

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2023.01.11>

dr Agnieszka WOŁOSZYN-CICHOCKA

<https://www.orcid.org/0000-0001-5584-4137>

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

e-mail: agnieszka.woloszyn-cichocka@mail.umcs.pl

## Realizacja prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii COVID-19

### Streszczenie

Z chwilą wybuchu pandemii COVID-19 polskie władze publiczne stanęły przed trudnym zadaniem, jakim było zapobieżenie rozprzestrzenianiu się koronawirusa, udzielenie pomocy medycznej osobom zakażonym i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych dla pozostałej części społeczeństwa. Podejmowane przez władze publiczne działania wiązały się z koniecznością wprowadzenia licznych ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela, w tym także praw pacjenta. Jednym z praw pacjenta, którego realizacja w okresie pandemii COVID-19 była utrudniona, a czasem wręcz niemożliwa, jest prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych było spowodowane głównie odwoływaniem planowych wizyt i zabiegów, wstrzymaniem przyjęć pacjentów na niektóre oddziały szpitalne, a także przeznaczaniem wybranych oddziałów szpitalnych bądź też całych szpitali wyłącznie dla pacjentów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie koronawirusem. Rozwiązaniem umożliwiającym udzielanie świadczeń zdrowotnych pomimo zamknięcia licznych placówek medycznych miało być przejście na system teleporad jako podstawowej formy wykonywania działalności leczniczej w ramach leczenia ambulatoryjnego. Niestety, takie działanie nie poprawiło znacząco dostępności opieki zdrowotnej, zwłaszcza dla osób starszych, głuchych i niedosłyszących, a nierzadko też niewidomych.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych od lat jest prawem najczęściej naruszonym, a pandemia COVID-19 jeszcze wyraźniej to ukazała. Poprawa tego stanu wymaga jednak reform całego systemu ochrony zdrowia, w tym działań mających na celu rozwiązanie problemów kadrowych, finansowych i lokalowych.

**Słowa kluczowe:** prawa pacjenta, ochrona zdrowia, prawo do świadczeń zdrowotnych, dostęp do świadczeń zdrowotnych, pandemia COVID-19.

## Wprowadzenie

4 marca 2020 roku potwierdzono w Polsce pierwszy przypadek koronawirusa, zaś 12 marca 2020 roku stwierdzono pierwszy zgon pacjenta z COVID-19. Wydarzenia te, a także ogłoszenie 11 marca 2020 r. przez Światową Organizację Zdrowia pandemii COVID-19, zmusiły polskiego prawodawcę do działania. Na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>1</sup> wprowadzono początkowo stan zagrożenia epidemicznego<sup>2</sup>, a następnie stan epidemii<sup>3</sup>. Podstawowym założeniem przyjętym od początku wybuchu pandemii koronawirusa i konsekwentnie realizowanym było ograniczenie kontaktów międzyludzkich w celu przerwania transmisji wirusa i zapobieżenia dalszemu rozwojowi pandemii. W tym celu polski prawodawca podjął szereg działań ograniczających wolności i prawa człowieka i obywatela. Stanął także przed trudnym zadaniem, jakim było zapewnienie efektywnego działania systemu ochrony zdrowia, w ramach którego należało ograniczyć rozprzestrzenianie się koronawirusa, zagwarantować opiekę zdrowotną nad pacjentami, u których rozpoznano chorobę COVID-19, a także utrzymać dostępność świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z innymi potrzebami.

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie, w jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynęła na realizację prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, a także ustalenie, czy rozwiązania prawne przyjęte przez prawodawcę oraz inne działania podjęte przez władze publiczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą w analizowanym okresie w sposób skuteczny zabezpieczyły możliwość skorzystania z tego prawa.

### 1. Istota prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych – uwagi ogólne

Najważniejszym prawem pacjenta związanym bezpośrednio z ochroną jego zdrowia jest prawo do świadczeń zdrowotnych uregulowane w rozdziale 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j. Dz. U. 2022 r. poz. 1657 ze zm.

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz. U. z 2020 r. poz. 433 ze zm.

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz. U. z 2020 r. poz. 491 ze zm.

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm., dalej: u.p.p.

Przepisy wskazanego rozdziału stanowią konkretyzację przewidzianego w art. 68 Konstytucji RP<sup>5</sup> prawa do ochrony zdrowia<sup>6</sup>.

Ustawodawca w u.p.p. nie wyjaśnia, co dokładnie wchodzi w zakres prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Kluczowe dla tego zakresu pojęcie świadczenia zdrowotnego zostało bowiem zdefiniowane w innej ustawie, do której odsyła art. 3 ust. 1 pkt 6 u.p.p. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>7</sup> świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. D. Karkowska podkreśla konieczność spełnienia łącznie dwóch przesłanek dla zakwalifikowania działania jako świadczenia zdrowotnego – przesłanki podmiotowej, odnoszącej się do podmiotu udzielającego takiego świadczenia (podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe, o których mowa w art. 4 i art. 5 u.d.l.) oraz przesłanki przedmiotowej, dotyczącej rodzaju świadczenia zdrowotnego, tj. świadczenia służącego profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia<sup>8</sup>.

Najważniejszą grupą świadczeń zdrowotnych są te, które można określić jako czynności *stricto* lecznicze, gdyż mają za zadanie zrealizowanie wobec pacjenta celu terapeutycznego, leczniczego. Będą to zatem – zdaniem B. Janiszewskiej i L. Boska – czynności, które mają na celu udzielenie pacjentowi szeroko rozumianej pomocy medycznej, polegającej na dążeniu do zapobiegania chorobom i zachowaniu dobrego stanu zdrowia (profilaktyka), ustaleniu stanu zdrowia w sposób właściwy dla nauk medycznych (diagnoza), także jako podstawy do podjęcia leczenia zmierzającego do uzyskania poprawy, przywrócenia albo podtrzymania zdrowia<sup>9</sup>. Obok działań podejmowanych w celu leczniczym ustawodawca w art. 2 ust. 1 pkt. 10 u.d.l. uwzględnia w grupie świadczeń zdrowotnych także inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia oraz z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia można określić mianem czynności pomocniczych i zaliczyć do nich np. wystawianie recept, skierowań i opinii lekarskich. Natomiast inne działania wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania to takie, które nie muszą wynikać z procesu leczniczego pacjenta, a zaliczone są do wspomnianej kategorii przez odrębne przepisy jak

<sup>5</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>6</sup> P. Sobolewski, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 1: *Instytucje Prawa Medycznego*, Warszawa 2018, s. 809.

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm., dalej: u.d.l.

<sup>8</sup> D. Karkowska, [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 203 i n.

<sup>9</sup> L. Bosek, B. Janiszewska, [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2: *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018.

np. pobieranie komórek, tkanek lub narządów od żywego dawcy, uczestnictwo pacjenta w eksperymencie czysto badawczym czy też usuwanie ciąży z przyczyn karnych<sup>10</sup>.

Definicja świadczenia zdrowotnego sformułowana przez ustawodawcę w art. 2 ust. 1 pkt. 10 u.d.l. nie jest jedyną definicją legalną tego pojęcia. W sposób zbliżony definiuje je art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>11</sup>. Jedyną różnicą we wspomnianych definicjach jest uwzględnienie działań służących profilaktyce w definicji z art. 5 pkt. 40 u.ś.o.z. Ponadto należy zauważyć, że świadczenia zdrowotne uregulowane w u.ś.o.z. mieszczą się – obok świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących – w szerszej kategorii świadczenia opieki zdrowotnej. Kluczowe dla u.ś.o.z. jest jednak pojęcie świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych. Z kolei u.p.p. gwarantuje prawo do świadczeń zdrowotnych, nie odwołując się przy tym do kwestii finansowania takich świadczeń. Oznacza to, że prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje każdemu pacjentowi, niezależnie od tego, czy przysługuje mu uprawnienie do jego uzyskania za środki publiczne, czy też nie. Z punktu widzenia u.p.p. nie jest więc istotne to, czy pacjent zapłaci za świadczenie osobiście, czy koszty pokryje NFZ, ale to, aby pacjent miał w ogóle możliwość skorzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Prawo do świadczeń zdrowotnych zagwarantowane pacjentowi w u.p.p. wiąże się z zapewnieniem odpowiedniego standardu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca nakazuje bowiem, by odpowiadały one aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.) oraz aby udzielano ich z należytą starannością, w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 u.p.p.). W tym celu nałożono na podmioty lecznicze i praktyki zawodowe szereg obowiązków związanych m.in. z koniecznością posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniających wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, ze stosowaniem wyrobów medycznych spełniających wymagania ustawowe, z udzielaniem świadczeń przez odpowiednio wykwalifikowany personel czy zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej<sup>12</sup>. Również ustawy regulujące status prawny poszczególnych zawodów medycznych nakazują wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, jak również z poszanowaniem praw pacjenta i dbałością o jego bezpieczeństwo<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561z późn. zm., dalej: u.ś.o.z.

<sup>12</sup> Art. 17–19a u.d.l.

<sup>13</sup> Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 ze zm., art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,

Prawo do świadczeń zdrowotnych to prawo, które otwiera katalog praw pacjenta zagwarantowany pacjentom w u.p.p. Realizacja tego prawa warunkuje możliwość skorzystania z pozostałych praw pacjenta. Bez dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjent nie skorzysta m.in. z prawa do informacji, prawa do wyrażenia zgody na interwencję medyczną czy też prawa do tajemnicy informacji z nim związanych. To właśnie prawo do świadczeń zdrowotnych wiąże się bezpośrednio z istotą procesu leczenia, służy zachowaniu, poprawie, przywracaniu, ratowaniu jego zdrowia. Pozostałe prawa pacjenta mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>14</sup>. Niestety od lat prawo do świadczeń zdrowotnych kwalifikowane jest przez Rzecznika Praw Pacjenta jako prawo nieprzestrzegane w stopniu wysokim. Co więcej, w ostatnich latach liczba naruszeń prawa do świadczeń zdrowotnych stwierdzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta ciągle wzrasta<sup>15</sup>. Wśród głównych obszarów z zakresu prawa do świadczeń zdrowotnych, w których występują nieprawidłowości, wskazuje się udzielanie pacjentom świadczeń bez dołożenia należytej staranności, brak niezwłocznego udzielenia świadczeń zdrowotnych z uwagi na stan zagrożenia życia lub zdrowia, udzielanie świadczeń niezgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej oraz nieprawidłowe procedury ustalania kolejności przyjęcia do podmiotu leczniczego<sup>16</sup>. Wybuch pandemii COVID-19 i związane z nim obciążenie systemu ochrony zdrowia spowodowane wzrostem liczby pacjentów potrzebujących pomocy medycznej dodatkowo utrudniły dostęp do świadczeń zdrowotnych, w szczególności w sytuacjach, gdy pomoc ta była potrzebna niezwłocznie.

## **2. Działania podjęte przez władze publiczne w związku z wybuchem pandemii COVID-19**

Ogłoszenie stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii w marcu 2020 roku, spowodowało natychmiastowe podjęcie działań dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, związanych z koniecznością zapewnienia opieki zdrowotnej pacjentom, u których wykryto koronawirusa, należytego zabezpieczenia personelu medycznego przed zakażeniem i transmisją wi-

---

t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm., art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 168 ze zm.

<sup>14</sup> Rzecznik Praw Pacjenta, Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2020-rok> [dostęp: 10.10.2022].

<sup>15</sup> Ibidem.

<sup>16</sup> Rzecznik Praw Pacjenta, Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2019-rok> [dostęp: 10.10.2022].

rusa oraz udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgłaszającym się z pozostałymi problemami zdrowotnymi. Wspomniane działania podjęto na wszystkich szczeblach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poczynwszy od podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, na lecznictwie uzdrowiskowym czy rehabilitacji kończąc.

Jeszcze przed wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego uchwalono ustawę z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych<sup>17</sup>, która była w późniejszym czasie wielokrotnie nowelizowana. Ustawa ta miała na celu umożliwienie podejmowania działań służących zahamowaniu rozprzestrzeniania się koronawirusa, przewidując szereg uprawnień i obowiązków organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej, ale także uprawnienia i obowiązki, świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców i innych osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w tym zakresie, jak również zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Na podstawie wspomnianej ustawy podjęto szereg działań, które miały bezpośredni wpływ na dostęp do świadczeń zdrowotnych zarówno pacjentów z COVID-19, jak i pacjentów z innymi dolegliwościami. Podejmowali je przede wszystkim wojewodowie, którzy uzyskali uprawnienia związane m.in. z wydawaniem wiążących poleceń organom administracji rządowej i samorządowej, państwowym i samorządowym osobom prawnym, samorządowym jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. W poszczególnych województwach wojewodowie wydawali szpitalom polecenia wstrzymania przyjęć planowych i operacji, za wyjątkiem sytuacji dotyczących pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia<sup>18</sup>. Jesienią 2020 roku, gdy nastąpił gwałtowny wzrost zakażeń koronawirusem, zdecydowano o przekształceniu wybranych szpitali w szpitale jednoimienne (tzw. covidowe) oraz szpitale mające w swojej strukturze oddziały zakaźne<sup>19</sup>. Szpitale te stały się zatem niedostępne dla pacjentów z innymi dolegliwościami niż COVID-19. Oznaczało to dla nich konieczność poszukiwania innego świadczeniodawcy, często położonego w dalszej odległości od miejsca zamieszkania pacjenta i oczekiwanie w dłuższej – z powodu mniejszej ilości świadczeniodawców – kolejce na udzielenie danego świadczenia zdrowotnego. W konsekwencji zapewnienie opieki zdrowotnej pacjentom wymagającym hospitalizacji z podejrzeniem lub

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm., dalej: ustawa o COVID-19.

<sup>18</sup> Polecenia wydawane na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy o COVID-19, który obowiązywał do 4 września 2020 r.

<sup>19</sup> Działania podejmowane na podstawie art. 11 h ust. 1 ustawy o COVID-19.

zakażeniem COVID-19 utrudniło, a często także uniemożliwiło realizację prawa do świadczeń zdrowotnych pozostałym pacjentom.

Spośród aktów prawnych, które bezpośrednio dotyczyły zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z pandemią COVID-19 warto też wskazać liczne rozporządzenia. Wśród nich na uwagę zasługują nieobowiązujące już dzisiaj rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19<sup>20</sup>, czy też rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2<sup>21</sup>, jak również wciąż obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej<sup>22</sup>.

Istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia miało także rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii<sup>23</sup>, które było zastępowane kolejnymi rozporządzeniami o tym samym tytule, w zależności od pojawienia się potrzeby wprowadzenia nowych ograniczeń. Na podstawie §10 rozporządzenia zaprzestano udzielania świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji groziło poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, z zakresu programów zdrowotnych, jak również udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego w pojazdach (dentobusach) i opieki stomatologicznej nad uczniami. Działania te nie tyle ograniczyły realizację prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, co faktycznie pozbawiły możliwości skorzystania z tego prawa w stosunku do wskazanych świadczeń.

Obok działań legislacyjnych warto zwrócić uwagę na wytyczne i komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego czy Narodowego Funduszu Zdrowia, które pojawiały się regularnie od pierwszych dni pandemii COVID-19. W dniu 10 marca 2020 roku opublikowano komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w spra-

<sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, Dz. U. z 2020 r. poz. 422.

<sup>21</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 382.

<sup>22</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1194.

<sup>23</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.

wie schematu postępowania dla podstawowej opieki zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej<sup>24</sup>. Najważniejszym zaleceniem było informowanie pacjentów o konieczności telefonicznego kontaktu z rejestracją przychodni. Każdemu pacjentowi, niezależnie od objawów infekcji, w pierwszej kolejności należało udzielić teleporady, a tylko w sytuacjach niezbędnych umawiano pacjenta na bezpośrednią wizytę u lekarza. Wytyczne przewidywały także obowiązek informowania powiatowego inspektora sanitarnego o każdym przypadku pacjenta, który spełniał kryteria epidemiologiczne, tj. przebywał w kraju, gdzie występuje transmisja koronawirusa SARS CoV-2 lub miał bliiski kontakt z osobą zakażoną.

Z kolei 15 marca 2020 roku na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia umieszczono komunikat Centrali NFZ dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej<sup>25</sup>. Zalecano w nim ograniczenie do minimum lub nawet czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Komunikat dotyczył zarówno leczenia szpitalnego, jak i rehabilitacji leczniczej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień, świadczeń stomatologicznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz licznych badań diagnostycznych i profilaktycznych. Wskazane działania również ograniczyły, a w wielu przypadkach nawet uniemożliwiły pacjentom skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

### **3. Telemedycyna a realizacja prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii COVID-19**

Termin „telemedycyna” dotychczas nie został zdefiniowany przez ustawodawcę, jednakże jest on przedmiotem licznych analiz w środowisku naukowym. Istota telemedycyny wiąże się z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnej, która daje szansę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość. Co do zasady odnosi się więc „ściśle do leczenia na odległość z wykorzystaniem wszelkiego przekazu, który umożliwi uzyskanie informacji dotyczących pacjenta”<sup>26</sup>. Telemedycyna może obejmować nie tylko relacje pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą i pacjentem, ale także relacje dwustronnie profesjonalne – pomiędzy osobami wykonującymi zawody medyczne (np. w celu przeprowadzenia konsylium czy zasięgnięcia opinii na temat udzielanego świadczenia zdrowotnego u innego fachowca). Zakłada ona zatem pokonanie bariery geograficznej, dzielącej uczestników wymiany informacji, „z któ-

<sup>24</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-nisoz> [dostęp: 10.10.2022].

<sup>25</sup> <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html> [dostęp: 10.10.2022].

<sup>26</sup> J. Król-Całkowska, *E-dokumentacja medyczna i telemedycyna*, Warszawa 2021, s. 19.



rych przynajmniej jeden jest przedstawicielem zawodu medycznego lub świadczeniodawcą posługującym się takimi osobami”<sup>27</sup>. W najprostszej postaci telemedycyna polega na komunikowaniu się w czasie rzeczywistym z pacjentem za pomocą telefonów komórkowych i stacjonarnych<sup>28</sup>.

Możliwość wykonywania działalności leczniczej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności wprowadzono do polskiego porządku prawnego 12 grudnia 2015 roku, a zatem jeszcze przed wybuchem pandemii COVID-19. Ustawą z dnia z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw<sup>29</sup> dodano do u.d.l. art. 3 ust. 2a oraz zmieniono art. 3 ust. 1, umożliwiając wykonywanie działalności leczniczej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zbliżone regulacje pojawiły się także w niektórych ustawach normujących wykonywanie zawodów medycznych<sup>30</sup>. Obok telemedycyny stopniowo wdrażano także inne działania należące do zakresu e-zdrowia, takie jak: elektroniczna dokumentacja medyczna, e-recepty czy e-skierowania. Pandemia COVID-19 znacznie przyspieszyła te działania i spopularyzowała udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość. Wraz z rozwojem pandemii uruchomiono e-konsultacje, telerehabilitacje czy też telemonitoring<sup>31</sup>. Wdrożono również program Domowej Opieki Medycznej zakładający zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjenta z wykorzystaniem pulsoksymetru i aplikacji mobilnej<sup>32</sup>.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość – w postaci teleporady – stało się najbardziej popularne w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Jak wskazano powyżej, zalecenie wdrożenia teleporad pojawiło się już w pierwszych dniach pandemii, co spowodowało liczne obawy i protesty pacjentów, wskazujących m.in. na trudności z dodzwonieniem się do placówki medycznej czy na konieczność bezpośredniego kontaktu z lekarzem w przypadku małych dzieci, czy chorych przewlekłe. 20 sierpnia 2020 r. Minister Zdrowia wydał wspomniane rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, wyznaczając w nim podstawowe zasady udzielania teleporad przez świadczeniodawcę POZ. W §2 pkt. 3 rozporządzenia zdefi-

<sup>27</sup> G. Głanowski, [w:] D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 3: *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2020, s. 1151.

<sup>28</sup> M. Czaplinska, M. Sakowska-Baryła, *Telemedycyna i teleporady w dobie pandemii – aspekty prawne i organizacyjne*, „Monitor Prawniczy” 2022, nr 12, s. 645.

<sup>29</sup> Ustawa z dnia z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2015 r. poz. 1991.

<sup>30</sup> Art. 2 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, art. 2a ust. 2a ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1850.

<sup>31</sup> A. Rogalska, M. Syrkiewicz-Świtłała, *Rola działań w zakresie e-zdrowia w obliczu pandemii COVID-19*, [w:] W. Nowak, K. Szalotka (red.), *Zdrowie i style życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii*, Wrocław 2021, s. 213.

<sup>32</sup> <https://www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna> [dostęp: 10.10.2022].

niował teleporadę jako „świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Na świadczeniodawców POZ nałożył obowiązek informowania pacjentów o warunkach udzielania teleporad, zaznaczając, że pacjent ma prawo do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Reagując na głosy krytyczne wobec teleporady, które pojawiały się w pierwszych miesiącach jej funkcjonowania, Minister Zdrowia wprowadził zmiany do rozporządzenia<sup>33</sup> i wskazał, że część świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej bezwzględnie musi być udzielana po bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Zgodnie z §3 pkt. 1 lit. a analizowanego rozporządzenia teleporadę wykluczono w przypadku, gdy pacjent lub jego opiekun ustawowy wyraźnie nie życzą sobie takiej formy udzielenia świadczenia, pod warunkiem, że nie chodzi o wypisanie recepty, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne albo zaświadczenia; gdy jest to pierwsza wizyta u danego lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ; gdy świadczenie jest udzielane dzieciom do 6 roku życia, z wyłączeniem kolejnych wizyt kontrolnych oraz gdy świadczenie jest udzielane w związku z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów, i w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej.

Możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pomocą środków komunikacji na odległość niewątpliwie ma wiele zalet. Po pierwsze, ułatwia pokonanie bariery geograficznej i daje szansę skorzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fachowców znajdujących się w dużej odległości od pacjenta. Po drugie, pozwala zaoszczędzić czas, który trzeba by było poświęcić na dotarcie do przychodni i oczekiwanie w kolejce, w szczególności, gdy wizyta miałaby dotyczyć tylko uzyskania recepty czy skierowania. Należy podkreślić, że jest to oszczędność czasu zarówno pacjenta, jak i samego lekarza, który dzięki teleporadom jest w stanie udzielić świadczeń większej liczbie pacjentów.

Jak zostało wspomniane, udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość zostało prawnie uregulowane jeszcze przed pandemią COVID-19, ale to pandemia niejako wymusiła upowszechnienie takiej formy udzielania świadczeń. Uzasadnieniem tego działania nie były przy tym wskazane zalety, ale konieczność ograniczenia kontaktów międzyludzkich. Nie ulega wątpliwości, że dzięki opcji teleporady uchroniono przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 dużą część społeczeństwa. Jednakże z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest także to, czy zmiana sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych z systemu stacjonarnego na system teleporad wpłynęła na dostępność tych świadczeń.

W tym miejscu należy wskazać wady teleporad, które niewątpliwie ograniczają a nawet wykluczają możliwość skorzystania ze świadczeń zdrowotnych przez pewne grupy społeczne. Jako przykład można podać osoby starsze, które

---

<sup>33</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2021 r. poz. 231.

nierzadko nie potrafią korzystać z narzędzi informatyzacji bądź też odczuwają obawy przed obsługą nowych, nieznanych urządzeń czy aplikacji. Słusznie twierdzi T. Sachaj, że „starzenie się przeciętnego człowieka niesie ze sobą zwiększoną podatność na choroby, deficyty, zmniejszenie możliwości komunikacyjnych i poznawczych”<sup>34</sup>. Dlatego też seniorzy, nawet jeśli posiadają telefony komórkowe, wolą wizyty osobiste u lekarza, podczas których są w stanie lepiej wyjaśnić swoje dolegliwości, ale też lepiej zrozumieć zalecenia dotyczące terapii czy dawkowania leków. Należy przy tym zauważyć, że z racji wielu chorób, które pojawiają się z wiekiem osoby starsze zdecydowanie częściej korzystają z pomocy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów. Tymczasem w związku ze wstrzymaniem wizyt stacjonarnych i przejściem na system teleporad, wielu z nich przerwało dotychczasowe leczenie<sup>35</sup>.

Kolejną grupą osób, która wydaje się pominięta przy wprowadzeniu teleporady jako formy udzielania świadczeń zdrowotnych, są pacjenci głusi i niedosłyszający. W sytuacji gdy dominującą formą teleporady jest rozmowa telefoniczna, nie zaś czat tekstowy czy konsultacja wideo, osoby z dysfunkcją słuchu muszą korzystać z pomocy pośrednika. Oznacza to zatem konieczność wtajemniczenia osób trzecich w proces udzielania świadczeń zdrowotnych i udostępniania im informacji o stanie zdrowia niesłyszającego pacjenta. Wprawdzie Polski Związek Głuchych w odpowiedzi na utrudniony dostęp do teleporady zaoferował pomoc tłumacza języka migowego zarówno dla osób głuchych, jak i dla personelu medycznego, ale to także oznacza konieczność skorzystania z usług pośrednika przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych<sup>36</sup>.

Kłopot z uzyskaniem świadczenia zdrowotnego w formie teleporady mogą mieć również pacjenci niewidomi i słabowidzący. Nie chodzi przy tym o trudności w zrozumieniu zaleceń lekarskich, ale o wykonanie poleceń lekarza w trakcie rozmowy telefonicznej. Podczas wizyty osobistej lekarz jest w stanie sam zbadać pacjenta niewidomego, a przy udzielaniu świadczenia na odległość to pacjent sam powinien dokładnie opisać lekarzowi swoje dolegliwości. Dysfunkcje wzroku mogą jednak utrudnić np. zaobserwowanie zmian na skórze i opisanie ich, a jeśli rozmowa odbywałaby się z użyciem kamery – właściwe nakierowanie kamery na miejsce wskazane przez lekarza<sup>37</sup>. W takich sytuacjach osoba z dysfunkcją wzroku będzie zmuszona do korzystania z pomocy innych osób, a to

<sup>34</sup> T. Sachaj, *Nowe narzędzia i technologie komunikacyjne dla osób niepełnosprawnych fizycznie, intelektualnie i społecznie oraz seniorów*, [w:] G. Catek, J. Niedbalski, D. Żuchowska-Skiba, M. Raclaw (red.), *Wirtualizacja życia osób z niepełnosprawnościami*, Łódź 2021, s. 23.

<sup>35</sup> Szerzej na temat dostępności do świadczeń zdrowotnych osób starszych w czasie pandemii COVID-19: E. Subocz, K. Ratuszyńska, *Osoby starsze w okresie izolacji spowodowanej pandemią COVID-19 (komunikat z badań)*, „Praca Socjalna” 2021, nr 2(36), s. 45 i nn.

<sup>36</sup> W. Giermaziak, P. Kurowska, E. Buczek, *Prawa pacjenta w czasie epidemii*, „Prawo Medyczne” 2001, t. 77, nr 3, s. 137.

<sup>37</sup> K. Binder-Olibrowska, *Telemedycyna a niepełnosprawność wzrokowa – szanse, zagrożenia, wyzwania*, [w:] G. Catek, J. Niedbalski, D. Żuchowska-Skiba, M. Raclaw (red.), op. cit., s. 52.

oznacza – tak jak w przypadku osób niesłyszących – konieczność udostępnienia osobom trzecim informacji o stanie zdrowia.

Pandemia COVID-19 niewątpliwie wymusiła powszechne stosowanie teleporady w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, na co zarówno świadczeniodawcy, jak i społeczeństwo nie byli do końca przygotowani. Pierwsze tygodnie pandemii zweryfikowały skuteczność obowiązujących regulacji prawnych i ujawniły ich niedoskonałości. Zaprzestanie stacjonarnego udzielania świadczeń zdrowotnych i zastąpienie ich teleporadami ograniczyło dostęp do świadczeń wskazanym grupom społecznym. Minister Zdrowia, ustalając standardy organizacyjne teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, nie wspomniał nawet o osobach, które z racji swojego wieku czy niepełnosprawności nie będą mogły skorzystać z tej formy udzielania świadczeń zdrowotnych. Zastrzeżenie, że osobisty kontakt z właściwym personelem medycznym będzie możliwy wówczas, gdy pacjent wyraźnie sobie tego zażyczy podczas teleporady, nie wydaje się wystarczającym rozwiązaniem. Zgodnie z nim w pierwszej kolejności należy bowiem umówić się na teleporadę i dopiero w jej trakcie poprosić o stacjonarne udzielenie świadczenia. To zaś może stanowić barierę nie do pokonania albo też znacznie wydłużyć czas oczekiwania na pomoc medyczną.

#### **4. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii COVID-19 w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Obywatelskich**

Dla rozważań dotyczących realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych niezwykle cenne są raporty Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta w okresie pandemii COVID-19. Wynika z nich, że prawo do świadczeń zdrowotnych jest prawem, którego naruszenie najczęściej zgłaszali pacjenci zarówno w 2020 roku<sup>38</sup>, jak i 2021 roku<sup>39</sup>. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta najważniejsze problemy, które były związane z realizacją prawa do świadczeń zdrowotnych dotyczyły ograniczonej dostępności do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także badań diagnostycznych pomimo posiadania skierowania oraz zbyt długiego czasu ocze-

---

<sup>38</sup> Ponad 71% wszystkich zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta, które wpłynęły w 2020 roku za pośrednictwem infolinii dotyczyło naruszeń prawa do świadczeń zdrowotnych. Szerzej: Rzecznik Praw Pacjenta, Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19. Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta za okres od stycznia do września 2020 r., Warszawa 2020, s. 14.

<sup>39</sup> Ponad 53% wszystkich zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta, które wpłynęły w 2021 roku za pośrednictwem infolinii dotyczyło naruszeń prawa do świadczeń zdrowotnych. Szerzej: Rzecznik Praw Pacjenta, Problematyka zgłoszeń kierowanych na Infolinię Rzecznika Praw Pacjenta w 2021 roku, Warszawa 2022, s. 14 i nn.

kiwania na świadczenie specjalistyczne, co wynikało z odwoływania planowanych wcześniej wizyt i zabiegów operacyjnych bez wyznaczania nowych terminów<sup>40</sup>. Jak zauważa Rzecznik, o ile w początkowym okresie pandemii pacjenci wykazywali zrozumienie wobec zmiany dotychczasowego trybu leczenia z przyczyn epidemiologicznych, to z biegiem czasu zaczęły nasilać się sygnały wyrażające chęć wznowienia udzielania świadczeń zdrowotnych w tradycyjnej formie<sup>41</sup>.

Na problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 zwrócił uwagę także Rzecznik Praw Obywatelskich. W szczególności wskazał on na ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych pacjentów w stanach nagłych, spowodowanych innymi dolegliwościami niż chorobą COVID-19. Ze względu na przekształcenie części szpitali w szpitale jednoimienne, przeznaczone dla pacjentów zakażonych koronawirusem, a także ze względu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie teleporady w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, mieli oni znacznie utrudnioną możliwość uzyskania niezwłocznie świadczenia zdrowotnego w postaci bezpośredniej wizyty, niezbędnej dla ratowania ich zdrowia i życia<sup>42</sup>. Ponadto Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzegł problemy w dostępie do świadczeń zdrowotnych pacjentów przewlekle chorych, w tym onkologicznie, a także pacjentów wymagających leczenia psychiatrycznego, co spowodowane było wstrzymaniem udzielania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, odwoływaniem planowych wizyt i zabiegów operacyjnych oraz przyjęć na oddziały psychiatryczne w szpitalach<sup>43</sup>. Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich problemy pacjentów z dostępem do świadczeń zdrowotnych były następstwem nieprzygotowania służby zdrowia do walki z pandemią COVID-19<sup>44</sup>.

## Wnioski

W obliczu pandemii COVID-19 władze publiczne były zmuszone do podjęcia dwutorowych działań, jakimi było ograniczenie rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej i zapewnienie opieki zdrowotnej osobom zakażonym koronawirusem oraz zagwarantowanie dostępności świadczeń zdrowotnych pacjentom z innymi potrzebami zdrowotnymi, co w praktyce okazało się dużym wyzwaniem. Słusznie pisze T. Sroka, że „realizacja przez władze publiczne zadania polegającego na ochronie zdrowia publicznego poprzez zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych nieuchronnie prowadzi do konfliktu (kolizji) z prawami i wolnościami jedno-

<sup>40</sup> Rzecznik Praw Pacjenta, *Problemy pacjentów...*, s. 16.

<sup>41</sup> Rzecznik Praw Pacjenta, *Problematyka zgłoszeń...*, s. 14.

<sup>42</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, Warszawa 2021, s. 26.

<sup>43</sup> Ibidem, s. 28.

<sup>44</sup> Ibidem, s. 25.

stek”<sup>45</sup>. Walka z pandemią COVID-19 oznaczała więc konieczność ograniczenia wielu praw i wolności człowieka i obywatela, w tym także praw pacjenta.

Ogólną podstawę do ograniczenia praw pacjenta stanowi art. 5 u.p.p., zgodnie z którym kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Nie ulega zatem wątpliwości, że pandemia COVID-19 stanowi okoliczność uzasadniającą ograniczenie praw pacjenta. Ważne jest przy tym to, że wspomniany art. 5 u.p.p. dopuszcza jedynie ograniczenie, a nie całkowite pozbawienie możliwości skorzystania z praw pacjenta.

Analizując działania władz publicznych oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, podjęte w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19, należy dojść do wniosku, że ograniczyły one znacząco możliwość realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Konieczność uwzględnienia w dotychczasowym systemie ochrony zdrowia pacjentów zakażonych koronawirusem odbyła się kosztem pacjentów z innymi schorzeniami. Przekształcenie szpitali w szpitale jednoimienne bądź też przeznaczenie wybranych oddziałów szpitalnych dla pacjentów z chorobą COVID-19 ograniczyło liczbę świadczeniodawców dostępnych dla pozostałych pacjentów. W konsekwencji zmniejszenie liczby świadczeniodawców, a także braki kadrowe związane z zakażeniem personelu medycznego lub obowiązkiem odbycia kwarantanny po kontakcie z koronawirusem wpłynęło znacznie na wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie warto podkreślić, że w okresach największej zachorowalności problem z dostępem do świadczeń zdrowotnych mieli również wymagający hospitalizacji pacjenci zakażeni koronawirusem.

Niestety na skutek podejmowanych w związku z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19 działań władz publicznych oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą pacjenci wielokrotnie byli też pozbawieni możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. Brak możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych był problemem w szczególności w początkowej fazie pandemii, kiedy to odwoływano planowe zabiegi, wstrzymywano przyjęcia do szpitali, zaprzestano udzielania wielu świadczeń zdrowotnych. O braku możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych można mówić także w stosunku do pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie mogli skorzystać z zalecanej powszechnie formy teleporady. O ile ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych jest rozwiązaniem, które można usprawiedliwić sytuacją nadzwyczajną, jaką niewątpliwie była pandemia COVID-19, to zupełne jego pozbawienie nawet w tych wyjątkowych okolicznościach należy uznać za niedopuszczalne.

---

<sup>45</sup> T. Sroka, *Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego*, „Palestra” 2020, nr 6, s. 78.

Wskazana powyżej dwutorowość działań władz publicznych i podmiotów wykonujących działalność leczniczą wymaga wzajemnej równowagi. Ponownie należy zgodzić się z T. Sroką, który twierdzi, że realizacja konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w okresie epidemii (pandemii) nie jest i nie może być ograniczona wyłącznie do zwalczania zakażenia i choroby zakaźnej<sup>46</sup>. Tymczasem w obliczu pandemii koronawirusa dostęp do świadczeń zdrowotnych nie został należycie zapewniony pacjentom z innymi dolegliwościami niż COVID-19. W okresach największej zachorowalności na COVID-19 problem z dostępem do świadczeń zdrowotnych dotyczył już wszystkich pacjentów. Świadczą o tym wspomniane powyżej raporty Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Obywatelskich, ale też ocena dokonana przez Najwyższą Izbę Kontroli<sup>47</sup>. Zdaniem NIK „podmioty lecznicze z powodu trudności wynikających z ograniczenia lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń, związanych z wykonywaniem zadań z zakresu przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 nie zdołały zapewnić pacjentom opieki na dotychczasowym poziomie”<sup>48</sup>. Co więcej, w wyniku przeprowadzonych kontroli NIK stwierdziła, że skontrolowane szpitale były nieprzygotowane do działania w warunkach epidemii, a zmiany w ich organizacji nie zapewniły ich prawidłowego funkcjonowania, a w szczególności nie pozwoliły na zabezpieczenie odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom z innymi dolegliwościami niż COVID-19<sup>49</sup>.

Pandemia COVID-19 obnażyła więc narastające od lat problemy w polskim systemie ochrony zdrowia. Realizacja prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, które od dawna znajduje się w czołówce praw pacjenta naruszanych w stopniu wysokim, stała się jeszcze bardziej utrudniona. Skutkami ograniczonego, a czasami wręcz niemożliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych była opóźniona diagnostyka, zbyt późna wykrywalność wielu chorób, w tym nowotworowych, a w konsekwencji wzrost liczby zgonów, nie tylko z powodu choroby COVID-19.

## Bibliografia

### Literatura

Binder-Olibrowska K., *Telemedycyna a niepełnosprawność wzrokowa – szanse, zagrożenia, wyzwania*, [w:] G. Całek, J. Niedbalski, D. Żuchowska-Skiba, M. Raclaw (red.), *Wirtualizacja życia osób z niepełnosprawnościami*, Łódź 2021.

<sup>46</sup> Ibidem, s. 92.

<sup>47</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2022, [https://www.nik.gov.pl/plik/id,26701,v,artykul\\_25465.pdf](https://www.nik.gov.pl/plik/id,26701,v,artykul_25465.pdf) [dostęp: 20.10.2022].

<sup>48</sup> Ibidem, s. 28.

<sup>49</sup> Ibidem, s. 8.

- Bosek L., Janiszewska B., [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2: *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018.
- Czaplińska M., Sakowska-Baryła M., *Telemedycyna i teleporady w dobie pandemii – aspekty prawne i organizacyjne*, „Monitor Prawniczy” 2022, nr 12.
- Giermaziak W., Kurowska P., Buczek E., *Prawa pacjenta w czasie epidemii*, „Prawo Medyczne” 2001, t. 77, nr 3.
- Glanowski G., [w:] D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 3: *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2020.
- Karkowska D. (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Król-Całkowska J., *E-dokumentacja medyczna i telemedycyna*, Warszawa 2021.
- Rogalska A., Syrkiewicz-Świtłała M., *Rola działań w zakresie e-zdrowia w obliczu pandemii COVID-19*, [w:] W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii*, Wrocław 2021.
- Sachaj T., *Nowe narzędzia i technologie komunikacyjne dla osób niepełnosprawnych fizycznie, intelektualnie i społecznie oraz seniorów*, [w:] G. Całek, J. Nieldbalski, D. Żuchowska-Skiba, M. Raćław (red.), *Wirtualizacja życia osób z niepełnosprawnością*, Łódź 2021.
- Sobolewski P., [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 1: *Instytucje Prawa Medycznego*, Warszawa 2018.
- Sroka T., *Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego*, „Palestra” 2020, nr 6.
- Subocz E., Ratuszyńska K., *Osoby starsze w okresie izolacji spowodowanej pandemią COVID-19 (komunikat z badań)*, „Praca Socjalna” 2021, nr 2(36).

### **Akty normatywne**

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, Dz. U. z 2020 r. poz. 422.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz. U. z 2020 r. poz. 433 ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz. U. z 2020 r. poz. 491 ze zm.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii Dz. U. z 2020 r. poz. 566 ze zm.



- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1194.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 382.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2021 r. poz. 231.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1850.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j. Dz. U. 2022 r. poz. 1657 ze zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 168 ze zm.
- Ustawa z dnia z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2015 r. poz. 1991.
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.

### **Źródła internetowe**

- Rzecznik Praw Obywatelskich, Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski, Warszawa 2021, dostęp na stronie internetowej [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-12/Raport\\_RPO\\_pandemia\\_2021.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-12/Raport_RPO_pandemia_2021.pdf), [dostęp: 20.10.2022].
- Rzecznik Praw Pacjenta, Problematyka zgłoszeń kierowanych na Infolinię Rzecznika Praw Pacjenta w 2021 roku, Warszawa 2022, dostęp na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/rpp/raporty-za-rok-2021>, [dostęp: 20.10.2022].

- Rzecznik Praw Pacjenta, Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19. Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta za okres od stycznia do września 2020 r., Warszawa 2020, dostęp na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/rpp/problemy-pacjentow-w-obliczu-epidemii-covid-19>, [dostęp: 20.10.2022].
- Rzecznik Praw Pacjenta, Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r., dostępne na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2020-rok>, [dostęp: 10.10.2022].
- Rzecznik Praw Pacjenta, Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r., dostępne na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2019-rok>, [dostęp: 10.10.2022].
- <https://www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna>, [dostęp: 10.10.2022].
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-nisoz>, [dostęp: 10.10.2022].
- <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html>, [dostęp: 10.10.2022].

## Execution of patient's right to health services during the COVID-19 pandemic

### Abstract

With the outbreak of the COVID-19 pandemic, Polish public authorities faced the difficult task of preventing the spread of the coronavirus, providing medical assistance to infected people and securing the health needs of the rest of the population. The measures taken by the public authorities involved the need to introduce numerous restrictions on human and civil liberties and rights, including those of the patient. One of the patient's rights whose realization during the COVID-19 pandemic was hampered and sometimes even impossible is the patient's right to health services.

Restrictions on the availability of health services were mainly due to the cancellation of scheduled appointments and procedures, the suspension of patient admissions to some hospital wards and the designation of selected hospital wards or entire hospitals exclusively for patients infected or suspected of being infected with coronavirus. The solution for providing health care services despite the closure of numerous medical facilities was to switch to a system of teleconsultation as the primary form of performing outpatient treatment. Unfortunately, such a measure did not significantly improve access to health care, especially for the elderly, the deaf and hard of hearing, and often the blind.

The patient's right to health care services has been the most frequently violated right for years, and the COVID-19 pandemic has demonstrated this even more clearly. However, improving this state of affairs requires reforms to the entire health care system, including measures to address staffing, financial and premises problems.

**Keywords:** patient rights, health care, right to health services, access to health services, COVID-19 pandemic.