nich w zakresie wykonywanych przez nie zadań publicznych i gospodarowania majątkiem publicznym. Dlatego informacją publiczną jest też treść umów cywilnoprawnych dotyczących majątku publicznego* (zob. także wyroki WSA w Poznaniu z 8 lipca 2004 roku, WSA/Po 224/06, niepubl.; WSA w Warszawie z 16 listopada 2004 roku, II SAB/Wa 238/04, LexPolonica nr 370[193]). W innej sprawie – I OSK 2215/11 – także Naczelny Sąd Administracyjny uznał: *Informacją publiczną są nie tylko dokumenty bezpośrednio zredagowane i wytworzone przez organy administracji publicznej, ale także te dokumenty, których organ używa do zrealizowania powierzonych mu prawem zadań*. Na marginesie odnotować należy, że niektóre z informacji publicznych objętych wnioskiem winny były powstać w ramach procedur *Prawa zamówień publicznych*, a zatem – zgodnie z art. 139 ust. 3 tej ustawy

– umowy w sprawach zamówień publicznych są jawne i podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej (zob. wyrok NSA I OSK 916/12). Warto przywołać przy tej okazji także inny fragment wyroku NSA (I OSK 2215/11): *Jawność umów w sprawach zamówień publicznych na gruncie ustawy o dostępie do informacji publicznej wyłącza możliwość odmowy ich udostępnienia z powołaniem się na którąkolwiek z tajemnic ustawowo chronionych. Nie jest zatem dopuszczalne wydanie decyzji odmawiającej udostępnienia umów w sprawach zamówień publicznych, gdyż są one jawne.*

Ostatecznie Fundusz przygotował cztery skargi na bezczynność rektora. Dwie uczelnie udzieliły odpowiedzi na wniosek po otrzymaniu skargi, w wyniku czego skargi stawały się zbędne i nie zostały ostatecznie poddane pod rozstrzygnięcie sądów. W przypadku dwóch uczelni, tj. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, skargi wpłynęły odpowiednio do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu i Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie.

Uczelnie podnosiły w odpowiedziach na skargi, że ich działania nie są niezgodne z prawem, gdyż informacje objęte wnioskiem nie są informacjami publicznymi. Obie uczelnie udzieliły odpowiedzi nie stosując formy decyzji administracyjnej, albowiem – ich zdaniem – zgodnie z art. 16 *Ustawy o dostępie do informacji publicznej* w drodze decyzji następuje jedynie odmowa udostępnienia informacji publicznej. Ponadto rektor Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie stanął na stanowisku, że informacji nie stanowią umowy cywilnoprawne zawarte przez uczelnię. O krok dalej poszedł rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, który powołał się na niepubliczny charakter mienia uczelni. W odpowiedzi na skargę wskazano, że oprócz dotacji z budżetu uczelnia osiąga własne dochody, które nie mają statusu środków publicznych. Stanowisko uczelni opierało się na przekonaniu, że informacje o umowach z podmiotami medycznymi działającymi na terenie Uniwersytetu nie dotyczą wykonywanych zadań z zakresu kształcenia lub dysponowania majątkiem publicznym. Wyrażono pogląd, że nieruchomości Uniwersytetu uznano za

jego własny majątek, nie zaś publiczne nieruchomości. Takie stanowisko nie mogło zostać zaakceptowane.

Zarówno Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu, jak i Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie przyznały rację Funduszowi. W sprawie II SAB/Kr 99/13 sąd przyjął następujące stanowisko:

Podsumowując, wskazać więc należy, że informacją publiczną będzie każda wiadomość wytworzona lub odnosząca się do władz publicznych, a także wytworzona lub odnosząca się do innych podmiotów wykonujących funkcje publiczne, w zakresie wykonywania przez nie zadań władzy publicznej lub dysponujących majątkiem publicznym.

Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 1.12.2011 r. (sygn. akt I OSK 1630/2011; Lex nr 1109517) uznał, że oświatę oraz kształcenie należy zaliczyć do zadań publicznych nawet wtedy, gdy są one wykonywane przez szkoły niepubliczne. Podkreślenia przy tym wymaga, iż zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. nr 164, poz. 1365 ze zm.) uczelnie, pełniąc misję odkrywania i przekazywania prawdy poprzez prowadzenie badań i kształcenie studentów, stanowią integralną część narodowego systemu edukacji i nauki. Należy mieć także na uwadze, iż art. 15 ust. 1 wymienionej ustawy stanowi, iż władze publiczne, na zasadach określonych w ustawie, zapewniają uczelniom publicznym środki finansowe niezbędne do wykonywania ich zadań oraz udzielają pomocy uczelniom niepublicznym w zakresie i formach określonych w ustawie. Nadto zgodnie z art. 92 ustawy o szkolnictwie wyższym działalność uczelni publicznej jest finansowana z dotacji z budżetu państwa na zadania ustawowo określone oraz może być finansowana z przychodów własnych. Realizowane przez uczelnię zadania, finansowane z dotacji pochodzącej z budżetu państwa, określone zostały szczegółowo w art. 94-94 c ustawy.

Z przedstawionych regulacji prawnych wynikają dla analizowanej sprawy dwa wnioski.

Pierwszy to stwierdzenie, że szeroko rozumiany przedmiot działalności uczelni wyższej przesądza, iż wykonuje ona zadania publiczne, albowiem jest częścią narodowego systemu edukacji.

Drugi to okoliczność, iż finansowanie wyższych uczelni publicznych zapewnione

jest ze środków pochodzących z budżetu państwa, a zatem Uczelnia dysponuje majątkiem publicznym.

Wskazane okoliczności przesądzają, iż stanowią informację publiczną pozostającą w dyspozycji uczelni wyższej informację o sposobie wykorzystania jej majątku w formie umów zawieranych z podmiotami świadczącymi usługi medyczne na rzecz studentów, doktorantów oraz pracowników Uczelni. Będzie także informacją publiczną informacja o zasadach, na jakich odbywa się współpraca Uczelni z przedsiębiorstwami świadczącymi usługi medyczne, w tym odnoszących się do sposobu wykorzystywania nieruchomości uczelni. Skoro bowiem strona przeciwna wykorzystuje majątek publiczny (nabywa go z uzyskanych z budżetu państwa dotacji), to nie ulega wątpliwości, że informacja o sposobie wykorzystania tego majątku przez podmioty komercyjne stanowić będzie informację publiczną. Ta zaś, stosownie do złożonego wniosku, winna zostać udostępniona zainteresowanemu. Powinności tej nie wyłącza to, że żądana informacja dotyczy ewentualnie tej formy sposobu korzystania z majątku publicznego do której mogłyby nie mieć zastosowania procedury Prawa zamówień publicznych.

Z kolei Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu w sprawie II SAB/Po 68/13 jednoznacznie rozstrzygnął, że stosownie do art. 1 ust. 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym* przepisy ustawy stosuje się do publicznych i niepublicznych szkół wyższych. Ponadto sąd skrytykował stanowisko uczelni dotyczące charakteru mienia, który do niej należy, uzasadniając: *W niniejszej sprawie żądane informacje stanowią informację publiczną i nie ma racji organ, prezentując w odpowiedzi na skargę pogląd, że z racji, iż Uczelnia ma oprócz dotacji budżetowej także swoje dochody z różnych innych źródeł, to informacja w tej części nie jest informacją publiczną. Przeciwnie, adresat wniosku o udzielenie informacji publicznej dysponuje majątkiem publicznym, na co wskazują wprost przepisy ustawy o szkolnictwie wyższym (art. 94, art. 95 ust. 4, 4a, 5, 6 i art. 176). W konsekwencji Rektor Uniwersytetu zobowiązany jest do rozpoznania wniosku skarżącego zgodnie z ustawą o dostępie do informacji publicznej.*

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu postanowił na powyższe rozstrzygnięcie złożyć skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Uczelnia podnosiła w niej podobne argumenty,

co wcześniej, pisząc między innymi: *Jeśli chodzi o majątek, niewątpliwie mienie, w które jest ona wyposażona w momencie jej tworzenia, jest mieniem publicznym, jednakże w ocenie opiniującego traci ten status z chwilą uzyskania jego własności przez uczelnię. Z cytowanych regulacji wynika również inna możliwość dysponowania majątkiem publicznym (najem, dzierżawa itp.), a więc uznać należy, że jedynie w odniesieniu do takiego majątku można powiedzieć, że jest on majątkiem publicznym, z którego uczelnia korzysta jedynie pod wynikającymi z powszechnie obowiązujących przepisów tytułami prawnymi. Mogą mieć jednak miejsce sytuacje, w których uczelnia dysponuje majątkiem podmiotów prywatnych. Trudno więc w takiej sytuacji uznać, że ma on charakter majątku publicznego. Jeśli zaś chodzi o przychody, jednym z ich źródeł jest dotacja z budżetu państwa, ale poza tym uczelnia osiąga też własne przychody, które nie mają statusu środków publicznych.* Powyższy pogląd nie mógł znaleźć zrozumienia. Naczelny Sąd Administracyjny w sprawie I OSK 2748/13 w całości podzielił wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w pierwszej instancji. Sąd wskazał m.in., że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. b, pkt 3 lit. d i pkt 5 lit. d i lit. g powołanej ustawy, udostępnieniu podlega informacja publiczna, w szczególności o podmiotach, o których mowa w art. 4 ust. 1, w tym o organizacji, sposobie przyjmowania i załatwiania spraw, majątku podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 5, pochodzącym z zadysponowania majątkiem, o którym mowa w lit. a- c, oraz pożytkach z tego majątku i jego obciążeniach a także pomocy publicznej. W efekcie za nieprawidłowe uznać należy także stanowisko obu uczelni jako by nie miały one obowiązku reagowania na wnioski Funduszu Pomocy Studentom. Orzecznictwo sądów administracyjnych przesądza, że udostępnienie informacji publicznej jest czynnością materialno-techniczną. Jeśli przesądzone zostało, że informacja, której domagał się Fundusz, jest informacją publiczną, a uczelnia, do której z wnioskiem się zwrócono, dysponuje tymi informacjami, jest ona podmiotem zobowiązany do jej udzielenia. W konsekwencji organ winien podjąć czynności materialno-techniczne dla udzielenia tychże informacji, zaś w sytuacji gdy organ czynności materialno-technicznych nie podejmuje, to pozostaje w bezczynności.

Tomasz Lewiński

Działanie w imieniu pacjentów

Program WatchDoctor pokazuje, że konieczny jest obywatelski nadzór nad wieloma pozamedycznymi aspektami funkcjonowania podmiotów leczniczych. Odgórne regulacje prawne nie mogą tu zastąpić aktywności zorganizowanych grup pacjentów.

Nadanie urzędnikowi państwowemu tytułu Rzecznika Praw Pacjenta wygląda jak celowe wprowadzanie w błąd osób niezadowolonych z publicznej części rynku usług zdrowotnych. Oczywiście samo istnienie biura skarg w ramach administracji centralnej może być pożyteczne, ale wykorzystanie nazwy kojarzącej się ze zdecydowanie bardziej niezależnymi instytucjami (Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Studenta, Rzecznik Praw Dziecka itp.) jest nadużyciem. W tradycji europejskiej rzecznik (*ombudsman*) ma pozycję niezależną od władzy wykonawczej i sądowniczej, może być natomiast powiązany z władzą ustawodawczą lub organizacjami pozarządowymi. Sytuacja, w której jakiś rzecznik jest wybierany spośród kandydatów przedstawionych przez ministra, a premier może go zarówno powołać, jak i odwołać, jest nieco kuriozalna, bo to właśnie niezadowolone z działań rządu lub resortu zdrowia może być treścią przesyłanych skarg.

Niezależnie od rozstrzygnięć ustawowych, zadanie promowania praw pacjenta powinny w całości przejąć organizacje pozarządowe. Obowiązek wywieszania w przychodniach Karty Praw Pacjenta nie może stanowić alibi dla zaniechania innych działań informacyjnych w tej kwestii. Nałożenie na podmioty lecznicze obowiązku informowania o prawach pacjenta może pełnić tylko funkcję pomocniczą.

W kolejnych edycjach programu WatchDoctor katalog praw, których powinni domagać się pacjenci, będzie publikowany zarówno w przestrzeni wirtualnej, jak i poza nią.

Innym problemem jest zbyt mały udział przedstawicieli pacjentów w procesie ustawodawczym. Podstawowe prace legislacyjne są zdominowane przez osoby powiązane z usługodawcami na rynku usług medycznych.

W 40-osobowej sejmowej komisji zdrowia zasiada 16 lekarzy, a ponadto pielęgniarka, fizjoterapeuta i menedżerowie z obszaru służby zdrowia.

Reprezentowanie ogółu pacjentów

Wśród siedmiu członków prezydium komisji jest sześciu lekarzy. Lekarze kierują dziewięcioma spośród 15 podkomisji. Podobnie sytuacja wygląda w innych instytucjach zajmujących się zdrowiem – lekarzem jest szef senackiej komisji zdrowia, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia i minister zdrowia.

Tymczasem usługobiorcy są niemal niewidoczni. W sejmowej komisji zdrowia nie ma ani jednej osoby znanej z działalności na rzecz pacjentów czy choćby prawnika, który miałby do czynienia z ofiarami błędów lekarzy albo korupcją na styku prywatnej i publicznej części rynku usług medycznych.

Przewyciężenie myślenia resortowego i podziału Polski na strefy wpływów korporacji zawodowych potrwa zapewne jeszcze lata. Tymczasem potrzebna jest większa aktywność i współpraca organizacji działających w interesie pacjentów.

Reprezentowanie pacjentów studiujących

W polu zainteresowania zespołu realizującego pierwszą edycję WatchDoctora były głównie problemy pacjentów, którzy są studentami lub doktorantami.

Ustawa *Prawo o szkolnictwie wyższym* bardzo ogólnie określa obszar tematów, którymi powinny zajmować się samorzady studenckie. W art. 202 ust. 5 mówi, że uczelniane samorzady prowadzą „działalność w zakresie spraw studenckich, w tym socjalno-bytowych”.

Obowiązujące na polskich uczelniach publicznych po 2005 roku zasady finansowania organizacji studenckich oraz system wyboru rektorów i dziekanów sprawiają, że samorzady mają wręcz monopol na reprezentowanie interesów studentów. Same wyznaczają sobie pola aktywności, co w części socjalnej ogranicza się z reguły do kwestii domów studenckich i świadczeń pomocy materialnej. Kwestią dostępności usług medycznych i praw pacjenta zajmują się incydentalnie, co sprawia, że większy wpływ na działanie przychodni lekarskich mają nawet skupiające wielokrotnie mniejszą liczbę osób związki zawodowe pracowników uczelni.

Tymczasem samorzady w pełni wykorzystujące swoją pozycję oraz inne organizacje aspirujące do roli reprezentanta studenckich interesów mogą między innymi:

- włączać pytania dotyczące usług zdrowotnych do ankiet oceniających działanie uczelni oraz jej zaplecza socjalnego,

- organizować akcje z zakresu profilaktyki zdrowotnej,
- domagać się powołania (na uczelniach, które jeszcze tego nie zrobiły) pełnomocnika ds. osób niepełnosprawnych w celu zapewnienia pacjentom niepełnosprawnym pełnego dostępu do usług medycznych i współpracować z nim,
- brać udział w pracach komisji przetargowych dotyczących najmu nieruchomości uczelni na potrzeby podmiotów leczniczych.

Problemem, który organizacje lub samorządy mogą spróbować same rozwiązać w rozmowach z reprezentantami podmiotów leczniczych, jest trudny do wytłumaczenia niewielki stopień wykorzystania internetu do rezerwowania wizyt u lekarzy. Badania w ramach programu WatchDoctor pokazały, że możliwość tę w praktyce stosuje zaledwie 32,66 proc. badanych przychodni, co nie koresponduje ze stuprocentową obecnością studentów i doktorantów w sieci.

Studenci wraz z innymi członkami społeczności akademickiej powinni zadbać o to, aby podczas wyboru najemcy, który będzie prowadził działalność leczniczą na terenie uczelni, jednym z kryteriów było posiadanie przez niego umowy z NFZ na świadczenie usług przez lekarzy najbardziej potrzebnych specjalizacji z punktu widzenia specyfiki uczelni (wiek studentów i kadry, wiodące kierunki, proporcje kobiet i mężczyzn itd.).

Tomasz Lewiński, Robert Pawłowski

Podziękowania

Bardzo dziękujemy wszystkim osobom i instytucjom, które przyczyniły się do przeprowadzenia nadzoru obywatelskiego w placówkach służby zdrowia.

Szczególne wyrazy wdzięczności kierujemy do osób, dzięki którym mogliśmy do realizacji programu pozyskać liczne grono nowych współpracowników – do rektor Akademii Obrony Narodowej doktor Anety Nowakowskiej-Krystman, do doktora Radosława Kossakowskiego z Instytutu Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego oraz do doktora Dariusza Jurczaka z Wyższej Szkoły Informatyki i Ekonomii TWP w Olsztynie.

Dziękujemy i gratulujemy wytrwałości 350 wymienionym niżej studentkom i studentom, którzy przeprowadzili obszerne wywiady z pacjentami. Szczególnie jesteśmy dumni z piątki naszych współpracowników, którym udało się przeprowadzić ponad 20 takich wywiadów. Są to panie Katarzyna Kurczycka, Monika Skoczko-Piskorz, Dorota Brzezińska i Dagmara Brągiel oraz pan Bartosz Zieliński.

Kierujemy ukłony a osobiste zaangażowanie w realizację programu WatchDoctor w stronę studentek, które wspierały nasz zespół w pozyskiwaniu informacji publicznych od podmiotów leczniczych działających w poszczególnych województwach. Były to panie: Milena Smolińska (zajmująca się placówkami z województwa śląskiego), Ewa Salewska (z małopolskiego), Karolina Pawełas (z pomorskiego), Monika Dąbrowska (z dolnośląskiego), Dominika Kędzińska (z wielkopolskiego), Anna Karusewicz (z podlaskiego), Milena Rak (z zachodniopomorskiego), Anna Dąbrowska (z kujawsko-pomorskiego) oraz wymieniona już wcześniej Monika Skoczko-Piskorz (zajmująca się placówkami z województwa lubelskiego).

Zespół programu WatchDoctor

**Pełna lista osób przeprowadzających wywiady z pacjentami
w ramach programu WatchDoctor**

- | | | | |
|-----|-------------------------|-----|----------------------|
| 1. | Adam Duda | 28. | Andrzej Bartoszek |
| 2. | Adam Kryk | 29. | Andrzej Łapiński |
| 3. | Adam Liberski | 30. | Andrzej Mechowski |
| 4. | Adam Niezgoda | 31. | Aneta Giżyńska |
| 5. | Adam Ostolski | 32. | Aneta Topolska |
| 6. | Adam Papiernik | 33. | Aneta Żurawska |
| 7. | Adriana Iwańska | 34. | Angelina Gaj |
| 8. | Agata Głowacka | 35. | Anita Mazur |
| 9. | Agata Kuźmich | 36. | Anna Bobryk |
| 10. | Agata Redyk | 37. | Anna Grabowska |
| 11. | Agata Sęk | 38. | Anna Mieszkowicz |
| 12. | Agnieszka Biegajło | 39. | Anna Podhorodecka |
| 13. | Agnieszka Kierończyk | 40. | Anna Svoboda |
| 14. | Agnieszka Koguciuk | 41. | Anna Wojcieszko |
| 15. | Agnieszka Nakonieczna | 42. | Artur Adamczak |
| 16. | Agnieszka Pypa | 43. | Artur Weltrowski |
| 17. | Agnieszka Toczyńska | 44. | Artur Zubrzycki |
| 18. | Albert Papisz | 45. | Bartłomiej Juszcak |
| 19. | Aleksandra Baranowska | 46. | Bartłomiej Kowalski |
| 20. | Aleksandra Bień | 47. | Bartłomiej Siedlecki |
| 21. | Aleksandra Gadomska | 48. | Bartłomiej Wolszczak |
| 22. | Aleksandra Kurzydłowska | 49. | Bartosz Kopacz |
| 23. | Aleksandra Mazur | 50. | Bartosz Sarwiński |
| 24. | Aleksandra Pietraszuk | 51. | Bartosz Zieliński |
| 25. | Aleksandra Sudnik | 52. | Dagmara Brągiel |
| 26. | Aleksandra Traczyk | 53. | Dagmara Rumińska |
| 27. | Aleksandra Weber | 54. | Damian Dąbała |

- | | | | |
|-----|--------------------|------|-----------------------|
| 55. | Damian Karczewski | 86. | Grzegorz Łegas |
| 56. | Damian Parol | 87. | Grzegorz Osiak |
| 57. | Damian Rydzewski | 88. | Grzegorz Steczkowski |
| 58. | Daniel Dynek | 89. | Grzegorz Sucharzewski |
| 59. | Daniel Grzes | 90. | Grzegorz Trojanowski |
| 60. | Daniel Kobylarczyk | 91. | Grzegorz Tulej |
| 61. | Dariusz Łoza | 92. | Hanna Romańczuk |
| 62. | Dariusz Nowikow | 93. | Helena Kacprzak |
| 63. | Dawid Gzylewski | 94. | Hubert Michelis |
| 64. | Dawid Jaskulski | 95. | Hubert Ochocki |
| 65. | Diana Lewczuk | 96. | Igor Grunt |
| 66. | Dominika Berzyńska | 97. | Igor Karas |
| 67. | Dominika Okoń | 98. | Iryna Dydyk |
| 68. | Dominika Wójcik | 99. | Iwona Nurzyńska |
| 69. | Dorota Brzezińska | 100. | Iwona Pawelec |
| 70. | Dorota Sposób | 101. | Iwona Zimnicka |
| 71. | Elżbieta Łoś | 102. | Izabela Nowicka |
| 72. | Emanuela Getka | 103. | Jacek Grzanka |
| 73. | Emilia Goławska | 104. | Jacek Grzyb |
| 74. | Emilia Kaczmarska | 105. | Jacek Janik |
| 75. | Emilia Ogonowska | 106. | Jakub Bednarowicz |
| 76. | Ewa Górska | 107. | Jakub Glinka |
| 77. | Ewa Zapadka | 108. | Jakub Kowalski |
| 78. | Ewelina Jachymczyk | 109. | Jakub Luks |
| 79. | Ewelina Niziałek | 110. | Jakub Piwko |
| 80. | Ewelina Sałek | 111. | Jakub Wlazło |
| 81. | Gabriela Zdyb | 112. | Jakub Ziemiecki |
| 82. | Grażyna Wolska | 113. | Jarosław Kucharski |
| 83. | Greta Sokół | 114. | Jędrzej Rynkiewicz |
| 84. | Grzegorz Adamczyk | 115. | Joanna Rakowska |
| 85. | Grzegorz Bulejak | 116. | Jolanta Bakula |

Podziękowania

- | | | | |
|------|----------------------|------|------------------------|
| 117. | Jolanta Maj | 148. | Karolina Stachelek |
| 118. | Jolanta Sztabnik | 149. | Karolina Wąsiewska |
| 119. | Jolanta Wieczorek | 150. | Katarzyna Daria Czajka |
| 120. | Justyna Kruczyńska | 151. | Katarzyna Granis |
| 121. | Justyna Liwińska | 152. | Katarzyna Kicińska |
| 122. | Justyna Prusaczyk | 153. | Katarzyna Kiela |
| 123. | Justyna Roczeń | 154. | Katarzyna Kisiel |
| 124. | Kacper Ziewiec | 155. | Katarzyna Korzeb |
| 125. | Kamil Chudzik | 156. | Katarzyna Kurczycka |
| 126. | Kamil Jabłoński | 157. | Katarzyna Łyjak |
| 127. | Kamil Lewandowski | 158. | Katarzyna Poroc |
| 128. | Kamil Parzych | 159. | Katarzyna Tryk |
| 129. | Kamil Przykaza | 160. | Katarzyna Załoga |
| 130. | Kamil Puchalski | 161. | Kinga Senator |
| 131. | Kamil Saczuk | 162. | Klaudia Bednarz |
| 132. | Kamil Warpechowski | 163. | Klaudia Borówek |
| 133. | Kamil Witkowski | 164. | Klaudia Durajczyk |
| 134. | Kamila Boś | 165. | Klaudia Kwoka |
| 135. | Kamila Gieroba | 166. | Klaudia Michalak |
| 136. | Kamila Kamińska | 167. | Konrad Krawczyk |
| 137. | Kamila Krakowiak | 168. | Konrad Piskorz |
| 138. | Kamila Zwolińska | 169. | Kornel Chomski |
| 139. | Karol Zawadzki | 170. | Krystian Jałocha |
| 140. | Karolina Grzywa | 171. | Krystian Krusznis |
| 141. | Karolina Julewicz | 172. | Krzysztof Długokęcki |
| 142. | Karolina Królikowska | 173. | Krzysztof Dziejowski |
| 143. | Karolina Noceń | 174. | Krzysztof Jurek |
| 144. | Karolina Ochijewicz | 175. | Krzysztof Laskowski |
| 145. | Karolina Pietrzyk | 176. | Krzysztof Łukaszewicz |
| 146. | Karolina Rybak | 177. | Lilia Smal |
| 147. | Karolina Smouch | 178. | Luiza Wyszynska |

- | | | | |
|------|-----------------------|------|----------------------|
| 179. | Łukasz Granica | 210. | Marcin Duda |
| 180. | Łukasz Kozłowski | 211. | Marcin Gankowski |
| 181. | Łukasz Oklesiński | 212. | Marcin Kościeszka |
| 182. | Łukasz Sławęcki | 213. | Marcin Koziół |
| 183. | Łukasz Szewczyk | 214. | Marcin Kubajek |
| 184. | Łukasz Świdorski | 215. | Marcin Latos |
| 185. | Łukasz Urbanek | 216. | Marcin Lewandowski |
| 186. | Łukasz Wałpuski | 217. | Marcin Ostojski |
| 187. | Maciej Baranowski | 218. | Marcin Wyrzykowski |
| 188. | Maciej Chmura | 219. | Marlena Komuda |
| 189. | Maciej Kucharczyk | 220. | Marlena Koprowska |
| 190. | Maciej Nowosad | 221. | Marlena Sokal |
| 191. | Maciej Sadoch | 222. | Marta Batko |
| 192. | Maciej Widliński | 223. | Marta Groch |
| 193. | Magda Grudzińska | 224. | Marta Woda |
| 194. | Magdalena Barczuk | 225. | Martyna Puścian |
| 195. | Magdalena Głazewska | 226. | Martyna Zakrzewska |
| 196. | Magdalena Grabowska | 227. | Mateusz Gnatowski |
| 197. | Magdalena Kaczorek | 228. | Mateusz Kowalczyk |
| 198. | Magdalena Lipczyńska | 229. | Mateusz Lesiński |
| 199. | Magdalena Sikorska | 230. | Mateusz Lisowski |
| 200. | Magdalena Szcześniak | 231. | Mateusz Matyniak |
| 201. | Magdalena Zielińska | 232. | Mateusz Piątkiewicz |
| 202. | Małgorzata Barańska | 233. | Mateusz Prudzyński |
| 203. | Małgorzata Bogaj | 234. | Mateusz Rembiszewski |
| 204. | Małgorzata Jasińska | 235. | Mateusz Stanisławek |
| 205. | Małgorzata Opasała | 236. | Michalina Jabłońska |
| 206. | Małgorzata Pietruczuk | 237. | Michał Bryl |
| 207. | Małgorzata Przyborek | 238. | Michał Dmoch |
| 208. | Marcin Banasiak | 239. | Michał Kamiński |
| 209. | Marcin Dąbrowski | 240. | Michał Kostrzewa |

Podziękowania

- | | | | |
|------|------------------------|------|-----------------------|
| 241. | Michał Kowalski | 272. | Olga Świsłowska |
| 242. | Michał Matusiak | 273. | Oscar Minkus |
| 243. | Michał Pełka | 274. | Oskar Kowalczyk |
| 244. | Michał Sieczkowski | 275. | Patrycja Chylak |
| 245. | Michał Szklarczyk | 276. | Patrycja Juchimiuk |
| 246. | Michał Świerżewski | 277. | Patrycja Korczakowska |
| 247. | Michał Wąsowski | 278. | Patrycja Krawczyk |
| 248. | Michał Wolf | 279. | Patryk Frączyk |
| 249. | Mikołaj Darski | 280. | Patryk Kril |
| 250. | Milena Kossakowska | 281. | Patryk Ładusiak |
| 251. | Mirosław Łuba | 282. | Patryk Sionek |
| 252. | Mirosław Rudy | 283. | Patryk Wziętek |
| 253. | Monika Kiliś | 284. | Paulina Baranowska |
| 254. | Monika Matejek | 285. | Paulina Chrościcka |
| 255. | Monika Murziak | 286. | Paulina Filiks |
| 256. | Monika Piątkowska | 287. | Paulina Kijak |
| 257. | Monika Rogalla | 288. | Paulina Paciorek |
| 258. | Monika Skoczko-Piskorz | 289. | Paulina Stańczyk |
| 259. | Monika Śmigąła | 290. | Paulina Talipska |
| 260. | Monika Wrzesińska | 291. | Paulina Teodorczuk |
| 261. | Natalia Bebko | 292. | Paulina Wirkowska |
| 262. | Natalia Ciszewska | 293. | Paweł Jakubczyk |
| 263. | Natalia Jachimowicz | 294. | Paweł Karpeta |
| 264. | Natalia Kupis | 295. | Paweł Krajewski |
| 265. | Natalia Nadratowska | 296. | Paweł Lisiecki |
| 266. | Natalia Ślusarska | 297. | Paweł Małkowski |
| 267. | Nataliya Penkalya | 298. | Paweł Szmulewicz |
| 268. | Nina Błachnio | 299. | Piotr Bagiński |
| 269. | Norbert Marszałek | 300. | Piotr Jesionek |
| 270. | Norbert Węglowski | 301. | Piotr Jurczuk |
| 271. | Olga Chyczewska | 302. | Piotr Kryśka |

- | | | | |
|------|-----------------------|------|--------------------|
| 303. | Piotr Marchalewski | 334. | Tomasz Luchowski |
| 304. | Piotr Narojczyk | 335. | Tomasz Majczyk |
| 305. | Piotr Puciński | 336. | Tomasz Niemirski |
| 306. | Piotr Świątek | 337. | Tomasz Szczurowski |
| 307. | Piotr Wójciak | 338. | Tomasz Woźniak |
| 308. | Przemysław Gutkowski | 339. | Tomasz Zaniewski |
| 309. | Przemysław Kotulak | 340. | Tomasz Żygulis |
| 310. | Przemysław Lauryn | 341. | Urszula Popławska |
| 311. | Przemysław Prokopiuk | 342. | Valeryia Baiko |
| 312. | Radosław Koguc | 343. | Wiesław Jarosz |
| 313. | Rafał Klimiuk | 344. | Wiktoria Drużdżel |
| 314. | Rafał Mazur | 345. | Wioleta Czech |
| 315. | Rafał Siwak | 346. | Wioletta Tłaga |
| 316. | Rafał Woźniak | 347. | Witold Sypuła |
| 317. | Robert Kawa | 348. | Wojciech Matecki |
| 318. | Robert Klimczyk | 349. | Wojciech Piętka |
| 319. | Robert Niwiński | 350. | Zuzanna Pawlak |
| 320. | Roland Romanowski | | |
| 321. | Sebastian Kozakiewicz | | |
| 322. | Sebastian Kozik | | |
| 323. | Sebastian Makuch | | |
| 324. | Sebastian Smolak | | |
| 325. | Svitlana Perih | | |
| 326. | Sylwia Pakowska | | |
| 327. | Sylwia Wronka | | |
| 328. | Szymon Kosno | | |
| 329. | Tomasz Barański | | |
| 330. | Tomasz Bezuszek | | |
| 331. | Tomasz Chomczyk | | |
| 332. | Tomasz Faliński | | |
| 333. | Tomasz Królikowski | | |

Poprzednie publikacje Funduszu Pomocy Studentom dotyczące praw konsumenckich i nadzoru obywatelskiego

Uczelnie dla nas!

Rafalska D. (red.), FPS, Warszawa 2010
ISBN 978-83-931991-0-5

Studia dla nas!

Rafalska D. (red.), FPS, Warszawa 2011
ISBN 978-83-931991-2-9

Rynek pracy dla nas!

Rafalska D. (red.), FPS, Warszawa 2012
ISBN 978-83-931991-3-6

Dobre studenckie praktyki – kodeks, opinie, przykłady

Rafalska D. (red.), FPS, Warszawa 2013
ISBN 978-83-931991-5-0

Kto wygrywa na prywatyzacji? – historyczne, ekonomiczne i społeczne aspekty przekształceń własnościowych

Bałtowski M., Chojnowski Sz., Kalwat W., Kwiecień J., Stefańczyk B., Stryjek J.,
FPS, Warszawa 2010, wydawnictwo na prawach materiału informacyjnego,
nieskatalogowane

Watchdog.edu.pl – działania nadzorcze nad dystrybucją bezzwrotnej pomocy publicznej dla studentów i doktorantów

Golińska M., Lewiński T., Pawłowski R., Ruzik M., FPS, Warszawa 2011
ISBN 978-83-931991-1-2

Watchdog.edu.pl – edycja 2. Działania nadzorcze nad dystrybucją świadczeń z pieniędzy publicznych wśród studentów uczelni prywatnych i państwowych uczelni zawodowych

Golińska M., Lewiński T., Pawłowski R., Rycko N., FPS, Warszawa 2012
ISBN 978-83-931991-4-3