

DOMINIKA TYKWIŃSKA-RUTKOWSKA

Uniwersytet Gdański

ZAGADNIENIE PRAW PACJENTA WOBEC ZAGROŻENIA EPIDEMIĄ COVID-19. ODNIESIENIA POLSKIE

Prawa pacjentów oparte na podstawowych prawach człowieka do godności, życia, zdrowia, integralności czy samostanowienia są ich fragmentem i konkretyzacją wyrastającą ze wspólnego poczucia zagrożenia praw podmiotowych¹. Będąc wyrazem upodmiotowienia pacjenta, stanowią istotny mechanizm zapewnienia mu bezpieczeństwa w relacjach z osobami wykonującymi zawody medyczne². Odgrywają też znaczącą rolę w rozwoju systemów opieki zdrowotnej i upowszechnieniu

¹ E. KUJAWA, *Prawa pacjenta – nowa rzeczywistość, nowe dylematy moralne*, [w:] *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarstwa i położnictwa*, red. G. ROGALA-PAWELCZYK, Warszawa 1998, s. 27; H.D.C. ROSCAM ABBING, *Right of Patients in the European Context, Ten Years and After*, «European Journal of Health Law» 11/2004, s. 8; T.K. HERVY, J.V. MCHALE, *European Union Health Law: Themes and Implications*, Cambridge 2015, s. 156-183; H. SINDING AASEN, M. HARTLEV, *Human Rights Principles and Patient Rights*, [w:] *Health and Human Rights. Global and European Perspectives*², B. TOEBES, M. HARTLEV, A. HENDRICKS, K. O'CATHAOIR, J. ROTHMAR HERRMANN, H. SINDING AASEN, Cambridge-Antwerp-Chicago 2022, s. 65-70. Przedstawiane są jednak poglądy odmienne, w świetle których istnieje korelacja praw pacjenta z prawami człowieka, ale zbiorów tych nie należy utożsamiać ani uznawać praw pacjenta za podzbiór praw człowieka. Zob. D. BACH-GOLECKA, L. BOSEK, P. SOBOLEWSKI, M. ŚLIWKA, *Prawa pacjenta*, [w:] *System prawa medycznego*, I: *Institucje prawa medycznego*, red. M. SAFJAN, L. BOSEK, Warszawa 2018, s. 702, 705-706.

² E. KUJAWA, *op. cit.*, s. 27.

dostępu do świadczeń zdrowotnych³, w tym świadczeń odpowiedniej jakości. W tym miejscu należy podkreślić, że ochrona praw pacjenta ujętych w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴ jest obowiązkiem organów władzy publicznej, między innymi właściwych w zakresie ochrony zdrowia, tj. ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, ale też podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Niemniej realizacja tych może okazać się wyzwaniem w obliczu licznych współczesnych zagrożeń, między innymi epidemicznych. Dla zobrazowania w dalszej części opracowania zostaną zaprezentowane wybrane uwagi poczynione na tle skutków wprowadzonych w Polsce w okresie epidemii COVID-19 regulacji prawnych mających na celu ograniczenie zagrożeń dla zdrowia publicznego *de facto* godzących w możliwość realizacji praw pacjenta, a także działań podejmowanych w związku z powyższym przez organy administracji publicznej w różnych formach prawnych służących z kolei minimalizowaniu negatywnych dla praw pacjentów zmian organizacyjnych w opiece zdrowotnej.

Na tym tle należy podkreślić, że prawa pacjenta nie mają charakteru bezwzględnego, w określonych bowiem ustawą o prawach pacjenta sytuacjach ustawodawca dopuścił możliwość ograniczenia lub odmowy ich realizacji. Między innymi 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 (art. 5 u.p.p.). Z tych powodów może zostać ograniczone każde z obowiązujących praw pacjenta, z tym że decyzje te powinny być podejmowane indywidualnie, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności⁵.

³ D. MAŁECKA, *Prawa pacjenta – ważny problem społeczny i prawny*, «Praca i Zabezpieczenie Społeczne» 3/2002, s. 13.

⁴ Tekst jedn. Dz.U. Z 2024 r., poz. 581; dalej: u.p.p.

⁵ 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.

Ponadto w przypadku pacjentów podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶ ustawodawca dopuścił w ustawie o prawach pacjenta ograniczenie prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu (art. 33 ust. 1 u.p.p.). Niemniej stan zagrożenia epidemicznego⁷ oraz epidemii⁸ ogłoszone rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 46 ust. 2 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁹ wpłynęły nie tylko na sposób, lecz także na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnych oraz szpitalnych świadczeń zdrowotnych, gdyż wprowadzone rozwiązania prawne mające na celu ochronę przed zakażeniami, czyli służące zdrowiu publicznemu, zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego, godziły w fundamentalne dla pacjentów wartości¹⁰.

Wprowadzone szczególne rozwiązania prawne, mające na celu minimalizowanie wspomnianego zagrożenia dla zdrowia publicznego,

⁶ Tekst jedn. Tekst jedn. Dz.U. Z 2024 r., poz. 799.

⁷ Stan ten ogłoszono 13 marca 2020 r., na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U., poz. 433).

⁸ Stan ten został wprowadzony 20 marca 2020 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U., poz. 491).

⁹ Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r., poz. 1284 ze zm. W literaturze dopuszczalność wprowadzenia tych pozakonstytucyjnych uregulowań reżimów kryzysowych poddawana jest różnej ocenie oraz kwalifikacji prawnej. Zob. J. PAŚNIK, *Kilka refleksji o regulacjach stanu epidemii jako sui generis pozakonstytucyjnego stanu nadzwyczajnego*, «Przegląd Prawa Publicznego» 11/2020, s. 69-85; L. BOSEK, *Stan epidemii – aspekty konstytucyjne i prawnoporównawcze*, [w:] XXII Konferencja wydziałowa. Prawo w czasie pandemii COVID-19, Warszawa 2021, s. 6-8, <https://www.wpia.uw.edu.pl/uploads/media/6049dd9a81ac4/broszura-prawo-w-czasie-pandemii-covid-19.pdf> [dostęp 29 maja 2023 r.]; R. RYBSKI, *Stan epidemii a stany nadzwyczajne*, «Przegląd Konstytucyjny» 1/2022, s. 139-165.

¹⁰ Zob. Rzecznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, Warszawa 2021, s. 21.

znalazły wyraz w wielokrotnie nowelizowanej w okresie epidemii COVID-19 ustawie z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹¹. Ustawa ta określa w szczególności zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażenia i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej wirusem SARS-CoV-2, w tym zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się choroby, zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania tej choroby, uprawnienia i obowiązki świadczeniobiorców, świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania i jej zwalczania oraz zasady pokrywania kosztów realizacji zadań związanych przeciwdziałaniem COVID-19, zwłaszcza tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem tą chorobą w celu zapewnienia właściwego dostępu do diagnostyki i leczenia¹². Oprócz powołanej ustawy kluczowe dla określenia warunków i zasad dostępu do opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19 były liczne zalecenia, wytyczne oraz zarządzenia i komunikaty wydawane między innymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego, Prezesa NFZ czy konsulatów krajowych właściwych w różnych dziedzinach medycyny.

Z raportu RPP za okres od stycznia do września 2020 r., a także aneksu do tego raportu¹³ wynika, że głównym problemem w okresie epidemii COVID-19 było ograniczenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, ale także w szpitalach, czyli podstawowego prawa pacjenta, wobec którego inne prawa ujęte w ustawie o prawach pacjenta mają charakter służebny – mają zagwarantować pacjentowi bezpieczeństwo i komfort w procesie udzielania świadczenia

¹¹ Dz. U. z 2020 r., poz. 374 ze zm. (tekst pierwotny; dalej: specustawa covidowa).

¹² Zob. Rzecznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii...*, s. 21.

¹³ Rzecznik Praw Pacjenta, *Aneks do raportu «Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19» – aktualizacja za okres listopad 2020 r.*, Warszawa 2020, s. 6-12.

zdrowotnego¹⁴. Powyższe było konsekwencją między innymi stosowania ogłoszonego przez Głównego Inspektora Sanitarnego schematu postępowania w podstawowej opiece zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej mającego na celu ograniczenie przyjęć pacjentów, by w ten sposób zapobiegać rozprzestrzenianiu się wirusa oraz zapewnić większe bezpieczeństwo pacjentom, jak i personelowi medycznemu. Stanowiło to również następstwo wykonania zaleceń ogłoszonych przez Centralę NFZ, a dotyczących ograniczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego, a także przekształcenia szpitali wieloprofilowych w tzw. szpitale jednoimienne, udzielające głównie w sposób kompleksowy świadczeń pacjentom, którzy wymagali hospitalizacji w związku z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19, w wykonaniu poleceń wojewodów wydanych na podstawie art. 11 ust. 1 i 4 specustawy covidowej. W tym miejscu należy zauważyć, że elementem prawa do świadczeń zdrowotnych objęty jest też odpowiedni standard udzielanych świadczeń zdrowotnych – pacjent ma bowiem prawo do świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Stosownie do raportu RPP problemy zgłaszane przez pacjentów w okresie epidemii dotyczyły między innymi odmowy udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia czy rejestracji w POZ w trybie nagłym, organizacji pracy podmiotu leczniczego, niewłaściwego leczenia oraz nieoczekiwanych jego skutków, długiego czasu oczekiwania na świadczenie specjalistyczne, ponieważ część tych wizyt była odwoływana i równocześnie nie wyznaczano nowego terminu, a także kompleksowości i staranności udzielonego świadczenia, ponadto również ograniczonego dostępu do badań diagnostycznych czy – w przypadku świadczeń szpitalnych – odmowy kwalifikacji do leczenia szpitalnego, odmowy udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia szpitalnego,

¹⁴ Zob. Rzecznik Praw Pacjenta, *Problemy pacjentów...*, s. 15-16.

w zaleconym przez lekarza terminie, przekładania terminów wykonania zabiegów operacyjnych czy zdarzeń niepożądanych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁵.

Ograniczenia dotknęły także innych praw pacjentów, między innymi do kontaktu z bliską osobą (odmowa kontaktu osobistego z bliskimi podczas hospitalizacji, odmowa kontaktu rodziny z pacjentem terminalnym), do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (ograniczenie porodów rodzinnych uwarunkowane spełnieniem dodatkowych wymogów określonych przez kierownika podmiotu leczniczego (np. wymaganie aktualnego wyniku testu PCR w kierunku COVID-19), do dokumentacji medycznej (odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej, odmowa dostępu do dokumentacji medycznej osoby zmarłej, zastrzeżeń związanych z treścią dokumentacji medycznej), do informacji (odmowa udzielenia informacji, przekazanie informacji niepełnej i niezrozumiałej, ograniczenie prawa osób upoważnionych do dostępu do informacji), a także do ochrony zdrowia psychicznego (ograniczenie dostępności świadczeń w formie osobistej)¹⁶.

Podsumowując, w powołanych fragmentach raportu oraz aneksu do tego raportu ukazane zostały wyzwania, jakie niesła ze sobą epidemia COVID-19 dla systemu opieki zdrowotnej i pacjentów. Jakkolwiek wprowadzane ograniczenia praw pacjentów wynikały z konieczności dostosowania się do wywołanego wirusem stanu zagrożenia, to równocześnie rodziły trudności dla osób zwracających się o udzielenie świadczenia, jak i już korzystających ze świadczeń. Niestety, w ich wyniku pacjenci nie mogli uzyskać świadczeń istotnych ze względu na odczuwane potrzeby zdrowotne, co mogło skutkować nie tylko zagrożeniem dla zdrowia (pod znakiem zapytania stało powodzenie leczenia), lecz także zagrożeniem dla życia. Ponadto ustanawiając restrykcje, uwzględniono tylko aspekty medyczne, przy równoczesnym pominięciu aspektów psychospołecznych, a wartością przecież jest holistyczne podejście do pacjenta. Niewątpliwie przedstawione dane świadczą o braku bezpiecznego dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej w okresie epidemii. Nasuwa się

¹⁵ Zob. Rzecznik Praw Pacjenta, *Problemy pacjentów...*, s. 25-26, 31-32, 35-36.

¹⁶ *Ibidem*, s. 16.

więc spostrzeżenie o konieczności skoncentrowania się na optymalizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia również w sytuacjach szczególnego zagrożenia epidemiologicznego, jak to wywołane wirusem Sars-CoV-2, poprzez ciągłe monitorowanie i dostosowywanie procedur obowiązujących w tym systemie tak, by zachować jednak równowagę między zapobieganiem rozprzestrzenianiu się wirusa (ochroną zdrowia publicznego) a zapewnieniem kompleksowej opieki zdrowotnej pacjentom (indywidualnymi potrzebami pacjentów).

Minimalizacji tych negatywnych dla praw pacjentów skutków zmian organizacyjnych w opiece zdrowotnej w związku z wprowadzonym stanem zagrożenia epidemicznego, a następnie epidemii, służyły działania podejmowane przez organy administracji publicznej w różnych formach prawnych. Między innymi należy wskazać na działania ministra właściwego do spraw zdrowia, które przyjęły formę aktu normatywnego – rozporządzenia z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷, a także liczne czynności faktyczne Rzecznika Praw Pacjenta, jak działania edukacyjno-informacyjne, jak również działania służące wskazaniu problemów o charakterze systemowym – dotyczących określonych grup pacjentów – i proponowaniu zmian prawnych lub organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, by w ten sposób umożliwić prawidłowe realizowanie praw pacjenta¹⁸.

W powołanym rozporządzeniu w sprawie standardu teleporady, po pierwsze, określono osoby udzielające teleporady – lekarz, pielęgniarka, położna POZ. Po drugie, ustalono wymóg informowania świadczeniobiorcy o warunkach udzielania teleporad, w tym o prawie pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Po trzecie, wskazano na konieczność ustalenia tożsamości świadczeniobiorcy oraz przeprowadzenia teleporady w warunkach gwarantujących poufność. Po czwarte, przyjęto, że podczas teleporady lekarz/pielęgniarka/położna dokonują oceny stanu pacjenta na

¹⁷ Tekst jedn. Dz. U. z 2022 r., poz. 1194; dalej: rozporządzenie w sprawie standardu teleporady.

¹⁸ Zob. Rzecznik Praw Pacjenta, *Problemy pacjentów...*, s. 43-47.

podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej, w tym ustalają, czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem lub informują pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem ze względu na charakter aktualnego problemu zdrowotnego. Po piąte, wprowadzono wymóg adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady, a po szóste, nałożono na świadczeniodawców obowiązki informacyjne wobec wojewódzkiego oddziału NFZ między innymi o numerze telefonu, pod którym są udzielane teleporady, oraz o liczbie udzielanych porad przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na zasadach określonych w szczegółowych warunkach umów.

W tym miejscu warto również zauważyć, że na możliwość wykorzystania systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności w celu udzielania porad na odległość w przypadku świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych w poradniach onkologicznych, kardiologicznych czy neurologicznych wskazywał również NFZ¹⁹, ponieważ w tym przypadku minister właściwy do spraw zdrowia nie określił standardu udzielania teleporad.

Co do działań Rzecznika Praw Pacjentów, jak wynika z raportu, realizowane przez rzecznika działania edukacyjno-informacyjne zakładały przekazywanie pacjentom stosownych informacji za pośrednictwem strony internetowej rzecznika oraz w mediach społecznościowych – Facebook, LinkedIn, Twitter, YouTube oraz Instagram, a także w prasie codziennej, medycznej i branżowej. Ponadto w biurze RPP opracowano i wydano broszury oraz ulotki popularyzujące problem ochrony praw pacjenta.

¹⁹ Zob. Rzecznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii...*, s. 27. Por. Wykaz świadczeń, które mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych stanowiących załączniki nr 1a i 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-w-ambulatoryjnej-opiece-specjalistycznej,7627.html> [dostęp 11 maja 2024 r.].

Na szczególne uznanie zasługują działania polegające na przyjęciu określonego modelu współpracy rzecznika z organizacjami pacjentów jako ich reprezentacjami w ramach utworzonej na mocy zarządzenia Rzecznika Praw Pacjenta z 5 lutego 2020 r. Rady Organizacji Pacjentów. Rada ta, pracując we właściwych sobie trybach, określa między innymi obszary zagrożeń w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, koncentrując się nie tylko na problemach pacjentów z określonymi chorobami, na przykład rzadkimi, autoimmunologicznymi, onkologicznymi, lecz także ogółu pacjentów w kontekście epidemii COVID-19, wyrażając stanowiska w sprawach przedstawionych przez rzecznika oraz wspierając go w podejmowaniu działań związanych z edukacją oraz promocją praw pacjenta²⁰.

Odnosnie do działań o charakterze systemowym rzecznik występował między innymi do konsultantów krajowych w dziedzinie epidemiologii, medycyny paliatywnej oraz w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii i pediatrii o wydanie wytycznych w przedmiocie: realizacji uprawnienia do kontaktu rodziny z pacjentem umierającym, identyfikacji zwłok pacjenta, gdy zgon nie nastąpił w związku z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, czy realizacji opieki okołoporodowej (dostępu do tzw. porodów rodzinnych oraz opieki nad noworodkiem), czego konsekwencją były wydane stosowne wytyczne oraz zalecenia uwzględniające wnioski rzecznika²¹. Na skutek działań rzecznika zmieniono także przepisy dotyczące realizacji prawa do dokumentacji

²⁰ Zob. uwagi o Radzie: <https://www.gov.pl/web/rpp/rada-organizacji-pacjentow> [dostęp 11 maja 2024 r.].

²¹ Wytyczne Konsultanta Krajowego w dziedzinie Epidemiologii w sprawie umożliwienia bezpiecznego kontaktu rodziny z Pacjentem w przypadku, gdy Pacjent jest umierający, oraz możliwości identyfikacji zwłok Pacjenta w przypadku, gdy zgon Pacjenta nie był związany z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, a podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym – wytyczne przygotowane w 12 czerwca 2020 r., <https://www.pzh.gov.pl/wytyczne-dla-placowek-dot-odwiedzin-osob-umierajacych-oraz-mozliwosci-identyfikacji-zwlok-pacjenta> [dostęp 11 maja 2024 r.]. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Neonatologii dotyczące sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 dla kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne, wydane 29 września 2020 r.

medycznej poprzez określenie terminu przechowywania karty teleporady – przez okres 30 dni, licząc od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii²². Ponadto warto jeszcze zwrócić uwagę na wystąpienia systemowe rzecznika, między innymi: w obszarze psychiatrii do Ministra Sprawiedliwości, w związku ze wstrzymaniem przebiegu spraw sądowych o zatrzymanie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody²³, do NFZ w sprawie dostępu do leczenia stomatologicznego, do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sprawie realizacji prawa pacjenta do informacji na odległość przez osoby uprawnione, czy Głównego Inspektora Sanitarnego w przedmiocie wytycznych do realizacji prawa do opieki duszpasterskiej w szpitalach podczas epidemii COVID-19²⁴.

Nie ulega wątpliwości, że zagadnienie praw pacjenta pozostaje niezmiennie aktualne między innymi z uwagi na nowe zagrożenia epidemiczne typu COVID-19, czego ukazaniu na gruncie polskim służyła niniejsza publikacja.

Poruszone w opracowaniu problemy wiążą się oczywiście z bezpieczeństwem zdrowotnym, którego zapewnienie jest celem art. 68 Konstytucji RP i odbywa się przez ograniczenie lub eliminację potencjalnych zagrożeń dla zdrowia przy równoczesnym stworzeniu instytucjonalnych gwarancji realizacji prawa do ochrony zdrowia oraz prowadzeniu właściwej polityki zdrowotnej²⁵. Bez wątplenia bezpieczeństwo zdrowotne było motywacją podejmowania określonych działań przez organy władzy publicznej – ustawodawczej, ale też i wykonawczej – w czasie

²² Zob. Rzecznik Praw Pacjenta, *Problemy pacjentów...*, s. 51.

²³ Zob. Rzecznik Praw Pacjenta, *Problemy pacjentów...*, s. 52-53.

²⁴ Zob. szczegółowo lista przykładowych inicjatyw i wystąpień systemowych rzecznika w 2020 r. w przyjętym przez Radę Ministrów Sprawozdaniu dotyczącym przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującym okres od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r., <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/D9C6DAB69002C4E4C12587450043B79B/%24File/1521.pdf>, s. 17-20 [dostęp 15 maja 2023 r.].

²⁵ M. PAPLICKI, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020, s. 129.

epidemii COVID-19²⁶. Podjęte przez nie działania miały przyczynić się do ograniczenia zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi wywołanych wirusem SARS-CoV-2, lecz równocześnie godziły w przyjęte gwarancje prawa do ochrony zdrowia realizowanego poprzez dostęp do medycyny leczniczej, czyli świadczeń zdrowotnych. Jak bowiem wynika z powołanego raportu RPP oraz aneksu do tego raportu, głównym problemem w okresie tej epidemii było właśnie ograniczenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, jak i świadczeń szpitalnych, co godziło w istotę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zarówno w ogólnym jego wymiarze, jak i indywidualnym²⁷, oraz utrudniało realizację przyjętej polityki zdrowia publicznego zakładającej „wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”²⁸. Ograniczenie tego, ale też i innych praw pacjenta, miało również istotne skutki społeczne, dotyczące zarówno fizycznego, jak i psychicznego aspektu życia jednostek. Utrudnienia w dostępie do świadczeń w ogólności, w tym wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne czy diagnostyczne, prowadziły do opóźnionego leczenia, a to mogło negatywnie wpływać na stan zdrowia jednostki, ważyć na jakości życia, jak i potęgować zagrożenie dla życia. Ustanowione zakazy odwiedzin, ograniczenie kontaktu z bliskimi podczas hospitalizacji czy możliwości korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, a także opieki zdrowotnej nad zdrowiem psychicznym w formie osobistej negatywnie oddziaływały na stan psychiczny pacjentów, często pogarszając samopoczucie w obliczu pozbawienia wsparcia bliskich czy

²⁶ Por. uwagi J. Bocia o ujęciach pojęcia bezpieczeństwa. J. Boć, *O bezpieczeństwie wewnętrznym*, [w:] *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, red. A. CHAJBOWICZ, T. KOCOWSKI, Wrocław 2009, s. 19-28.

²⁷ L. BOSEK, B. JANISZEWSKA, *Pojęcie i podstawy prawne szczególnych świadczeń zdrowotnych*, [w:] *System prawa medycznego, II: Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. BOSEK, A. WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA, Warszawa 2018, s. 4.

²⁸ Zob. art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r., poz. 1608 ze zm.). Por. M. DERCZ, H. IZDEBSKI, T. REK, *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 63.

bezpośredniego kontaktu z profesjonalistą, utrudniając tym samym proces powrotu do zdrowia. Natomiast brak dostępu do dokumentacji medycznej, a także ograniczony dostęp do informacji o stanie zdrowia potęgowały nie tylko niepokój i niepewność wśród pacjentów oraz ich rodzin, rodziły ich frustrację, lecz także godziły w zaufanie społeczne do systemu opieki zdrowotnej. Warto więc zauważyć, że zrównoważone podejście do zarządzania epidemią powinno uwzględniać nie tylko aspekty epidemiologiczne, ale też społeczne, aby skutecznie minimalizować negatywne konsekwencje dla zdrowia zarówno ogółu społeczeństwa, jak i jednostek.

Nie ulega wątpliwości, że w okresie epidemii COVID-19 zachodziła konieczność podejmowania przez administrację różnych szczebli trudnych decyzji mających na celu kontrolę rozprzestrzeniania się wirusa, lecz nie powinno to prowadzić do istotnych naruszeń praw pacjenta, które zostały udokumentowane przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Obywatelskich.

Ponadto epidemia COVID-19 potwierdziła to, na co zwracano już nieraz uwagę w literaturze przedmiotu, że w sferze ochrony zdrowia prawo pełni służebną funkcję wobec medycyny. Stąd często w okresie epidemii konieczne było podejmowanie działań mających na celu korygowanie – pod wpływem doświadczeń pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne – określonych prawem praktyk postępowania w walce z epidemią, a także uzupełnianie wielu luk prawnych powstałych w związku z przyjmowanymi naprędce regulacjami prawnymi. Przebieg epidemii utwierdza więc w przekonaniu, że celowe jest dalsze poszukiwanie przez współczesną administrację publiczną sposobów rozwiązywania problemów wyłaniających się w związku z realizowaniem praw pacjenta w sytuacji nieznanego dotychczas zagrożenia dla zdrowia i życia ludzkiego wywołanego przez wirus. System opieki zdrowotnej powinien być bowiem elastyczny w dostosowywaniu się do zmieniających się potrzeb społeczeństwa, w tym epidemiologicznych, a podejmowane przez administrację działania spójne, by uniknąć utrudnień zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego. Bezpieczeństwo, które jest jednocześnie celem i uzasadnieniem administrowania, nie powinno jednak „być aksjomatycznym pretekstem do sprawowania władzy publicznej – zarówno

na etapie stanowienia prawa, jak i w fazie jego stosowania czy (wykonywania) przestrzegania²⁹. Inaczej nasuwa się pytanie, czy administracja publiczna, do której aktywności należy problematyka bezpieczeństwa zdrowotnego, tworząc nawet w warunkach ekstraordynaryjnych stosowne regulacje prawne oraz podejmując inne działania mające na celu zapewnienie tego bezpieczeństwa – minimum prawa do ochrony zdrowia – należycie wykonuje ciążące na niej zadania³⁰, a tym samym stwarza warunki umożliwiające realizację przyznaných jednostce – pacjentowi – praw.

ZAGADNIENIE PRAW PACJENTA WOBEC ZAGROŻENIA EPIDEMIA COVID-19. ODNIESIENIA POLSKIE

Streszczenie

Prawa pacjentów oparte na podstawowych prawach człowieka do godności, życia, zdrowia, integralności czy samostanowienia są ich fragmentem i konkretyzacją wyrastającą ze wspólnego poczucia zagrożenia praw podmiotowych. Będąc wyrazem upodmiotowienia pacjenta, stanowią istotny mechanizm zapewnienia mu bezpieczeństwa w relacjach z osobami wykonującymi zawody medyczne. Odgrywają też istotną rolę w rozwoju systemów opieki zdrowotnej i upowszechnieniu dostępu do świadczeń zdrowotnych. W związku z doświadczeniami współczesnych zagrożeń o charakterze zdrowotnym typu COVID-19 powstaje pytanie, czy i jakie działania podejmuje administracja, by możliwe było wykonywanie tych praw, a zarazem by możliwe było zniwelowanie negatywnych skutków tych zagrożeń dla praw pacjentów.

PATIENTS' RIGHTS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 EPIDEMIC: THE POLISH SITUATION

Summary

Patients' rights are grounded on the fundamental human rights to dignity, life, health, integrity and self-determination, and hence patients' rights constitute a part

²⁹ P. LISOWSKI, *Pojęcie bezpieczeństwa w obowiązującym systemie prawa – kilka refleksji na temat normatywizacji problematyki bezpieczeństwa*, «Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji» 3738.106/2016, s. 52.

³⁰ M. PAPLICKI, *op. cit.*, s. 129-130.

of human rights; they are a materialisation of a collective sense of threat to human rights. Patients' rights express the empowerment of patients and are an important mechanism providing patients with a sense of security in their relations with health professionals. They also play a salient universal access to health services. In the context of contemporary threats to health such as COVID-19, the question arises whether administrative authorities are doing anything to enable patients to exercise their rights, and what measures they are taking to ensure this and mitigate the bad effects of such threats on patients' rights.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta; ograniczenia praw pacjenta; COVID-19; działania organów administracji publicznej.

Keywords: patients' rights; restrictions on patients' rights; COVID-19; operation of public administrative authorities.

Literatura

- BACH-GOLECKA D., BOSEK L., SOBOLEWSKI P., ŚLIWKA M., *Prawa pacjenta*, [w:] *System prawa medycznego, I: Instytucje prawa medycznego*, red. M. SAFJAN, L. BOSEK, Warszawa 2018, s. 689-866.
- BOĆ J., *O bezpieczeństwie wewnętrznym*, [w:] *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, red. A. CHAJBOWICZ, T. KOCOWSKI, Wrocław 2009, s. 19-28.
- BOSEK L., *Stan epidemii – aspekty konstytucyjne i prawnooporównawcze*, [w:] *XXII Konferencja wydziałowa. Prawo w czasie pandemii COVID-19*, Warszawa 2021, s. 6-8, <https://www.wpia.uw.edu.pl/uploads/media/6049dd9a81ac4/broszura-prawo-w-czasie-pandemii-covid-19.pdf>.
- BOSEK L., JANISZEWSKA B., *Pojęcie i podstawy prawne szczególnych świadczeń zdrowotnych*, [w:] *System prawa medycznego, II: Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. BOSEK, A. WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA, Warszawa 2018, s. 1-43.
- DERCZ M., IZDEBSKI H., REK T., *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, Warszawa 2016.
- HERVY T.K., MCHALE J.V., *European Union Health Law: Themes and Implications*, Cambridge 2015, s. 156-183.
- KUJAWA E., *Prawa pacjenta – nowa rzeczywistość, nowe dylematy moralne*, [w:] *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarstwa i położnej*, red. G. ROGALA-PAWELCZYK, Warszawa 1998, s. 25-33.
- LISOWSKI P., *Pojęcie bezpieczeństwa w obowiązującym systemie prawa – kilka refleksji na temat normatywizacji problematyki bezpieczeństwa*, «Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji» 3738.106/2016, s. 43-54.
- MAŁECKA D., *Prawa pacjenta – ważny problem społeczny i prawny*, «Praca i Zabezpieczenie Społeczne» 3/2002, s. 13-17.

- PAPLICKI M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020.
- PAŚNIK J., *Kilka refleksji o regulacjach stanu epidemii jako sui generis pozakonstytucyjnego stanu nadzwyczajnego*, «Przegląd Prawa Publicznego» 11/2020, s. 69-85.
- ROSCAM ABBING H.D.C., *Right of Patients in the European Context, Ten Years and After*, «European Journal of Health Law» 11/2004, s. 7-15.
- RYBSKI R., *Stan epidemii a stany nadzwyczajne*, «Przegląd Konstytucyjny» 1/2022, s. 139-165.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, Warszawa 2021.
- Rzecznik Praw Pacjenta, *Aneks do raportu «Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19» – aktualizacja za okres listopad 2020 r.*, Warszawa 2020.
- 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.
- SINDING AASEN H., HARTLEV M., *Human Rights Principles and patient Rights, [w:] Health and Human Rights. Global and European Perspectives²*, B. TOEBES, M. HARTLEV, A. HENDRICS, K.Ó CATHAOIR, J. ROTHMAR HERRMANN, H. SINDING AASEN, Cambridge-Antwerp-Chicago 2022, s. 65-70.