



Dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce w początkowym okresie pandemii SARS-CoV-2 – perspektywa pacjenta

Accessibility to healthcare services in Poland at the initial stage of SARS-CoV-2 pandemic – patient perspective

Bartłomiej Chmielowiec^{1,A-D}, Melanie Raczek^{2,B,D}, Jarosław Chmielewski^{3,A,C-E},
Marta Puścion^{4,B,D}, Magdalena Florek-Łuszczki^{5,A,E-F}

¹ Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa, Polska

² Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, Polska

³ Instytut Ochrony Środowiska – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, Polska

⁴ Katedra Prawa Cywilnego, Uniwersytet Warszawski, Polska

⁵ Instytut Medycyny Wsi, Lublin, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Chmielowiec B, Raczek M, Chmielewski J, Puścion M, Florek-Łuszczki M. Dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce w początkowym okresie pandemii SARS-CoV-2 – perspektywa pacjenta. Med Og Nauk Zdr. 2022; 28(3): 208–216. doi: 10.26444/monz/154663

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Pandemia SARS-CoV-2 stanowi wielkie wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W okresie tym nastąpiły znaczące zmiany w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych i realizacji różnych uprawnień przez pacjentów ze względu na konieczność zabezpieczenia bieżących potrzeb związanych z pandemią. Celem artykułu jest przedstawienie zagadnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych wśród polskich pacjentów w początkowym okresie trwania pandemii SARS-CoV-2.

Metody przeglądu. Analiza obejmuje okres od 1 marca 2020 do 31 grudnia 2020 roku i opiera się na przeglądzie piśmiennictwa oraz dostępnych dokumentów urzędowych (raportów, ekspertyz opracowanych przez/lub na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz Narodowego Funduszu Zdrowia). Głównymi zagadnieniami, na których skoncentrowano się w artykule, są: problem dostępności świadczeń zdrowotnych, teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej, opieka okołoporodowa oraz realizacja prawa do ostatniego pożegnania się przez członków rodziny z pacjentem.

Opis stanu wiedzy. W Polsce w omawianym okresie pacjenci najczęściej zgłaszali problemy związane z dostępem do opieki zdrowotnej. Napotykali trudności w odniesieniu do każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej czy leczeniu szpitalnym.

Podsumowanie. Badanie pokazuje konieczność wdrożenia procedur umożliwiających podjęcie działań mających na celu poszanowanie i realizację praw pacjenta, jak również potrzebę

kontynuacji implementowania standardów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych.

■ Słowa kluczowe

prawa pacjenta, pacjent, świadczenia zdrowotne, pandemia

■ Abstract

Introduction and Objective. The SARS-CoV-2 pandemic is a great challenge for the Polish healthcare system. This event had a significant impact on the availability of healthcare services and the exercising of patient rights due to the need to secure current requirements related to the pandemic. The aim of the article is presentation of the issue of availability of health services for Polish patients throughout the initial period of the SARS-CoV-2 pandemic.

Review methods. The analysis covered the period from 1 March 2020–31 December 2020 and was based on a review of the literature, as well as the available official documents (reports, expert documents prepared by or on behalf of the Ministry of Health, the Patient Ombudsman, and the National Health Fund). The researchers focused on the following main problems: accessibility to healthcare services, telemedicine as a part of primary healthcare, maternity care, and exercising of the right of family members to say last goodbye to the patient.

Brief description of the state of knowledge. In Poland, during the discussed period, patients most often reported issues related to accessibility to healthcare. They encountered difficulties with all types of healthcare services, in primary healthcare, specialized outpatient healthcare, or hospital care.

Summary. The study shows the need for the implementation of procedures resulting in the undertaking of actions aimed at respecting and exercising of patient rights, as well as the need

Adres do korespondencji: Jarosław Chmielewski, Instytut Ochrony Środowiska – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, ul. Krucza 5/11D, 00-548 Warszawa, Polska

E-mail: j.chmielewski@ios.gov.pl

Nadesłano: 28.06.2022; zaakceptowano do publikacji: 16.09.2022; publikacja online: 28.09.2022

to continue the implementation of standards in the provision of healthcare using telemedical solutions.

Key words

patient, patient rights, availability of services, health services, SARS-CoV-2 pandemic

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Nadrzędną misją systemu ochrony zdrowia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom. Mimo przewidywanych możliwości wystąpienia epidemii lub pandemii system ochrony zdrowia nie był wystarczająco na nie przygotowany. Pandemia SARS-CoV-2 jest jednym z najistotniejszych kryzysów w ochronie zdrowia, jakiego doświadczyli pacjenci i system ochrony zdrowia w Polsce po zakończeniu II wojny światowej. Okres epidemii znacząco wpłynął na możliwość realizacji uprawnień przysługujących pacjentom, w szczególności ze względu na potrzebę zabezpieczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 wymagających hospitalizacji. Konieczne okazało się także dokonywanie bieżących zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia, zależnych od rozwoju epidemii i potwierdzonej dziennej liczby osób zakażonych COVID-19. Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w znaczący sposób wpływały na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W Polsce w okresie od 4 marca do 31 grudnia 2020 roku potwierdzono 1 294 878 przypadków zakażeń COVID-19, w tym 28 554 zgonów spowodowanych chorobą koronawirusową. Znaczącym problemem dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce okazał się brak personelu medycznego wynikający z faktu, że spośród pracowników wykonujących zawód medyczny 84 821 osób zostało zakażonych COVID-19, zaś skierowanych do odbycia kwarantanny na początku stycznia 2021 roku było 287 162 osób wykonujących zawód medyczny, z czego największą grupę stanowiły pielęgniarki (158 073 osób) oraz lekarze (78 069) [1–4].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie problemu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych i przestrzegania ich praw w dobie pandemii SARS-CoV-2 ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy pacjenta. Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie propozycji rekomendacji dla decydentów i instytucji odpowiedzialnych za kreowanie i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, wskazujących na możliwe kierunki działania w celu poprawy sytuacji pacjentów.

METODY PRZEGLĄDU

Zgłębienie problematyki będącej przedmiotem niniejszego artykułu wymagało przeprowadzenia przeglądu piśmiennictwa naukowego, a także dostępnych raportów i badań. Do dokonania przeglądu zostały wykorzystane bazy danych naukowe dostępne w Internecie, takie jak: PubMed, SCOPUS, Google Scholar. Do analizy danych bibliograficznych wykorzystano hasła wybrane według klasyfikacji tematycznej: „świadczenia zdrowotne”, „pandemia SARS-CoV-2”, „prawa pacjenta”, „dostępność świadczeń”. W celu przygotowania niniejszego artykułu podjęto analizę obowiązującego w Polsce prawa, w szczególności uregulowań dotyczących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Artykuł został przygotowany również na podstawie analizy danych urzędowych publikowanych na stronach Ministerstwa

Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz uzupełniony o wyniki badania przeprowadzonego przez Fundację My Pacjenci. Dostępne źródła pozwoliły na wyróżnienie najważniejszych problemów pacjentów w czasie pandemii SARS-CoV-2 w podziale na rodzaje świadczeń zdrowotnych. Przeprowadzona analiza została uzupełniona o wnioski i rekomendacje dotyczące zarządzania systemem ochrony zdrowia. Szczególny nacisk został położony na właściwą edukację obywateli i pacjentów, a także na kształcenie w obszarze cyfrowych kompetencji zdrowotnych.

OPIS STANU WIEDZY

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, ponadto obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [5]. Powyższe nie stanowi jednak o bezpośredniej podstawie roszczeń pacjenta wobec świadczeniodawców, płatnika – NFZ-u i administracji rządowej. Realizacja norm prawnych zawartych w Konstytucji RP znajduje wyraz m.in. w katalogu praw pacjenta, który wskazuje, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej [6]. Należy podkreślić, że pacjent ma prawo do otrzymania świadczeń zdrowotnych, w których zastosowane zostaną metody dostosowane do jego przypadku, takich, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej, co jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych. Należy także wskazać, że Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawiera uniwersalny i powszechny katalog praw pacjenta. Warto podkreślić, że w okresie pandemii SARS-CoV-2 wprowadzono szereg różnego rodzaju regulacji prawnych, które modyfikowały dotychczasowy zakres przedmiotowy praw pacjenta, wpływając jednocześnie na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego [4, 6–9].

Normy zawarte w Konstytucji RP zostały uszczegółowione m.in. w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z normami prawnymi świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczeniodawcą jest natomiast podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a także osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, nadto podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne [10].

System ochrony zdrowia w okresie marzec–grudzień 2020 roku

Pierwszy przypadek osoby zakażonej wirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19 odnotowano w Polsce 4 marca 2020 roku [11]. Od 14 do 20 marca 2020 roku na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej obowiązywał stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 [12]. Następnie od 20 marca 2020 roku został do odwołania [13] ustanowiony na obszarze RP stan epidemii [14].

8 marca 2020 roku weszła w życie 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, umożliwiającą wprowadzenie licznych rozwiązań istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym m.in. pozwalających na przekształcanie szpitali w szpitale zakaźne, oddziałów w oddziały zakaźne, przesuwanie sprzętu medycznego i produktów leczniczych na potrzeby zwalczania epidemii, tworzenie szpitali tymczasowych.

W celu zabezpieczenia pacjentów podejrzanych o zakażenie COVID-19 Minister Zdrowia 16 marca 2020 roku wskazał listę placówek medycznych przekształconych w szpitale zakaźne (tzw. szpitale jednoimiennie) [15]. W każdym województwie został powołany co najmniej jeden szpital jednoimienny. Przekształcenie całych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych pozwoliło na zabezpieczenie pacjentów zakażonych COVID-19, jak również innych chorych. W szpitalach jednoimiennych minimum 10% miejsc stanowiły łóżka wyposażone w respiratory.

Od początku pandemii SARS-CoV-2 ograniczona została działalność w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzdrowiskowego, a także udzielania świadczeń planowych [16–18]. Upowszechniło się – w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) – rozwiązanie, jakim jest teleporada, w trakcie której pacjent mógł uzyskać poradę lekarską, przedłużenie e-recepty, e-skierowanie czy też zwolnienie lekarskie. Ministerstwo Zdrowia wraz z konsultantami krajowymi oraz Głównym Inspektoratem Sanitarnym (GIS) wypracowywało oraz aktualizowało wytyczne i zalecenia obowiązujące w przypadku poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń, tak aby zminimalizować ryzyko zakażenia SARS-CoV-2 [19–21].

Od sierpnia 2020 roku obowiązywały regionalne obostrzenia, które zostały wdrożone na podstawie podziału terytorium kraju na powiaty. W zależności od liczby osób zakażonych w danym powiecie były one zaliczane do jednej z trzech stref – czerwonej, żółtej oraz zielonej. Lista powiatów była opracowywana na podstawie analiz dynamiki wzrostów zakażeń COVID-19 w ciągu ostatnich 14 dni.

Listy powiatów oraz weryfikacja nałożonych dodatkowych obostrzeń były uaktualniane raz na tydzień. We wrześniu 2020 roku został zaprezentowany przez Ministra Zdrowia dokument strategiczny pt. *Strategia walki z pandemią COVID-19*. Przedstawiona strategia stanowiła odpowiedź na zmianę charakteru epidemii oraz gwałtowny wzrost zakażeń COVID-19, który był odnotowywany w Polsce, jak również w całej Europie. W wyniku mutacji wirus SARS-CoV-2 stał się bardziej zakaźny. Od października 2020 roku nastąpił wzrost zakażeń, który miał charakter wykładniczy (wcześniej charakter dynamiki zakażeń był określany jako liniowy). 24 października 2020 roku cały kraj został sklasyfikowany jako strefa czerwona. Wzrost zakażeń nie pozwolił na dalszy podział powiatów na strefy, doszło na tym poziomie do zatarcia różnic w liczbie osób zakażonych. Rządowa *Strategia walki z pandemią COVID-19* zakładała rezygnację ze szpitali jednoimiennych, zredefiniowała zabezpieczenie szpitalne i wyróżniła jego trzy poziomy, co przedstawia tab. 1 [3, 22].

Prezes Rady Ministrów 19 października 2020 roku wydał polecenie przygotowania planów budowy szpitali tymczasowych (tzw. szpitale polowe) w każdym mieście wojewódzkim. W pierwszej kolejności szpitale tymczasowe zostały utworzone w województwach mazowieckim, małopolskim oraz wielkopolskim. W celu zabezpieczenia pacjentów z COVID-19 zostały także zaangażowane podmioty prywatne. Wypracowana została lista prywatnych szpitali, które wydzieliły łóżka dla pacjentów wymagających hospitalizacji w związku z zakażeniem COVID-19 [22–24].

W ramach przyjętej *Strategii walki z pandemią COVID-19* [22] wdrożono zdalny system monitorowania pacjentów – projekt Domowej Opieki Medycznej, który był przeznaczony m.in. dla pacjentów zakażonych COVID-19, którzy ukończyli 55 lat. Pacjentowi za pośrednictwem Poczty Polskiej dostarczano pulsoksymetr, który umożliwiał lekarzowi POZ-u monitorowanie saturacji. System ten pozwalał lekarzom na zidentyfikowanie pacjentów, których stan zdrowia uległ nagle pogorszeniu, tak że wymagali oni leczenia szpitalnego [25]. Stały monitoring pacjentów w ich domach pozwolił na zmniejszenie obciążenia szpitali, a także właściwe zabezpieczenie pacjentów, gdyż monitoring prowadzony był całą dobę.

W 2020 roku w systemie ochrony zdrowia nastąpiło wiele zmian organizacyjnych, które były wynikiem potrzeby zabezpieczenia pacjentów zakażonych COVID-19, ale także miały na celu zabezpieczenie pacjentów chorujących na schorzenia niezwiązane z SARS-CoV-2 [3, 9, 22, 24–28].

Tabela 1. Poziomy zabezpieczenia szpitalnego pacjentów wymagających hospitalizacji w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

Lp.	Poziom	Opis
1.	I poziom	Zwiększanie liczby miejsc we wszystkich szpitalach będących w sieci szpitali, co umożliwiałoby przyjęcie pacjenta z podejrzeniem zakażenia COVID-19 do czasu otrzymania wyniku badania pod kątem SARS-CoV-2 lub w razie konieczności wdrożenia zabiegów ratujących życie. Wprowadzenie rozwiązań w zakresie standardów diagnostyki COVID-19 umożliwiających bardziej efektywne wykorzystanie testów molekularnych NAAT (np. jednogonowe RT-PCR, testy RT-LAMP) oraz stosowanie testów wykrywających antygeny SARS-CoV-2 (których wykorzystanie zakładano w przypadku dalszego wzrostu zakażeń).
2.	II poziom	Zabezpieczenie miejsc leczenia pacjentów z potwierdzonym COVID-19 na oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych oraz na innych oddziałach. Wydzielenie bezpiecznych stref dla pacjentów, którzy leczeni są w tej samej placówce z innych przyczyn niż COVID-19. Na tym poziomie zostały wyróżnione szpitale, które zostały powołane przez samorząd wojewódzki.
3.	III poziom	Utworzenie w każdym województwie szpitala koordynacyjnego, na bazie szpitala poziomu II.

Źródło: opracowanie własne.

Problemy pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych

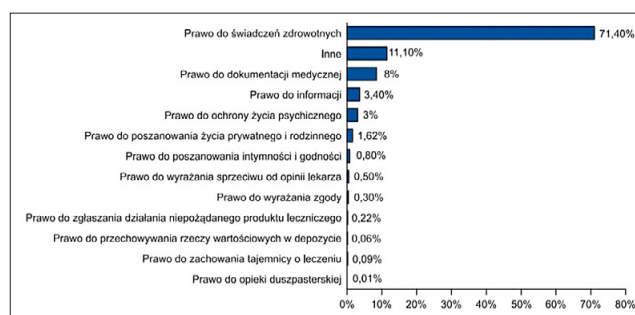
W Polsce w analizowanym przedziale czasowym w okresie pandemii SARS-CoV-2 najczęściej pacjenci sygnalizowali problem z dostępem do świadczeń zdrowotnych [7, 24, 29]. Jak wskazuje raport o problemach pacjentów zgłaszanych do RPP w czasie epidemii [26] oraz aneksu do raportu [30, 31], prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych stanowiło przedmiot 67% wszystkich zgłoszeń na Telefoniczną Informację Pacjenta (TIP) prowadzoną przez RPP. W omawianym okresie TIP stanowiła jedno z podstawowych kanałów przekazywania informacji dla osób zainteresowanych uzyskaniem świadczeń lub kwestiami związanymi z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Problemy zgłaszane przez pacjentów zmieniały się w zależności od wprowadzanych zmian.

Najwięcej zgłoszeń pacjentów na TIP ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej, w tym zakresie odnotowano 31 958 sygnałów pacjentów, a następnie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w ramach której odnotowano 27 421 zgłoszeń, i leczenia szpitalnego – 20 491 zgłoszeń [26, 30, 31]. Należy zauważyć, że na przestrzeni lat sprawozdawczych RPP pacjenci najczęściej zgłaszali problemy z leczeniem szpitalnym, na trzecim miejscu zaś plasował się POZ [26]. W czasie pandemii tendencja ta się odwróciła. Zmiana może także wynikać z tego, że szpitale ograniczyły lub zawiesiły czasowo udzielanie niektórych świadczeń zdrowotnych, co miało na celu zmniejszenie transmisji wirusa SARS-CoV-2, a także zabezpieczenie miejsc dla pacjentów wymagających hospitalizacji w związku z zakażeniem COVID-19. Natomiast świadczenia udzielane pacjentom w ramach POZ-u stały się niezbędne przede wszystkim w początkowym momencie pandemii, kiedy to powszechną praktyką stało się udzielanie świadczeń w formie teleporady, a ponadto w momencie gdy lekarz POZ-u kierował pacjenta na test w kierunku SARS-CoV-2 [8, 26, 30, 31].

Z badania przeprowadzonego w maju 2020 roku przez Fundację My Pacjenci, w którym wzięło udział 1 tys. respondentów (z czego 47,3% stanowili mężczyźni, a 52,7% kobiety), wynika, że dla 70,1% jego uczestników największym problemem była niemożność skorzystania z zaplanowanych wizyt lekarskich i/lub badań/zabiegów wysokospecjalistycznych. Dla ponad połowy respondentów największym problemem było wypadnięcie z kolejki lub wydłużenie się jej, dla 49,1% brak realizacji kluczowych zabiegów, podobny procent respondentów wskazał na brak kluczowych świadczeń/usług (np. rehabilitacji). Dla co trzeciego uczestnika badań problem stanowił fakt, iż hospitalizowany pacjent nie mógł uzyskać wsparcia ze strony osób bliskich. W odpowiedzi na pytanie, co może przyczynić się do poprawy dostępu pacjentów chorych przewlekle do świadczeń zdrowotnych, 3/4 respondentów wskazało jako kluczowe przywrócenie dostępu do niezbędnych konsultacji i wizyt lekarskich, na kolejnych pozycjach zostały wyróżnione problemy dostępności badań diagnostycznych (64,1% respondentów) oraz przywrócenie planowanych zabiegów (61% respondentów). Respondenci wskazali także na obszary, które ich zdaniem wymagają pilnej poprawy. Prawie 2/3 wskazało na możliwość wykonywania badań diagnostycznych, które pozwolą podjąć decyzję o rozpoczęciu lub dalszym leczeniu, prawie 1/2 podniosła kwestię czasu oczekiwania na pomoc lub długie kolejki, a ponad 40% respondentów wskazało na potrzebę poprawy kontaktu z personelem medycznym, w tym z prowadzącym leczenie. Dla

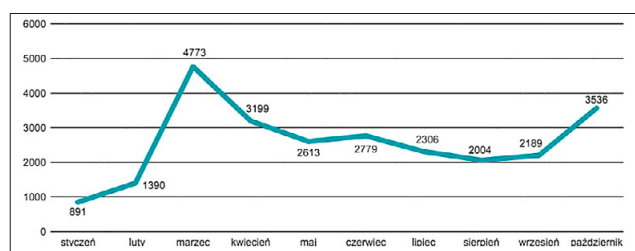
ponad 25% respondentów pilnej poprawy wymagał sposób komunikowania o pandemii, co jest niezwykle istotne z perspektywy osób posiadających niskie kompetencje zdrowotne lub wykluczonych cyfrowo, dla których dotarcie do rzetelnych informacji jest utrudnione. Komunikaty nie powinny także wykluczać osób słabosłyszących lub niesłyszących [32].

Zestawienie problemów najczęściej podnoszonych przez pacjentów korzystających z Telefonicznej Informacji Pacjenta w podziale na wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych przedstawia tab. 2 [26, 30, 31]. Natomiast na ryc. 1 zobrazowano zagadnienia związane z naruszaniem praw pacjenta zgłaszanych na TIP, przy czym 71,4% zgłoszeń dotyczyło prawa do świadczeń zdrowotnych, 8,0% – prawa dostępu do dokumentacji medycznej, 3,4% – prawa do informacji o przebiegu leczenia oraz 3% – do ochrony zdrowia psychicznego. Liczbę zgłoszeń na TIP w okresie od stycznia do października 2020 roku w poszczególnych zakresach opieki zdrowotnej przedstawiono kolejno na ryc. 2 (zgłoszenia w ramach POZ-u), ryc. 3 (zgłoszenia odnoszące się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) i ryc. 4 (zgłoszenia w zakresie leczenia szpitalnego) [31].

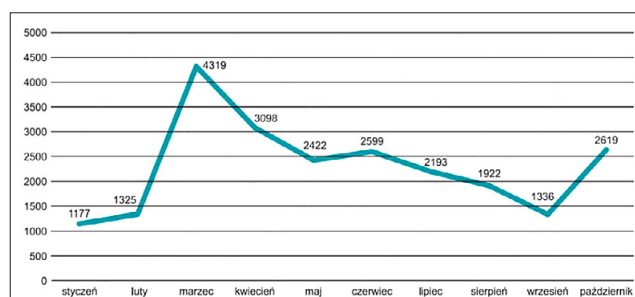


Rycina 1. Procentowy podział zgłoszeń na TIP wg poszczególnych praw pacjentów w okresie od stycznia do października 2020 r.* [31]

* Pacjenci podczas jednej rozmowy niejednokrotnie zgłaszali naruszenie kilku praw.



Rycina 2. Liczba zgłoszeń na TIP w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w okresie od stycznia do października 2020 r.



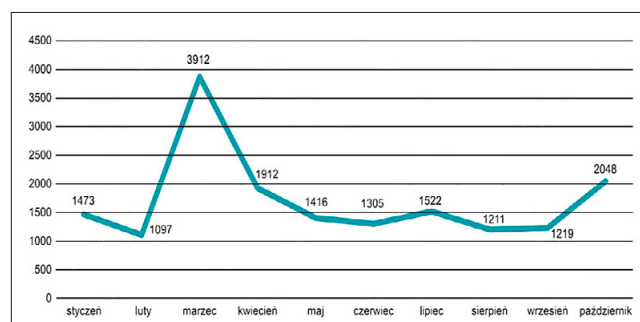
Rycina 3. Liczba zgłoszeń na TIP w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w okresie od stycznia do października 2020 r.

Analiza zgłaszanych przez pacjentów nieprawidłowości pozwoliła na wyodrębnienie obszarów problemowych

Tabela 2. Najczęstsze problemy zgłaszane przez pacjentów do RPP w związku z pandemią COVID-19 w okresie od marca do grudnia 2020 roku w podziale na rodzaj świadczeń

Lp.	Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Najczęstsze problemy zgłaszane przez pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta
	Podstawowa opieka zdrowotna	Ograniczony kontakt z placówkami POZ-u, w szczególności trudności z zawiązaniem kontaktu, zarejestrowaniem się pacjenta. Problem z odbyciem wizyty pacjenta w POZ-ie w innej formie niż telewizyta. Zamknięcia placówek POZ-u dla pacjentów, czasowe ograniczenie funkcjonowania placówek. Długie oczekiwanie na wystawienie recepty lub skierowanie do specjalisty. Niedotrzymania terminu przybycia lekarza POZ-u na wizytę domową, a także odmowa przybycia lekarza z powodu epidemii. Problemy z realizacją zaleconych badań laboratoryjnych, w tym z zapewnieniem dostępu do wymazów w kierunku COVID-19. Problemy ze szczepieniem przeciwko grypie, w szczególności brak szczepionki, zastrzeżenia pacjentów co do kwalifikacji do szczepienia.
	Ambulatoryjna opieka zdrowotna	Braku kontaktu z przychodnią. Odwoływanie planowych wizyt. Utrudniony dostęp do realizacji badań diagnostycznych; brak wyników badania pacjenta lub długi okres oczekiwania na ich uzyskanie. Problemy z realizacją e-skierowań. Problemów z rejestracją do specjalisty, a także długi okres oczekiwania na realizację wizyty. Odwoływanie wizyt pacjentów bez wskazywania nowego terminu realizacji świadczenia.
	Leczenie szpitalne	Utrudnienia w realizacji tzw. porodów rodzinnych (porodów z osobą towarzyszącą). Odmowa kwalifikacji pacjenta na planowe leczenie na podstawie skierowania do szpitala. Odwoływanie planowych świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia szpitalnego przy jednoczesnym braku wskazania nowego terminu, a także wielokrotne zmiany terminów. Zastrzeżenia do funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, czasu oczekiwania na pomoc medyczną. Problemy z otrzymaniem informacji o stanie zdrowia pacjentów przebywających w szpitalu z wykorzystaniem środków komunikacji na odległość, a także problemy z uzyskaniem dostępu do dokumentacji medycznej. Kwestionowanie zasadności wypisu ze szpitala. Problem z realizacją prawa do godnego umierania.
	Rehabilitacja medyczna	Zastrzeżenia dotyczące wyznaczenia nowego terminu rehabilitacji lub zmiany terminu, a także kontynuacji rehabilitacji rozpoczętej przed pandemią. Odmowa rejestracji skierowań na rehabilitację leczniczą. Utrata ważności skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne z uwagi na zawieszenie działalności placówek rehabilitacyjnych. Uzależnianie realizacji świadczeń rehabilitacyjnych od wykonania komercyjnego badania w kierunku SARS-CoV-2. Odmowa realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w domu pacjenta. Zastrzeżenia dotyczące zasad ustalania kolejności uzyskiwania świadczeń po wznowieniu działalności rehabilitacyjnej.
	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Ograniczenie dostępu do świadczeń opieki psychiatrycznej udzielanej w formie osobistego kontaktu z lekarzem. Obawy o funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych (udzielanie przepustek, kwestie organizacji kontroli sądowej przy przyjęciu pacjenta bez jego zgody). Problemy związane z wdrożonymi ograniczeniami odwiedzin pacjentów przebywających w oddziałach pacjentów przebywających.
	Opieka stomatologiczna	Ograniczenie dostępu do świadczeń opieki stomatologicznej, w tym w przypadku stanów nagłych. Pobieranie przez gabinety stomatologiczne dodatkowej opłaty (tzw. opłaty dezynfekcyjnej/ epidemiologicznej) za udzielenie świadczenia w czasie trwania epidemii.
	Leczenie uzdrowiskowe	Niepewność co do możliwości realizacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe, a także co do możliwości kontynuacji przerwanej opieki. Warunki pobytu w uzdrowiskach, w szczególności przebywanie w tych samych miejscach osób, które wykonały test na COVID-19 (osoby korzystające ze świadczeń finansowanych w ramach NFZ-u) i osób przebywających w uzdrowiskach na zasadach komercyjnych, które nie miały obowiązku wykonania testu.

Źródło: opracowanie własne [14–16].

**Rycina 4.** Liczba zgłoszeń na TIP w zakresie lecznictwa szpitalnego w okresie od stycznia do października 2020 r.

poddanych dalszej szczegółowej analizie. Wyróżnione obszary, zdaniem autorów, były szczególnie narażone na to, iż nie będą tam prawidłowo realizowane prawa pacjenta, ponadto miały istotne znaczenie z perspektywy zarówno pacjentów, jak i bliskich im osób.

Teleporada w podstawowej opiece zdrowotnej

Jedną z możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego przez pacjentów w Polsce stała się teleporada, która zapewniła ciągłość opieki zdrowotnej w czasie pandemii. Placówki POZ-u miały obowiązek zapewnienia od 1 stycznia 2020 roku udzielania świadczeń w formie teleporady. Realizacja tego obowiązku nie miała związku z przeciwdziałaniem epidemii, lecz była kolejnym krokiem w cyfryzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce [33]. Teleporada od marca 2020 roku była wykorzystywana na szeroką skalę. Dzięki możliwości konsultacji pacjenta z lekarzem przy wykorzystaniu najnowszych technologii pacjenci mogli uzyskać poradę lekarską, przedłużenie recepty, e-skierowanie czy zwolnienie lekarskie. Podczas pierwszej fali epidemii wiele placówek POZ-u znacznie ograniczyło lub też zaprzętało świadczeń polegających na osobistych wizytach pacjentów w placówkach [24, 29]. Powyższe było jednym z głównych powodów skarg pacjentów odnotowywanych przez RPP. Pacjenci skarżyli się także na brak możliwości nawiązania kontaktu

z placówką POZ-u w celu umówienia się na telewizytę oraz fizyczne zamknięcie placówek. Udzielanie świadczeń w ramach POZ-u w ramach telewizyty przyczyniało się do tego, iż wzrosła liczba zgłaszających się na szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) w celu konsultacji z lekarzem pacjentów, którzy nie byli w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [24, 26]. Dopiero w sierpniu 2020 roku Ministerstwo Zdrowia opublikowało pierwsze standardy organizacji telewizyty w POZ-ie [34], które później były wielokrotnie nowelizowane.

NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia przeprowadziły w sierpniu 2020 roku badanie satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza POZ-u w okresie epidemii COVID-19. Badanie było realizowane od 7 lipca do 1 sierpnia 2020 roku. W raporcie z badania wskazano, że w czasie epidemii 80% konsultacji medycznych odbywało się w formie teleporady. Wynika z niego także, że 76,4% badanych nie miało problemu z dodzwonieniem się do POZ-u, 14,3% respondentów zadeklarowało uzyskanie połączenia telefonicznego po kilku próbach, zaś 1,5% badanych nie miało możliwości dodzwonienia się do swojej przychodni POZ-u. Ponadto 8,2% respondentów biorących udział w badaniu wskazało, że problem zgłoszony do lekarza POZ-u nie został rozwiązany. Spośród 1150 ankietowanych, którym teleporada nie rozwiązała w pełni problemu, na pytanie, czy została im zaoferowana możliwość umówienia wizyty osobistej, odpowiedzi udzieliły 862 osoby, z których 40,1% wskazało, że nie uzyskali w czasie teleporady informacji o możliwości umówienia osobistej wizyty z lekarzem POZ-u. Warto także podkreślić, że 9,4% respondentów nie dostrzegło potrzeby włączenia teleporad jako kanału kontaktu z lekarzem POZ-u; odmiennego zdania było 43% respondentów [35].

Niewątpliwie teleporady pozwoliły pacjentom w okresie epidemii COVID-19 zachować dostęp do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy POZ-u. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że nowe technologie (telewizyta czy wideokonsultacje) nie mogą zastąpić osobistego kontaktu lekarza z pacjentem, przede wszystkim gdy konieczne jest wykonanie badań fizykalnych. Świadczenia zdrowotne w formie teleporady z powodzeniem zastępują osobiste wizyty, gdy ich celem jest np.: wystawienie recepty w kontynuacji farmakoterapii, wystawienie zlecenia na niektóre wyroby medyczne, wystawianie zaświadczenia w oparciu o dostępną dokumentację medyczną itp. [36]. Należy podkreślić, że pacjent zawsze ma prawo do porady realizowanej w formie osobistego kontaktu z lekarzem, na co wielokrotnie zwracał uwagę RPP, kierując do świadczeniodawców w tym zakresie apele [37].

Opieka okołoporodowa

W tym obszarze RPP odnotowywał liczne sygnały od pacjentów w związku z ograniczeniami wprowadzonymi w jej realizacji, w szczególności dotyczącymi możliwości rodzenia w towarzystwie osoby bliskiej [26, 30, 31].

Poród jest wyjątkowym momentem w życiu rodziców. Obecność osoby wspierającej jest istotna dla rodzącej kobiety m.in. ze względu na wsparcie psychiczne, którego wówczas doświadcza. W związku z zamieszczanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zaleceniami konsultantów krajowych [19, 38] pojawiało się wiele uwag rodziców, jak i organizacji pozarządowych zajmujących się opieką okołoporodową [26, 39]. Uwagi te dotyczyły wydanych zaleceń, m.in. wprowadzenia całkowitego zakazu porodów rodzinnych, zaleceń związanych z metodami zakończenia

ciąży przez pacjentki zakażone lub podejrzane o zakażenie COVID-19, konieczności posiadania negatywnego wyniku testu na SARS-CoV-2 przez osobę towarzyszącą, z okresu nie dłuższego niż 5 dni przed porodem. Sygnalizowano także, że dzieci są izolowane od matek podejrzewanych o zakażenie SARS-CoV-2 lub zakażonych lub też izolacja stosowana jest prewencyjnie. Takie działanie stanowiło ograniczenie możliwości sprawowania przez opiekuna dziecka dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. W związku z wieloma apelami i interwencjami dochodziło do kolejnych zmian zaleceń konsultantów krajowych w tym obszarze. W lipcu 2020 roku zostały opracowane minimalne wymogi dotyczące rodzenia w towarzystwie osoby bliskiej, które wskazywały m.in. na obowiązek wypełnienia przez taką osobę w trakcie porodu ankiety epidemiologicznej, zobowiązanie jej do noszenia w trakcie pobytu w szpitalu maski i rękawiczek [19]. Zalecono również, aby rodząca wraz z osobą towarzyszącą przebywała w pojedynczej, indywidualnej sali porodowej wyposażonej w oddzielny węzeł sanitarny, a osoba towarzysząca rodzącej mogła zostać wpuszczona na salę porodową w momencie rozpoczęcia porodu, przy czym powinna opuścić oddział położniczy w ciągu 2 godzin po porodzie. Zalecenia wskazywały także, że osoby będące na kwarantannie lub w trakcie izolacji nie mogą uczestniczyć w porodzie. W obliczu wydanych licznych zaleceń instytucje stojące na straży praw pacjenta wielokrotnie podkreślały, że na podstawie norm prawnych określających prawa pacjenta to 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 pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu [8, 40–43].

Ostatnie pożegnanie z członkiem rodziny przebywającym w placówce medycznej (szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, ZPL)

W związku z pandemią COVID-19, konieczne jest zachowanie rygorystycznych zasad sanitarnych ze względu na występowanie zagrożenia epidemiologicznego. W szpitalach czasowo zawieszona była możliwość odwiedzin pacjentów, ponadto personel medyczny musiał pracować w ścisłym reżimie sanitarnym [44]. W wielu przypadkach taka sytuacja spowodowała, że pacjenci musieli przebyć hospitalizację w samotności z dala od najbliższych, z możliwością jedynie kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem innych rozwiązań umożliwiających kontakt na odległość.

Do RPP w omawianym okresie czasowym napływały sygnały od rodzin pacjentów, które dotyczyły niemożliwości ostatniego pożegnania się z umierającym pacjentem chorym na COVID-19, a także z pacjentem, który nie był hospitalizowany w związku z zakażeniem COVID-19. Co więcej zakazano również stawiennictwa w podmiocie leczniczym celem osobistej identyfikacji zwłok zmarłego pacjenta [45]. Na te same trudności rodzin pacjentów związane z kwestią ostatniego pożegnania zwracał uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO) [46]. Rodziny pacjentów podkreślały, że nie miały one żadnej możliwości identyfikacji zwłok oraz prawa do osobistego pożegnania się z umierającym. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia [47] ciało zmarłego na COVID-19 należy umieścić w ochronnym, szczelnym worku wraz z ubraniem lub okryciem szpitalnym,

który trzeba zdezynfekować. Trumnę ze zwłokami należy zamknąć, a następnie spryskać płynem odkażającym o działaniu wirusobójczym. W odpowiedzi na wystąpienie RPO w tej sprawie [46], Ministerstwo Zdrowia wskazało, że przepisy wyżej wskazanego rozporządzenia nie zakazują wprost okazywania zwłok zmarłego na chorobę COVID-19 członkom rodziny. „Unikanie ubierania zwłok do pochówku oraz okazywania zwłok, przede wszystkim z uwagi na konieczność zachowania bezpieczeństwa sanitarnego, jest działaniem przeciwepidemicznym i zapobiegawczym mającym na celu przecięcie dróg szerzenia się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej ww. wirusem.” Podkreślono, że na uwadze należy mieć okoliczności, które wynikają z obowiązującego reżimu sanitarnego. RPP natomiast zwrócił uwagę na fakt, że jeżeli u pacjenta nie zostało zdiagnozowane zakażenie SARS-CoV-2, należy rozważyć czy wprowadzone ograniczenia istniejące w szpitalach dotyczące ostatniego pożegnania z pacjentem są konieczne biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną i typ szpitala [48].

Na podstawie informacji pozyskanych w ramach działania TIP oraz pisemnych apeli organizacji pacjentów RPP wystosował do kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie leczenia szpitalnego na terenie Polski apel dotyczący tego, aby rozważyli złagodzenie przyjętych ograniczeń praw pacjenta, w sytuacjach w których nie występuje podejrzenie zachorowania na COVID-19, w celu ich dostosowania do aktualnych warunków epidemiologicznych [26]. W wyniku podjętych przez RPP działań konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii w czerwcu 2020 roku wydał wytyczne w sprawie umożliwienia bezpiecznego kontaktu rodziny z pacjentem, w przypadku gdy pacjent jest umierający oraz możliwości identyfikacji zwłok pacjenta, gdy jego zgon nie był związany z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, a podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym [26, 49]. RPP wystąpił również do GIS-u o wydanie zaleceń w zakresie odwiedzin pacjentów przebywających w szpitalach dostosowanych do aktualnej sytuacji. To działanie RPP przyczyniło się do wydania zaleceń przez GIS i w znaczny sposób ułatwiło podmiotom leczniczym postępowanie w przedmiotowym zakresie [26].

Prawo do umierania w spokoju i godności jest jednym z praw pacjenta, które powinno być ograniczane tylko w wyjątkowych przypadkach [6, 46]. W sytuacji gdy ograniczona całkowicie została możliwość odwiedzin, szpital powinien zapewnić zastępczą formę kontaktu pacjentów z najbliższymi, np. w formie rozmowy na odległość przy użyciu dostępnej technologii. Jest to szczególnie istotne w przypadku samotnego odchodzenia osób zakażonych SARS-CoV-2 przebywających w szpitalu bez możliwości pożegnania się z rodziną. Jak już wyżej wskazano, art. 5 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [6] daje możliwość ograniczenia prawa pacjenta, w tym prawa do umierania w spokoju i godności, z powodu zagrożenia epidemicznego [46]. Należy podkreślić, że wszystkie ograniczenia powinny być uzasadnione i proporcjonalne, ponadto nie mogą przybrać formy całkowitego zakazu [50]. Ograniczenia muszą uwzględniać indywidualne okoliczności panujące w konkretnej placówce.

PODSUMOWANIE

Pandemia SARS-CoV-2 ukazała wiele problemów w ochronie zdrowia oraz wymusiła dynamiczne wprowadzenie zmian

organizacyjnych. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, w Polsce pacjenci zgłaszali przede wszystkim problemy związane z dostępnością opieki zdrowotnej. Napotykali oni trudności w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych każdego rodzaju – podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy leczenia szpitalnego. Problemy występujące w Polsce nie są jednak wyjątkowe, ponieważ również w innych krajach pacjenci podnosili kwestię problemu dostępu do świadczeń zdrowotnych niezwiązanych z COVID-19, telemedycyną czy opieką okołoporodową. W dobie działań podejmowanych w celu ograniczenia epidemii niezbędne jest zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych zarówno pacjentów zakażonych COVID-19, jak i innych chorych. Ważne jest także, aby osoby identyfikujące u siebie niepokojące objawy, mogące świadczyć o rozwoju jakiegoś schorzenia, nie rezygnowały z jego wczesnej diagnostyki. Należy także podnieść, że im wcześniej pacjent zostanie zdiagnozowany, tym ma większe szanse na szybszy powrót do zdrowia, co służy zmniejszeniu kosztów leczenia obciążających system ochrony zdrowia. Dlatego też rekomendowane są zwiększenie działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz szersza edukacja zdrowotna społeczeństwa, zarówno wszystkich obywateli, jak i pacjentów cierpiących na różne schorzenia. Niewątpliwie dotychczas wdrożone rozwiązania z zakresu e-zdrowia, takie jak e-recepta, e-skierowanie, teleporada lub wideoporada z lekarzem, pozwoliły w dużym stopniu zabezpieczyć podstawowe potrzeby pacjentów, niemniej jednak konieczna jest ich dalsza rozbudowa, co w przyszłości pozwoli na uodpornienie systemu ochrony zdrowia na sytuacje kryzysowe (w tym na kolejną epidemię). Niemniej jednak przy wdrażaniu tego typu rozwiązań należy także prowadzić zintensyfikowane kampanie informacyjno-edukacyjne, a w szczególności takie, która kładą nacisk na rozwój kompetencji cyfrowych wśród osób w wieku senioralnym [11, 30, 31]. Osoby w podeszłym wieku wielokrotnie sygnalizowały np. trudności w obsłudze Internetowego Konta Pacjenta.

Na przyszłość należy także wskazać, że m.in. w szpitalach powinny być wdrożone procedury pozwalające na podjęcie odpowiednich i proporcjonalnych działań w szczególności w zakresie ograniczenia realizacji praw pacjenta. Ograniczenie to nie powinno być równoznaczne z zakazem, prowadzącym do pozbawienia pacjentów ich praw, a także nie powinno uniemożliwiać realizacji uprawnień osób upoważnionych przez pacjenta czy też osób bliskich. Autorzy niniejszego artykułu podkreślają także potrzebę dalszego wprowadzania standardów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem rozwiązań pozwalających na komunikację na odległość. Telewizyta czy wideokonsultacje nie powinny całkowicie zastąpić osobistych konsultacji lekarskich, powinny być formą wspierającą proces leczenia pacjenta w sytuacjach kryzysowych (np. w przypadku powrotu pandemii SARS-CoV-2 lub pojawienia się nowej pandemii).

PIŚMIENNICTWO

1. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Raport o zakażeniach koronawirusem (SARS-CoV-2). <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>. (access: 2021.04.30).
2. Chmielewski JP, Raczek M, Puścion M, Chmielowiec B, Pawlas N, Luszczki JJ. COVID-19, wywołany przez wirus SARS-CoV-2, jako choroba zawodowa osób wykonujących zawody medyczne. *Med Og Nauk Zdr.* 2021;27(3):235–243. doi:10.26444/monz/139319

3. Niżnik J. Wpływ Covid-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce. *Horyzonty Polityki*. 2021; 12(40): 133–155. doi: 10.35765/HP.2132
4. Kancik-Kołtun E, Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli podczas pandemii COVID-19 w państwach Grupy Wyszehradzkiej. *Rocznik Instytutu Europy Środkowo-Wschodniej*. 2021; 19 (1):213–237. doi: <https://doi.org/10.36874/RIESW.2021.1.12>
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (DzU 1997 nr 78 poz. 483 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970780483>. (access: 2021.05.03).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU 2009 nr 52 poz. 417 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417>. (access: 2021.05.07).
7. Karpiuk M, Zasady postępowania podczas stanu epidemii wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-COV-2. *Wiedza Obronna*. 2020; 272(3): 9–21. doi:10.34752/vs7h-g941
8. Wrześniewska-Wal I, Augustynowicz A, Hajdukiewicz D, Janiszewska L, Waszkiewicz M, Zgliczyński W. Wybrane zagadnienia zmian legislacyjnych w czasie pandemii. *Wiedza Medyczna*. 2020; 66–72. doi:10.36553/wm.69
9. Włodarczyk WC. Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. *Perspektywa naukowa. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2020; 18(2): 126–148. doi: 10.4467/20842627OZ.20.013.12766
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2004 nr 210 poz. 2135 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135>. (access: 2021.04.30).
11. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem w Polsce. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce>. (access: 2021.04.30).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (DzU 2020 poz. 433). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000433>. (access: 2021.05.03).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (DzU 2020 poz. 490). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000490>. (access: 2021.05.03).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (DzU 2020 poz. 491). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000491>. (access: 2021.05.03).
15. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Od dziś wprowadzamy stan zagrożenia epidemicznego. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/od-dzis-wprowadzamy-stan-zagrozenia-epidemicznego2>. (access: 2021.05.03).
16. Cipora E, Mielnik A. Wybrane aspekty medyczne i społeczne pandemii Covid-19. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022; 12(1): 11–20. doi:10.12775/JEHS.2022.12.01.001
17. Mrozek-Gąsiorowska MA, Okarmus P. Ocena wpływu pandemii Covid-19 na realizację świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ w Polsce w 2020 roku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2021; 19(1): 35–44. doi:10.4467/20842627OZ.21.005.15277
18. Małecki D, Grabowski M. COVID-19 u pacjentów w podeszłym wieku. Wpływ zakażenia na układ krążenia. *Gerontologia Polska*. 2020; 28: 52–55. https://www.akademiaedycyny.pl/wp-content/uploads/2020/07/Gerontologia_1_2020_08.pdf
19. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Wytyczne dotyczące poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń zdrowotnych. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>. (access: 2021.05.03).
20. Teleon A, Włoszczak-Szubda A. Health needs and forms of meeting these needs during the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic in Poland, with particular consideration of the domain of psychological health. *Med Og Nauk Zdr*. 2020; 26(3):191–195. doi:10.26444/monz/126263
21. Furman M, Kowalska-Bobko I, Sowada C. Działania władz publicznych w zakresie zwalczania pandemii COVID-19 w wybranych krajach europejskich. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2020; 18(2): 176–184. doi:10.4467/20842627OZ.20.017.12770
22. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Strategia przeciwdziałania pandemii COVID-19. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19>. (access: 2021.05.03).
23. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Nowe działania rządu w walce z COVID-19: zwiększenie liczby łóżek szpitalnych i budowa tymczasowych. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/nowe-dzialania-rzadu-w-walce-z-covid-19-zwiekszenie-liczby-lozek-ozek-oraz-budowa-szpitali-tymczasowych>. (access: 2021.05.03).
24. Robakowski P, Synowec J. Polityka zdrowotna RP – co zmieniło się w dobie COVID-19. *Studia Polityczne*. 2020; 48(3): 85–106. doi:10.35757/STP.2020.48.3.04
25. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa. Rozpoczynamy zdalne monitorowanie pacjentów z COVID-19. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczynamy-system-zdalnego-monitorowania-pacjentow-z-covid-19>. (access: 2021.05.13).
26. Rzecznik Praw Pacjenta. Problemy pacjentów w obliczu epidemii COVID-19. Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta za okres od stycznia do września 2020 roku. Warszawa. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. 2020. <https://www.gov.pl/web/rpp/raporty>. (access: 2021.05.23).
27. Augustynowicz A, Wójcik M, Bachurska B, Opolski J, Czerw A, Raczkiwicz D, Pinkas J. COVID-19 – Infection prevention in prisons and jails in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2021; 28(4):621–626. doi:10.26444/aaem/140099
28. Rogalska A, Syrkiewicz-Światała M. Rola działań w zakresie e-zdrowia w obliczu pandemii COVID-19. In: Nowak W, Szalunki K. *Zdrowie i style życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii*. Uniwersytet Wrocławski; 2021. p. 203–216. doi:10.34616/142093
29. Ziębińska B. Pomoc ludziom starszym w czasie pandemii. Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa. In: Pikuła NG, Grewiński M, Zdebska E, Glac W. *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*. Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; 2020. p. 51–72. https://isszp.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/13/2021/02/biss_12_e-book.pdf#page=52
30. Rzecznik Praw Pacjenta. Załącznik do raportu “Problemy pacjentów w obliczu epidemii COVID-19” – aktualizacja na okres październik 2020 r. Warszawa. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. 2020. <https://www.gov.pl/web/rpp/raporty>. (access: 2021.05.24).
31. Rzecznik Praw Pacjenta. Załącznik do raportu “Problemy pacjentów w obliczu epidemii COVID-19” – aktualizacja na okres listopad 2020 r. Warszawa. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. <https://www.gov.pl/web/rpp/raporty>. (access: 2021.05.24).
32. Fundacja MY Pacjenci. Pacjenci w pandemii – wyniki ogólnopolskiego badania opinii publicznej. Warszawa. 2020. <https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2020/08/INFOGRAFIKA-pacjenci-w-pandemii.pdf>. (access: 2021.10.12).
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DzU 2013 poz. 1248 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001248>. (access: 2021.07.19).
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (DzU 2020 poz. 1395 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001395>. (access: 2021.07.19).
35. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia. Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z telekonsultacji medycznych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej podczas epidemii COVID-19. Warszawa; 2020. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-zbior-zasad-i-dobrych-praktyki-dla-lekarzy-poz,7788.html>. (access: 2021.07.23).
36. Gierszewska G, Pomaranik W, Hawrysz L, Kludacz-Alessandri M. Satysfakcja pacjentów ze zdalnej opieki medycznej w ramach POZ w czasach pandemii COVID-19 w Polsce. *Przegląd Organizacji*. 2021; 9(980): 39–48. doi:10.33141/po.2021.9.05
37. Rzecznik Praw Pacjenta. Apel Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie wizyt osobistych pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa. 2020. <https://www.gov.pl/web/rpp/apel-rzecznika-praw-pacjenta-ws-osobistych-wizyt-pacjentow-w-placowkach-ochrony-zdrowia>. (access: 2021.07.19).
38. Polityka zdrowotna. Zalecenia dla kobiet w ciąży podczas epidemii koronawirusów. <https://www.politykazdrowotna.com/55834,zalecenie-dla-kobiet-w-ciazy-w-trakcie-epidemii-koronawirusa>. (access: 2021.09.21).
39. Rzecznik Praw Obywatelskich. Koronawirus. Porody rodzinne możliwe także w czasie pandemii. Warszawa. 2020. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-rpo-porody-rodzinne-mozliwe-takze-podczas-pandemii>. (access: 2021.08.06).
40. Drapalska-Grochowicz M. O tym jak ustawodawca ujmuje bliskie relacje w polskim prawie medycznym. *Przegląd Prawa Medycznego*. 2020; 3(5). <https://przegladprawamedycznego.wum.edu.pl/index.php/ppm/article/view/71/68>. (access: 2021.10.11).

41. Giermaziak W, Kurowska P, Buczek E. Prawa pacjenta w czasie epidemii. *Farm Pol.* 2020; 77: 134–142. doi:10.32383/farmpol/134754
42. Kolendowska-Matejczuk M, Mrowicki M. Ochrona praw człowieka w stanach globalnego zagrożenia – analiza na przykładzie pandemii covid-19. *Krakowskie Studia Międzynarodowe.* 2021; 2: 36–65. doi:10.48269/2451-0610-ksm-2021-2-002
43. Chwaszcz J, Niewiadomska I, Ostrowska A. Ograniczenie praw i wolności człowieka a kondycja zdrowotna i zadowolenie z życia w czasie pandemii COVID-19. *Biuletyn Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół Wydziału Prawa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.* 2021; 18 (1): 33–51. doi:10.32084/sawp.2021.16.1–3
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (DzU 2020 poz. 775 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000775>. (access: 2021.09.06).
45. Rzecznika Praw Pacjenta. Apel Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie ostatniego pożegnania z członkiem rodziny przebywającym w szpitalu. Warszawa. 2020. <https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-w-sprawie-ostatniego-pozegnania-z-czlonkiem-rodziny-przebywajacym-w-szpitalu>. (access: 2021.10.19).
46. Rzecznik Praw Obywatelskich. Rodziny otrzymują ciała zmarłych w zamkniętych trumnach. Warszawa. 2020. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-zamknieta-trumna-covid-19-rpo-do-mz>. (access: 2021.10.19).
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (DzU 2020 poz. 585). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000585>. (access: 2021.10.19).
48. Rzecznik Praw Obywatelskich. Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia do Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 1 lutego 2021 r. (znak litery: ZPM.051.85.2021). Warszawa. 2021. https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowiedz_MZ_1.02.2021.pdf. (access: 2021.10.19).
49. Paradowska-Stankiewicz I. Wytyczne Konsultanta Krajowego w dziedzinie Epidemiologii w sprawie umożliwienia bezpiecznego kontaktu rodziny z chorym w okresie jego umierającego oraz możliwości identyfikacji zwłok pacjenta, jeżeli zgon pacjenta nie był związana z podejrzeniem zakażenia COVID-19, a szpital nie jest określony jako szpital dla pacjentów z COVID-19. Warszawa. 2020. <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/zalecenia-dla-plac%C3%B3wek-dot.-odwiedzin-os%C3%B3b-umieraj%C4%85cych.pdf>. (access: 2021.10.21).
50. Skiba P. Czy eutanazja to „dobra śmierć”? Orędzie listu Samaritanus bonus w świetle doświadczeń doktor Elizabeth Kübler-Ross. *Studia Kozłańsko-Kołońskie.* 2021; 28: 197–209. doi:10.18276/skk.2021.28-1