Raport Rzecznika Praw Pacjenta

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 roku

Warszawa, październik 2020

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów i pojęć / **4**

Wprowadzenie / **7**

Zgłoszenia pacjentów związane z epidemią SARS-CoV-2kierowane do Rzecznika Praw Pacjenta / **10**

Sygnały związane z naruszeniami lub ograniczeniami praw pacjentów w ramach telefonicznejinformacji pacjenta / **14**

Analiza zgłoszeń pacjentóww ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych / **20**

Podstawowa opieka zdrowotna / **24**

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna / **30**

Lecznictwo szpitalne / **34**

Pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej – kluczowe problemy / **39**

Działania rzecznika praw pacjenta podejmowane w związku z epidemią / **43**

Działania edukacyjno-informacyjne / **45**

Monitoring problemów o charakterze systemowym / **47**

Postępowania w sprawach o naruszenie zbiorowych praw pacjenta / **55**

Wnioski / **58**

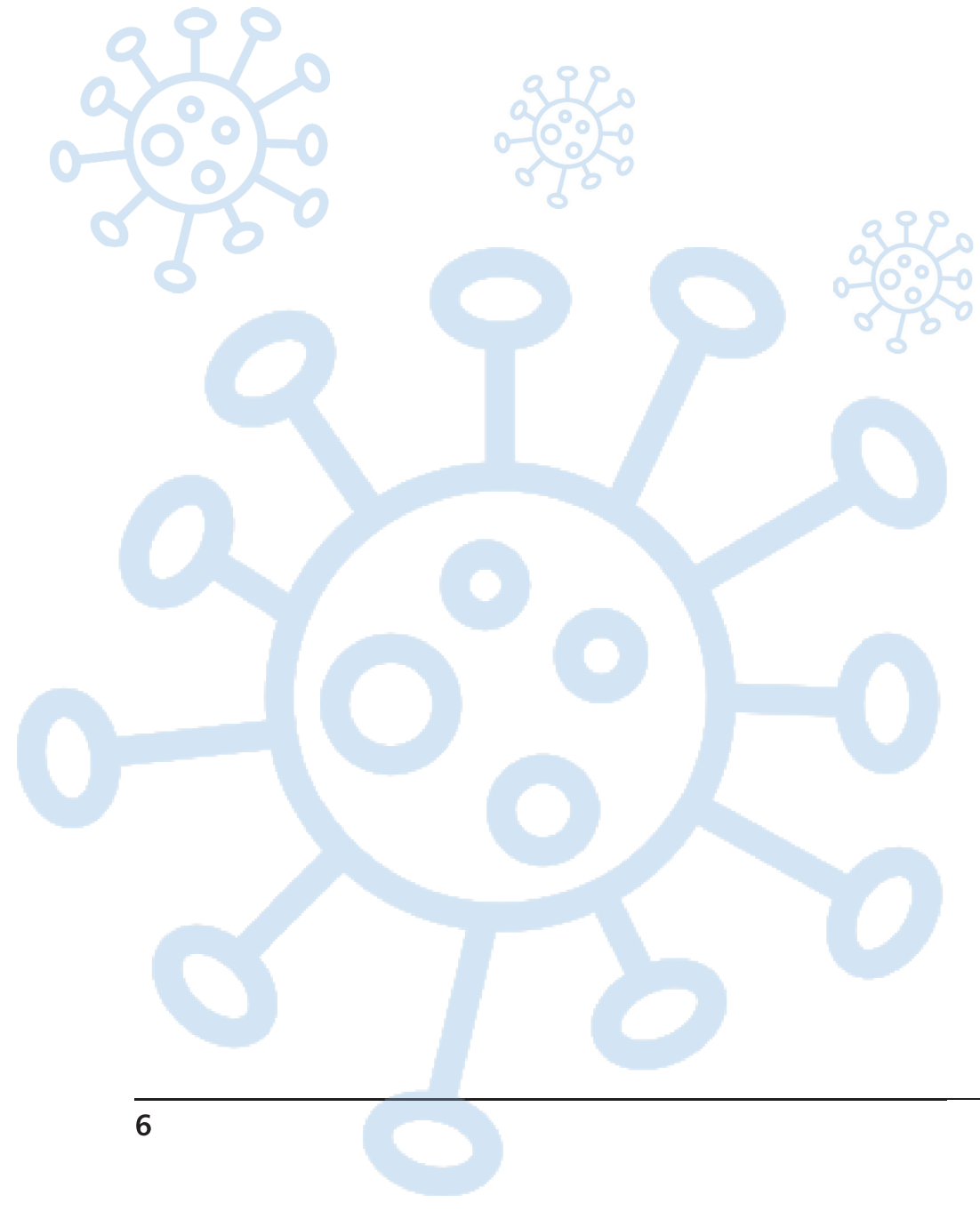
Załącznik– rekomendacje rady ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta / **63**

WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna (tj. udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych)
Biuro	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
Czas oczekiwania	różnica między datą rejestracji skierowania w podmiocie leczniczym a datą wizyty
epidemia	Stan epidemii wywołany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
ITM Rzecznik	program służący do rejestracji rozmów obsługiwanych za pośrednictwem infolinii
TIP/infolinia	Telefoniczna Informacja Pacjenta Rzecznika Praw Pacjenta
Karta DILO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (kompleksowość leczenia)	możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 200 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), obejmujących niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Lek	produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 944)
MOPS	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
NiŚOZ	Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
Oddział	specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, zdefiniowana na podstawie VII części kodu/kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu rejestrowych kodow identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz.173)
Osoby posiadające szczególne uprawnienia	osoby, w tym: kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn.), osoby o których mowa w art. 43 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci oraz działacze opozycji antykomunistycznej, osoby represjonowane i deportowani do pracy przymusowej

OWU	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.)
Pacjent ubezpieczony	osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o świadczeniach
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
Podmiot leczniczy	podmiot o którym mowa w art. 2 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.)
Produkt leczniczy	produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r., poz. 944 z późn. zm.), tj. substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne
Rodzaje świadczeń zdrowotnych	zakresy świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)
Rzecznik	Rzecznik Praw Pacjenta
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
Szpital	podmiot leczniczy realizujący świadczenia w ramach umowy na leczenie szpitalne
Świadczenia opieki zdrowotnej	świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące
Świadczenia gwarantowane	świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)
Świadczenia towarzyszące	zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego
Świadczenia zdrowotne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
Teleporada	zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 12 sierpnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395) świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
Tryb przyjęcia nagły	tryb przyjęcia w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego lub pacjenci przyjmowani do leczenia szpitalnego w stanie zagrożenia życia i zdrowia
Tryb przyjęcia planowy	tryb przyjęcia na podstawie skierowania lub przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi na podstawie odrębnych przepisów

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego	ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz.685)
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)
Ustawa z dnia 2 marca 2020r.	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 (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 z późn. zm.)
Ustawa o prawach pacjenta, również: upp	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 854)
Wyroby medyczne	wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 186 z późn. zm.)



WPROWADZENIE

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 11 marca 2020 roku ogłosiła stan pandemii SARS-CoV-2, wywołującego COVID-19, zespół ostrej niewydolności oddechowej prowadzący do ciężkiego zapalenia płuc. W Polsce pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem wykryto 4 marca 2020 roku. Od tamtego czasu SARS-CoV-2 pojawił się już we wszystkich województwach. W związku z rozprzestrzenianiem się patogenu w kraju, w dniu 13 marca został ogłoszony stan zagrożenia epidemiologicznego[1]. 20 marca został on odwołany i wprowadzono stan epidemii[2], który trwa do dzisiaj.

Obecna sytuacja epidemiologiczna w kraju wymaga od wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej podejmowania wzmożonych wysiłków w postępowaniu z tak powszechnym i groźnym zjawiskiem jakim jest koronawirus.

Rzecznik Praw Pacjenta od początku epidemii zajmuje się poprawą sytuacji pacjentów w tym trudnym okresie, a w szczególności stoi na straży prawidłowej realizacji praw pacjenta. W ramach obsługiwanej przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Telefonicznej Informacji Pacjenta, pacjenci mają możliwość uzyskania rzetelnych informacji o aktualnej sytuacji, obowiązujących wytycznych, zmianach w organizacji pracy podmiotów systemu opieki zdrowotnej czy też o sposobie postępowania w przypadku konkretnego problemu przedstawionego przez dzwoniącego. Poza działaniami edukacyjno-informacyjnymi, pracownicy Biura w sytuacjach, które tego wymagają natychmiast podejmują interwencje telefoniczne lub pisemne. Dzieje się tak, gdy problem zgłaszany przez rozmówcę zagraża życiu lub zdrowiu jego lub innej osoby. Jednocześnie, pacjenci cały czas mają możliwość zgłaszania pisemnych wniosków, które w uzasadnionych przypadkach mogą stanowić podstawę wszczęcia postępowań wyjaśniających przez Rzecznika Praw Pacjenta.

W celu ochrony praw pacjentów w czasie epidemii, Rzecznik Praw Pacjenta podejmuje również działania systemowe. Bartłomiej Chmielowiec opracował nową strategię postępowania obejmującą realizację zadań urzędu w związku z epidemią SARS-CoV-2 i ochroną praw pacjenta. Rzecznik stale zasięga opinii współpracujących z Biurem ekspertów, zarówno ze środowisk medycznych, jak i organizacji pacjentów. Współpraca z Radą Ekspertów działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta zaowocowała wydaniem rekomendacji „Ochrona zdrowia w czasie epidemii". Te wytyczne są na bieżąco aktualizowane, odpowiednio do rozwoju sytuacji epidemiologicznej.

[1] Stan zagrożenia epidemicznego został wprowadzony rozporządzeniem 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).

[2] Stan epidemii został prowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 491).

Grafika 1. Działania podejmowane przez Rzecznika od początku wprowadzenia stanu epidemii

Poza podejmowaniem spraw w trybie indywidualnym Rzecznik prowadzi postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta.

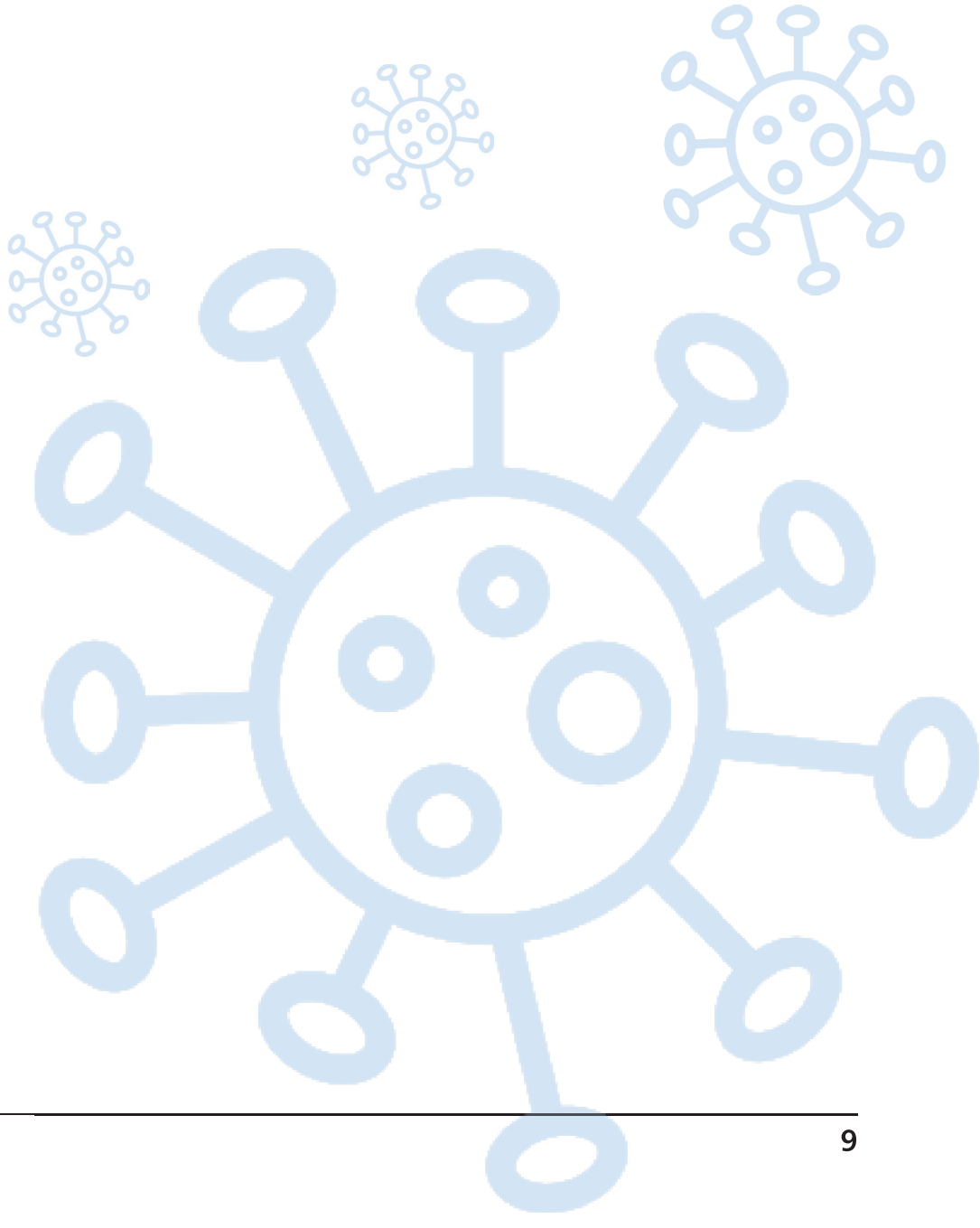
Na uwagę zasługuje fakt, że Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego mimo koniecznej rezygnacji z obecności w szpitalach psychiatrycznych w pierwszych miesiącach epidemii, pozostawali w kontakcie z pacjentami i personelem placówek, udzielając im wszelkich informacji oraz niezbędnego wsparcia. Było to działanie w ramach strategii kryzysowej przyjętej przez Biuro w związku z zagrożeniem epidemią. Jej głównym elementem pozostawała jeszcze większa niż dotychczas otwartość na potrzeby pacjenta, przy jednoczesnym zmniejszeniu zagrożenia epidemiologicznego.

Rzecznik obserwując problemy pacjentów na przełomie marca i kwietnia, za główny cel uznał zintensyfikowanie działań urzędu na rzecz pomocy pacjentom, bez względu na schorzenie, na które cierpią lub w związku z którym są diagnozowani. W praktyce oznaczało to tożsame traktowanie problemów pacjentów z COVID-19 jak i cierpiących na inne choroby. Ważnym elementem postępowania Rzecznika pozostawało szybkie reagowanie na zidentyfikowane potrzeby pacjentów, przy wykorzystaniu dostępnych zasobów wewnętrznych.

Wizja działania Rzecznika w ramach strategii kryzysowej zakłada:

I. Skuteczność ochrony praw pacjentów przy maksymalnym wykorzystaniu narzędzi ustawowych;
II. Proaktywną postawę w kontaktach z pacjentami, w szczególności w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu;
III. Profesjonalne zarządzanie zasobami Biura.

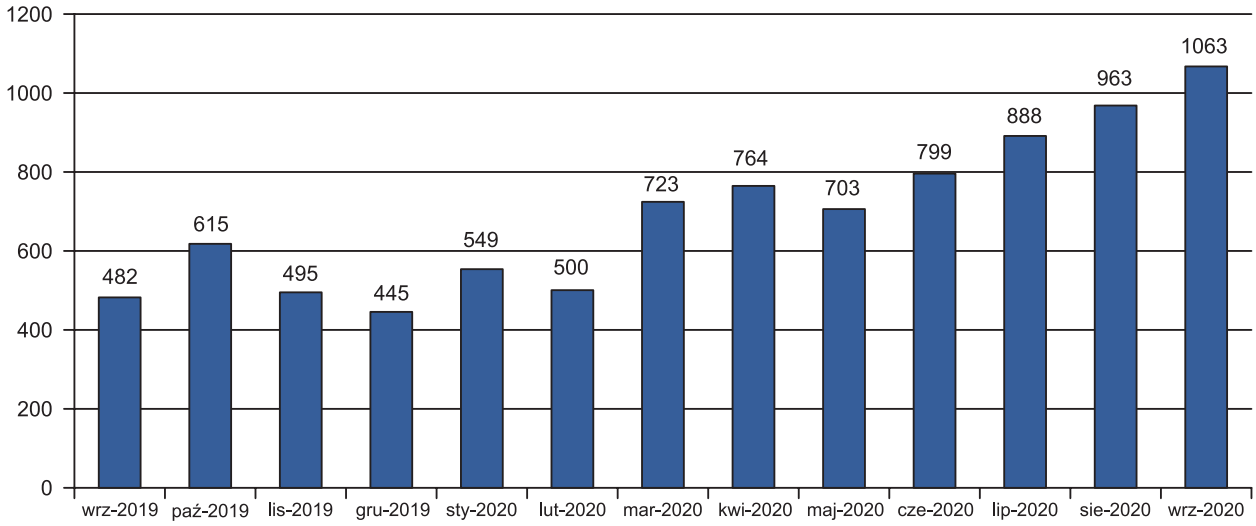
Niniejszy raport stanowi informację o realizacji punktu I oraz II przyjętej wizji działania. Odnosząc się natomiast do punktu III zauważyć należy, iż Biuro RPP ma duże doświadczenie w postępowaniu w sytuacjach kryzysowych w systemie ochrony zdrowia. Szczególnie w takich okolicznościach zwiększa się liczba zgłoszeń kierowanych do organu, w którego kompetencjach leży ocena realizacji praw pacjenta. Nowością była konieczność organizacji pracy zdalnej podczas „narodowej kwarantanny". Wydaje się jednak, że ta zmiana organizacyjna co do zasady nie wpłynęła na dostępność usług RPP dla pacjentów. Biuro przeszło płynnie na system pracy zdalnej – stale ponad 94 % pracowników pozostawało w kontakcie na odległość. Pomimo tak dużego procentu osób pracujących w trybie zdalnym, zanotowano znaczy wzrost wpływu sygnałów od pacjentów.



ZGŁOSZENIA PACJENTÓW ZWIĄZANE Z EPIDEMIĄ SARS-COV-2 KIEROWANE DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Od momentu rozpoczęcia pandemii do września 2020 r. Rzecznik odnotował wzrost sygnałów pisemnych w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego. Jednakże w trwającym stanie epidemii pacjenci najchętniej korzystali ze wsparcia telefonicznego jako rozwiązania umożliwiającego najszybszy i bezpośredni kontakt.

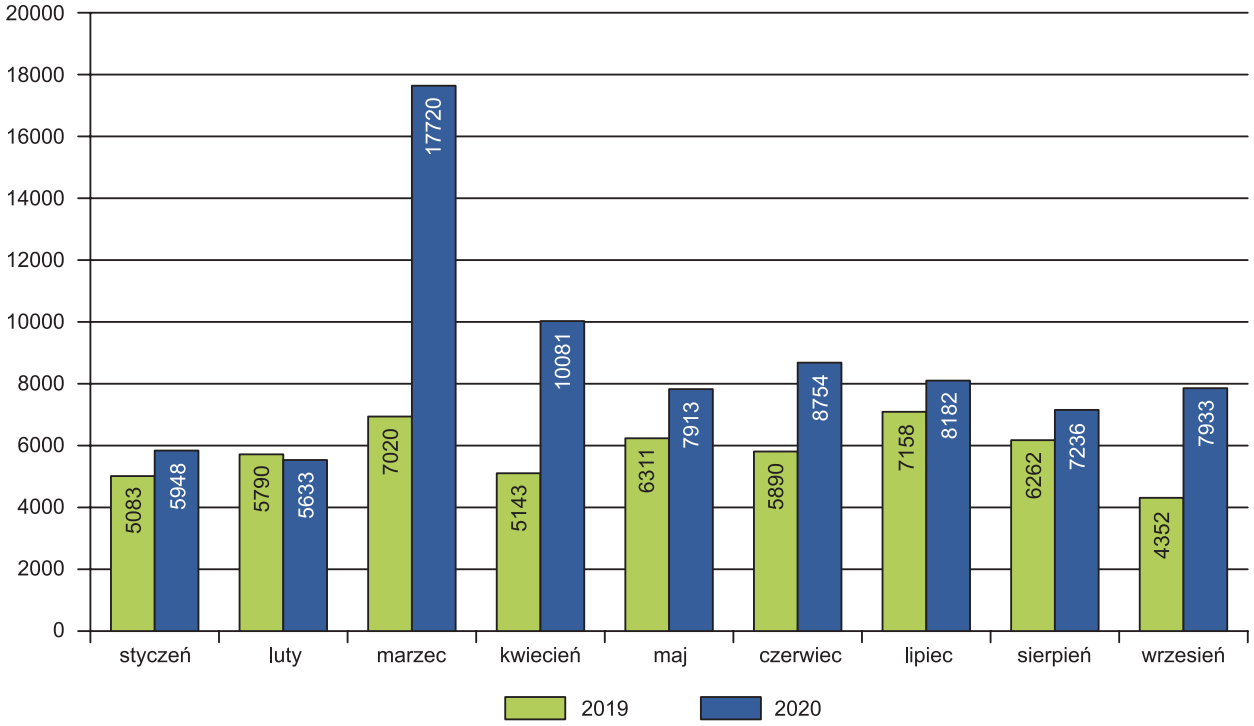
Wykres 1. Liczba nowych wniosków pisemnych (indywidualnych pacjentów) wpływających do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.



Od marca do września 2020 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło 5 903 wnioski od indywidualnych pacjentów, zaś w tożsamym okresie roku ubiegłego było to 3 706 wniosków. Odnotowany wpływ wniosków osób indywidualnych do Rzecznika stanowi wzrost o prawie 60% w stosunku do tego samego okresu ubiegłego roku.

Dane spraw wpływających do siedziby Biura, z wyłączeniem spraw zgłaszanych do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Najwięcej wniosków dotyczyło prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych (w tym zastrzeżeń do działań przychodni, a także problemów z leczeniem innych chorób niż Covid-19), następnie zaś prawa pacjenta do kontaktu z osobą bliską (problem odwiedzin) i prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (porody rodzinne). Ponadto, podnoszono zastrzeżenia do działań innych organów, w tym najczęściej do powiatowych stacji sanitarno- epidemiologicznych.

Wykres 2. Liczba rozmów telefonicznych w przedziale styczeń-wrzesień w latach 2019/2020 – ogółem

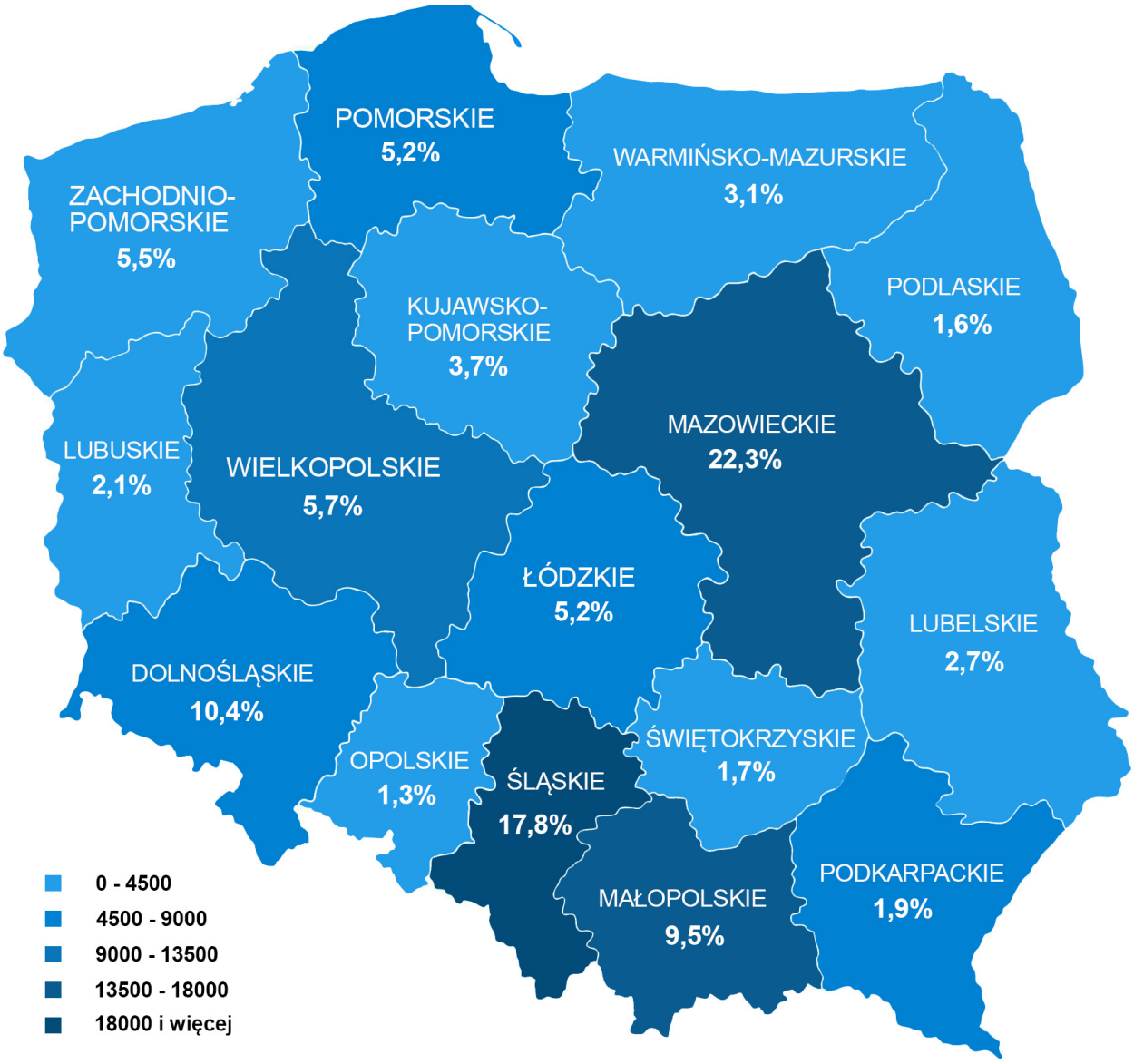


Wykres nr 2 obrazuje skalę zgłoszeń pacjentów w pierwszych miesiącach epidemii. W chwili wprowadzenia stanu zagrożenia epidemiologicznego na terenie Polski, zdecydowanie wzrosła całkowita liczba zgłoszeń kierowanych na TIP – w marcu wynosiła ona 17 720. Porównując liczbę zgłoszeń odnotowanych w marcu 2020 r. do marca 2019 r. zauważalny jest wzrost przekazywanych przez pacjentów sygnałów aż o 152%. W późniejszym okresie epidemii liczba zgłoszeń telefonicznych ustabilizowała się na niższym poziomie, jednak doszło do jej ogólnego zwiększenia w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego. Stan za 9 miesięcy: w 2019 r. było to 53 009 natomiast w 2020 r. –79 400 sygnałów telefonicznych.

Co istotne, w okresie od marca do września 2020 roku liczba zgłoszeń kierowanych na TIP wzrosła średnio ok. 3 500 sygnałów miesięcznie. Obrazuje to skalę potrzeb pacjentów którzy poszukiwali informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, aktualnych wytycznych i możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych w dobie epidemii SARS-CoV-2.

Sygnały przekazywane do Rzecznika Praw Pacjenta pochodzą z całego kraju, jednak liczba zgłoszeń pochodzących z poszczególnych województw jest zróżnicowana. Obrazują to dane zamieszczone na Mapie 1. Liczba zgłoszeń w ramach TIP niekoniecznie wskazuje na skalę zagrożenia epidemiologicznego lub na liczbę osób zakażonych koronawirusem w danym województwie. Wynika to z faktu, że pacjenci w niektórych województwach rzadziej korzystają ze wsparcia instytucjonalnego. Jednak wraz z występowaniem ognisk zakażeń koronawirusem w danych regionach – zauważono zwiększoną liczbę sygnałów na obszarze konkretnego województwa. Takim przykładem było województwo śląskie, gdzie wśród osób zakażonych większość stanowili górnicy wraz z członkami rodzin (co potwierdziły również testy przesiewowe przeprowadzone w tej grupie zawodowej).

Mapa 1. Liczba wszystkich zgłoszeń wg województw (stan na dzień 30.09.2020 r.)[1].

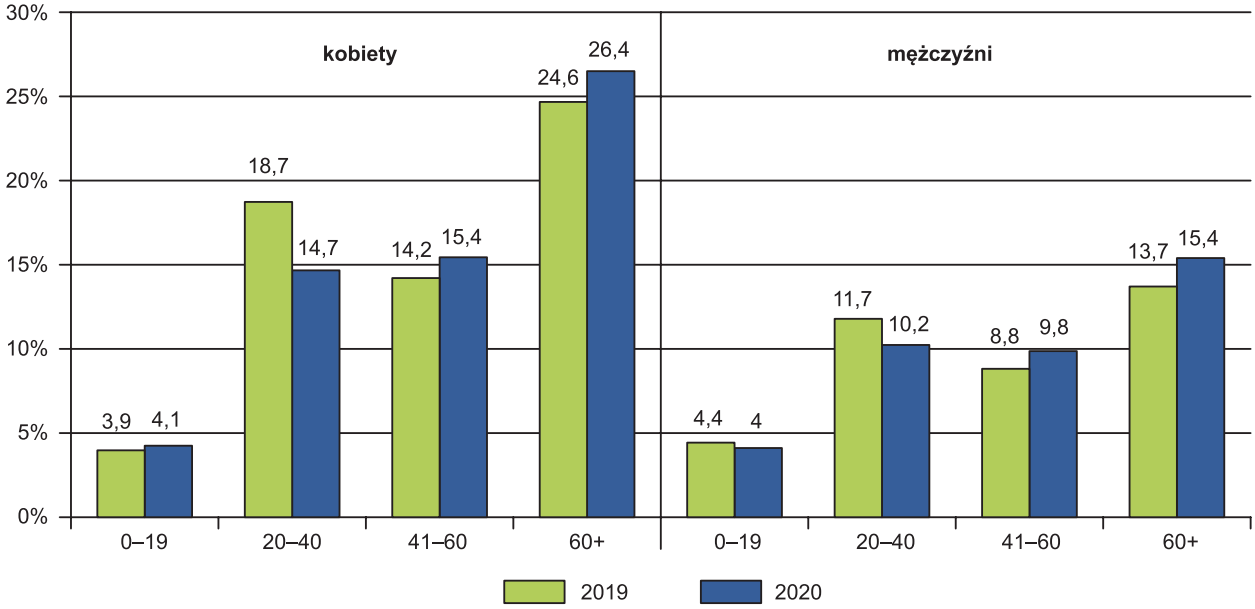


Z analizy zgromadzonych danych za 2020 r. (wykres 3) wynika, że częściej z TIP kontaktują się kobiety. W czasie epidemii wzrosła liczba połączeń telefonicznych od osób, które ukończyły 60. rok życia, co może mieć związek z obawą o stan zdrowia, ale także niejasności co do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w czasie epidemii. Osoby starsze w związku z wiekiem i wielochorobowością są w grupie największego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Należy przypomnieć, że poza ogólnymi zaleceniami dla społeczeństwa (m.in. przestrzegania zasad higieny osobistej), organy państwa odpowiedzialne za zarządzanie stanem epidemii publikowały również zalecenia kierowane bezpośrednio do osób starszych i ich rodzin. Obejmowały one[2] m.in.: unikanie dużych skupisk ludzkich jako środowisk sprzyjających narażeniu na zakażenia wirusowe (w tym również ograniczenie niezbędnych czynności, np. zakupów).

[1] Liczba zgłoszeń uwzględnia te zgłoszenia, w których pacjenci podali województwo. Jest zatem mniejsza niż ogólna liczba zgłoszeń. Dane o liczbie zakażeń pochodzą z portalu Ministerstwa Zdrowia.

[2] M.in. strona internetowa Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Wykres 3. Procentowa analiza porównawcza zgłoszeń w ramach TIP z podziałem na wiek osób dzwoniących (od 1 stycznia do 30 września 2020 roku w stosunku do analogicznego okresu 2019 r.)[3]



W związku z wydawanymi zaleceniami pojawiły się kolejne problemy tej grupy pacjentów, które wynikały głównie z wątpliwości co do realizacji poszczególnych zaleceń. Rzecznik odnotował również trudności osób starszych żyjących samotnie, które chcąc zastosować się do zaleceń, zgłaszały jednocześnie problem z brakiem osoby, która pomogłaby im w czynnościach życia codziennego (zrobieniu zakupów czy realizacji recept). Pomimo mobilizacji wojewodów, jednostek samorządu terytorialnego i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a także wielu inicjatyw o charakterze wolontariatu, widoczny już przed epidemią problem braku wsparcia samotnych i niesamodzielnych osób starszych uległ pogłębieniu. Jednocześnie, z uwagi na ramy niniejszego raportu, można tylko zasygnalizować, że alienacja osób starszych i poczucie zagrożenia wywołane potencjalną możliwością śmierci w związku z zakażeniem COVID-19, może spotęgować w tej grupie kryzysy psychiczne. Z tych względów, aby wesprzeć pacjentów, Biuro Rzecznika przygotowało listę ośrodków i instytucji, które udzielały pomocy psychologicznej w tym okresie. Ta lista na bieżąco aktualizowana znajduje się na stronie internetowej Rzecznika[4].

[3] W oparciu o informację w których uzyskano lub zidentyfikowano wiek pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej.

[4] https://www.gov.pl/web/rpp/koronawirus-wsparcie-dla-osob-w-kryzysie-zwiazanym-z-kwarantanna-lub-leczeniem

SYGNAŁY ZWIĄZANE Z NARUSZENIAMI LUB OGRANICZENIAMI PRAW PACJENTÓW W RAMACH TELEFONICZNEJ INFORMACJI PACJENTA

Zgłoszenia przekazywane przez pacjentów w ramach TIP są cennym źródłem informacji o pojawiających się wątpliwościach i nieprawidłowościach występujących w systemie ochrony zdrowia. W szczególności w trakcie trwania epidemii, w związku z pojawiającymi się nowymi obostrzeniami, a następnie łagodzeniem restrykcji i wprowadzaniem wytycznych dotyczących reżimu sanitarnego, pacjenci zgłaszali zróżnicowane problemy. Ich nasilenie i tematyka były bezpośrednio związane z dynamiką zaistniałej sytuacji i zawieszaniem funkcjonowania kolejnych rodzajów świadczeń zdrowotnych.

Z perspektywy Rzecznika kluczowa jest analiza i rozwiązywanie problemów, które odnoszą się do obowiązujących praw pacjenta. Od lat zagadnienia związane z naruszaniem prawa do świadczeń zdrowotnych stanowią przeważającą liczbę zgłoszeń na infolinię[1]. Również w 2020 roku ponad 71 % zgłoszeń w ramach TIP dotyczyło tego najważniejszego prawa pacjenta. W dalszej części odnotowywane sygnały dotyczyły prawa pacjenta do dokumentacji medycznej (ok. 8%). Kolejnym, najczęściej poruszanym zagadnieniem przez rozmówców, były kwestie związane z dostępem do informacji a także ochroną życia psychicznego (ok. 3%) oraz prawem do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (ok. 2%).

Należy podkreślić, że obowiązujące przepisy umożliwiają wprowadzenie ograniczeń praw pacjenta, nie zaś na całkowite pozbawienie pacjentów ich praw. Zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[2] 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. Ponadto prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami może zostać ograniczone także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Decyzje w tej sprawie podejmuje kierownik podmiotu lub upoważniony przez niego lekarz, jednak w miarę możliwości, powinny być one podejmowane indywidualnie, po rozważeniu wszystkich okoliczności, w tym sytuacji epidemicznej.

[1] Zgodnie z rocznymi sprawozdaniami z przestrzegania praw pacjenta przedstawianymi przez Rzecznika Praw Pacjenta.

[2] Tj. Dz. U. z 2020 poz. 849.

Wykres 4. Procentowy podział zgłoszeń na TIP wg poszczególnych praw pacjentów w okresie od stycznia do września 2020 r.[3]

Na mocy ustawy z dnia 2 marca 2020 r. w celu sprawnej realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 wojewodowie otrzymali specjalne uprawnienia. Możliwość wydawania poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej (podlegają natychmiastowemu wykonaniu)[4]. Obecnie Rzecznik analizuje, jaki wpływ miały te uprawnienia na realizację praw pacjentów. Na przykład, w jednym z województw na początku marca 2020 r. wojewoda wydał szpitalom – polecenie wstrzymania przyjęć planowych i operacji, za wyjątkiem sytuacji dotyczących pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Zakazał także odwiedzin pacjentów przez osoby spoza szpitala. Polecenie było zmieniane. Były też województwa w których wydano polecenia o innej treści lub w których poleceń w analizowanym obszarze nie wydawano wcale. W konsekwencji sytuacja pacjentów i stopień przestrzegania ich praw w poszczególnych regionach mógł się różnić, niezależnie od stopnia ówczesnego zagrożenia epidemiologicznego. Z uwagi również na wspomniane uprawnienie co do swobody ograniczenia praw hospitalizowanych pacjentów przez wojewodów/dyrektorów szpitali w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego, stopień realizacji praw pacjenta różnił się również lokalnie.

Prawo do świadczeń zdrowotnych

Każda ingerencja medyczna ma na celu poprawę, ratowanie oraz przywracanie stanu zdrowia, a więc udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jest to podstawowe prawo każdego pacjenta. Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych. Pozostałe prawa pacjenta mają na celu zagwarantowanie, aby w trakcie tego procesu pacjent czuł się

[3] Zauważyć jednak należy, iż podczas rozmowy pacjenci zgłaszają kilka praw pacjentów.

[4] Także na podstawie wskazanej ustawy polecenia może wydawać Prezes Rady Ministrów i Minister Zdrowia.

bezpiecznie i komfortowo. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych zabezpiecza też odpowiedni standard udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo pacjentów. Muszą one bowiem odpowiadać aktualnej wiedzy medycznej, a osoby wykonujące zawody medyczne powinny udzielać świadczeń z należytą starannością.

W ocenie Rzecznika, najważniejsze problemy zgłaszane przez pacjentów dotyczyły:

- ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych w placówkach opieki zdrowotnej (przede wszystkim dotyczyło to przychodni POZ oraz AOS);
- zastrzeżeń dotyczących długiego czasu oczekiwania na świadczenie specjalistyczne (w czasie epidemii część wizyt była odwoływana oraz nie wyznaczono nowego terminu);
- zastrzeżeń co do kompleksowości i staranności udzielonego świadczenia (w tym teleporady)
- ograniczonego; dostępu do diagnostyki – mimo posiadania skierowania niektóre podmioty (głównie szpitale) odmawiają wykonania badania obrazowego, np. USG, twierdząc, że wykonują je tylko hospitalizowanym pacjentom.

Z uwagi na fakt, że najwięcej sygnałów dotyczyło prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, Rzecznik najczęściej podejmował działania systemowe w tej kwestii. Szczegóły podejmowanych działań zostały zawarte w rozdziale *Monitoring problemów o charakterze systemowym*.

Prawo do dokumentacji medycznej

Proces leczenia pacjenta powinien znaleźć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. Rzetelne prowadzenie dokumentacji jest niezwykle istotne z uwagi na możliwą kontynuację leczenia pacjenta przez innego lekarza, w szczególności, gdy mamy do czynienia z leczeniem trwającym wiele lat. Informacje zawarte w dokumentacji medycznej stanowią niezbędny element np. przy ubieganiu się o różnego rodzaju świadczenia socjalne, a także są wykorzystywane w toku innych postępowań przed organami administracji publicznej czy sądami. Ważną kwestią jest możliwość zapoznania się przez pacjenta ze swoją historią choroby. W tym celu ustawodawca zagwarantował pacjentowi możliwość dostępu do dokumentacji medycznej.

Główne problemy zgłaszane przez pacjentów a dotyczące prawa do dokumentacji medycznej dotyczyły:

- wydłużonego czas oczekiwania na udostępnienie dokumentacji;
- uzależniania udostępnienia dokumentacji od osobistego złożenia wniosku;
- odmowy przesłania dokumentacji pocztą lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (np. e-mailem);
- żądania odbioru osobistego dokumentacji przez pacjenta lub osobę upoważnioną.

W ramach tego prawa pacjenta Rzecznik zwrócił uwagę na brak należytego dokumentowania teleporady. Szczegóły zostały opisane w rozdziale *Monitoring problemów o charakterze systemowym*.

Prawo do informacji

Katalog praw pacjenta definiuje również prawo pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia. Pacjent ma normatywnie zagwarantowaną możliwość uzyskania informacji o swojej sytuacji zdrowotnej. Otrzymanie przez pacjenta właściwych i kompletnych informacji o swoim stanie zdrowia pozwala mu na np. świadome wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Najczęściej pojawiające się sygnały zgłaszane przez pacjentów związane z prawem do informacji dotyczyły:

- problemów z uzyskaniem informacji przez telefon o stanie zdrowia bliskich przebywających w szpitalu;
- trudności w uzyskaniu informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot leczniczy (w tym o zawieszeniu działalności).

Z uwagi na wprowadzone ograniczenie przebywania osób trzecich na terenie szpitali, osoby upoważnione przez pacjentów do otrzymywania informacji miały utrudnioną możliwość realizacji tego uprawnienia. Wiązało się to również z wprowadzaniem zakazów odwiedzin pacjentów przebywających w szpitalach (także dzieci). Szczegółowe informacje, które dotyczą tej tematyki znajdują się w rozdziale poświęconym omówieniu problemów lecznictwa szpitalnego oraz w rozdziale *Monitoring problemów o charakterze systemowym*.

Prawo do intymności i godności

W zapewnieniu pacjentom poczucia bezpieczeństwa i komfortu niezwykle istotną rolę odgrywa prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności. Udzielanie świadczeń zdrowotnych często wiąże się z ingerencją w intymną sferę życia pacjenta przez osobę trzecią (lekarza, pielęgniarkę). Zatem istotne jest, aby świadczenia zdrowotne były udzielane pacjentom w warunkach maksymalnie ograniczających poczucie dyskomfortu, czy też wstydu. Wymaga to właściwego podejścia personelu medycznego, odpowiednich warunków lokalowych oraz umożliwienia pacjentom, aby podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych była obecna osoba bliska.

W Polsce, w przeciwieństwie do niektórych rejonów i krajów Europy Zachodniej, sytuacja epidemiologiczna nie wymusiła konieczności przyjęcia wytycznych w zakresie dokonywania segregacji pacjentów ze zdiagnozowanym COVID-19 – w odniesieniu do dostępności świadczeń zdrowotnych. Odpowiednia do poziomu zachorowań liczba i rodzaj świadczeń dla tych pacjentów był zabezpieczony. Rzecznik nie otrzymał wielu sygnałów w kontekście nieprawidłowej realizacji prawa pacjenta z COVID-19 do godnej śmierci. Do Biura Rzecz-

nika wpłynęły jednak zgłoszenia dotyczące innego aspektu realizacji prawa pacjenta do intymności i godności. Dotyczyły pacjentów cierpiących na inne choroby i prawa do obecności osoby bliskiej. Analizowane zgłoszenia, wraz z obszarem realizacji prawa pacjenta do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego, ze względu na ich wagę, przyczyniły się do podjęcia działań systemowych Rzecznika, których szczegóły zostały opisane w dalszej części raportu.

Główne problemy zgłaszane przez pacjentów związane z prawem do intymności i godności dotyczyły:
- odmowy obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i szpitalnym ze względu na stan epidemii;
- zastrzeżeń do warunków oczekiwania na udzielenie świadczenia (brak możliwości wejścia do przychodni bez zgody personelu przychodni, udzielanie świadczeń w namiotach przed szpitalami);
- zastrzeżeń do warunków umierania w godności (brak możliwości pożegnania się z osobami bliskimi);
- odmowy uczestnictwa osoby towarzyszącej podczas porodu.

Prawo do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego

W ramach tego uprawnienia duże znaczenie ma prawo do kontaktu osobistego z innymi osobami, a także do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Obecność i wsparcie otrzymywane od osób najbliższych przez pacjenta często przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Pacjent nie może zostać odizolowany od świata zewnętrznego i spraw, którymi zajmował się przed hospitalizacją. Zaś dodatkowa opieka pielęgnacyjna nie jest traktowana jako udzielanie świadczeń zdrowotnych, obejmuje np. świadczenia związane z utrzymaniem higieny ciała, z zachowaniem sprawności ruchowej oraz z odżywianiem i pojeniem pacjenta. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obejmuje również prawo do pobytu wraz z pacjentem w szpitalu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

Główne problemy zgłaszane przez pacjentów, w tym zakresie dotyczyły:
- odmowy kontaktu osobistego z bliskimi podczas hospitalizacji[5];
- odmowy kontaktu rodziny z pacjentem terminalnym (ostatnie pożegnanie);
- ograniczania rodzicom możliwości sprawowania dodatkowej opieki nad dziećmi;
- braku możliwości realizacji porodów rodzinnych.

[5] 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 dniu: 12 czerwca 2020r. Dostęp do wytycznych on-line: https://www.pzh.gov.pl/wytyczne-dla-placowek-dot-odwiedzin-osob-umierajacych-oraz-mozliwosci-identyfikacji-zwlok-pacjenta/

Zgłoszenia niedotyczące bezpośrednio praw pacjenta

Do Biura Rzecznika wpływały także inne problemy pacjentów nie związane bezpośrednio z prawami pacjenta.

Wśród głównych sygnałów zgłaszanych za pośrednictwem infolinii należy zaliczyć:

- problemy związane z odbywaniem kwarantanny;
- długiego czasu oczekiwania na wynik testu na COVID-19;
- zastrzeżeń do działalności powiatowych stacji sanitarnych (które odnosiły się przede wszystkim do braku możliwości dodzwonienia się do stacji i uzyskania informacji o sposobie postępowania, jak również braku informacji o wyniku testu).

ANALIZA ZGŁOSZEŃ PACJENTÓW W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

W okresie epidemii zaistniała konieczność wprowadzenia szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego stanowiących uzupełnienie podstawowych regulacji zawartych w szczególności w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[1]. W tym celu także została uchwalona ustawa z dnia 2 marca 2020 r. Wskazana ustawa w okresie marzec-wrzesień 2020 r. została wielokrotnie znowelizowana[2].

Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. 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 oraz jej zwalczania oraz zasady pokrywania kosztów realizacji zadań związanych przeciwdziałaniem COVID-19, w szczególności tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla

[1] Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.

[2] Nowelizacja ustawy z dnia 2 marca 2020 r. została dokonana m.in. ustawą z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r. poz. 567); ustawą z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568); ustawą z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 695), ustawą z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 875); ustawą z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1086); ustawą z dnia 28 maja 2020 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawy o podatku od towarów i usług, ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 1106), ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o wsparciu rynku ubezpieczeń należności handlowych w związku z przeciwdziałaniem skutkom gospodarczym COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1422); ustawą z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o delegowaniu pracowników w ramach świadczenia usług oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1423); ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1478), ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1493).

Wykres nr 5. Procentowy udział w rodzaju świadczeń zdrowotnych w ramach TIP na tle porównawczym w latach 2019–2020

osób z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem tą chorobą w celu zapewnienia właściwego dostępu do diagnostyki i leczenia.

Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. i kolejno wprowadzane do niej zmiany wychodzą naprzeciw wszystkim sytuacjom w których narasta zagrożenie epidemii i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych u ludzi, a także wprowadza niezbędne mechanizmy działania w okresie epidemii SARS-CoV-2. Na podstawie wskazanej ustawy regulacje były również uzupełniane rozporządzeniami Ministra Zdrowia i innych właściwych Ministrów.

Obok aktów prawa powszechnie obowiązujących od początku trwania epidemii COVID-19 zostało wydanych wiele zaleceń, wytycznych i komunikatów zarówno przez centralne organy administracji – takie jak np. Główny Inspektor Sanitarny, jak również przez konsultantów krajowych reprezentujących różne dziedziny medycyny. Zalecenia były publikowane na stronie internetowej GIS, jak i na stronie Ministerstwa Zdrowia, w zakładce „Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń”[3]. Ważnym źródłem informacji dla pacjentów o koronawirusie jest także portal pacjent.gov.pl. Numer 800 190 590 Telefonicznej Informacji Pacjenta podawany był na wszystkich ulotkach, materiałach informacyjno-edukacyjnych, a także wskazywany jako ważna infolinia, za pośrednictwem której pacjenci mogą uzyskać stosowne informacje o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

Z uwagi na fakt, iż głównym problemem w okresie epidemii jest ograniczenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, przeprowadzono analizę przekazanych do Rzecznika Praw Pacjenta sygnałów pod kątem występujących trudności w różnych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

[3] Strona Ministerstwa Zdrowia, https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen [dostęp na dzień 19.07.2020 r.].

Tabela 1. Liczba zgłoszeń pacjentów zarejestrowanych w okresie od stycznia do września 2020 roku wg rodzajów świadczeń zdrowotnych

RODZAJ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	STYCZEŃ	LUTY	MARZEC	KWIECIEŃ	MAJ	CZERWIEC	LIPIEC	SIERPIEŃ	WRZESIEŃ	OGÓŁEM
Podstawowa opieka zdrowotna	891	1390	4773	3199	2613	2779	2306	2004	2189	22144
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1177	1325	4319	3098	2422	2599	2193	1922	1336	20391
Lecznictwo szpitalne	1473	1097	3912	1912	1416	1305	1522	1211	1219	15067
Leczenie uzdrowiskowe	486	220	541	117	99	109	226	278	747	2823
Opieka hospicyjno-paliatywna	25	15	21	16	9	11	33	14	27	171
Opieka długoterminowa	84	84	132	55	20	43	111	109	317	955
Opieka psychiatryczna	368	251	514	298	263	291	342	297	359	2983
Świadczenia odrębnie kontraktowane	69	52	128	88	61	77	80	55	60	670
Programy zdrowotne	11	5	2	6	5	2	7	5	23	66
Rehabilitacja lecznicza	279	323	446	298	277	303	401	441	560	3328
Opieka stomatologiczna	233	202	634	201	243	278	311	206	52	2360
Ratownictwo medyczne	91	56	91	34	29	31	57	65	218	672
Usługi transportu sanitarnego	22	25	19	8	13	31	22	32	154	326
Zaopatrzenie w wyroby medyczne	85	34	11	21	22	34	25	43	141	416
SUMA	5294	5079	15543	9351	7492	7893	7636	6682	7402	72372
Inne*	654	554	2177	730	421	861	546	554	531	7028
Ogółem	5948	5633	17720	10081	7913	8754	8182	7236	7933	79400

* Sygnały dotyczące instytucji systemu zdrowotnego (MZ, NFZ, Izby Aptekarskie, Izby Lekarskie, Izby Pielęgniarek i Położnych, sanepid) oraz instytucje poza systemem zdrowotnym (MRPiPS, KRUS, PFRON, MOPS, PCRP).

W 2020 r., spośród wszystkich rodzajów świadczeń, najwięcej zgłoszeń dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej (ok. 31%), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (28%), leczenia szpitalnego (21%) oraz rehabilitacji (5%)[4]. W porównaniu do 2019 roku największy wzrost zgłoszeń dotyczył podstawowej opieki zdrowotnej – w 2019 roku odnotowano 9 734 takich zgłoszeń, zaś w 2020 roku – 22 144. W tabeli 1. zawarto szczegółowe informacje dotyczące liczby zgłoszeń na TIP.

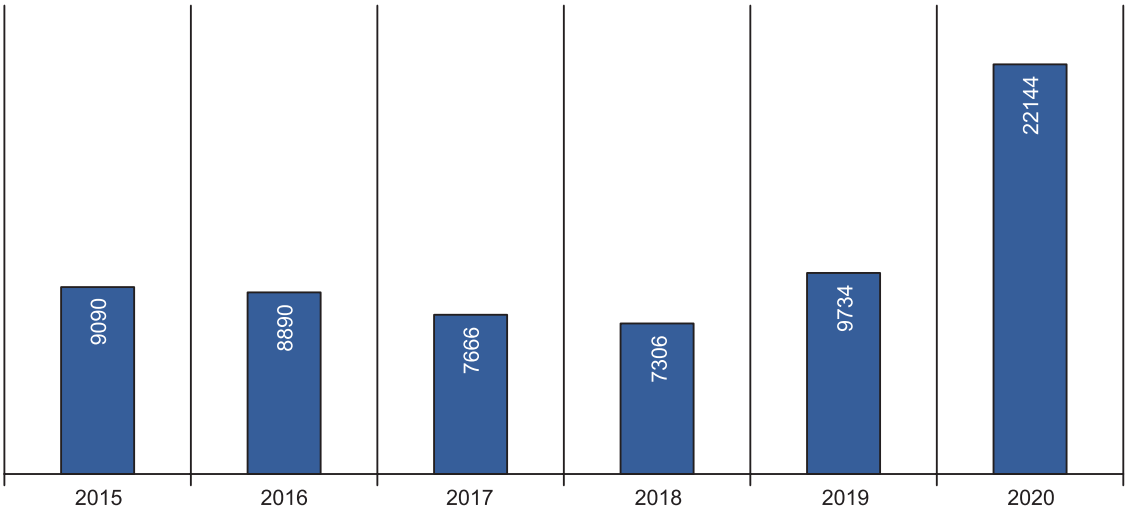
[4] Procenty podano w stosunku do sumy rodzajów świadczeń zdrowotnych, a nie sumy ogólnej liczby zgłoszeń.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Podstawowa opieka zdrowotna to zasadniczy element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zgodnie z obowiązującymi przepisami POZ powinna zapewniać kompleksową opiekę zdrowotną nad pacjentem oraz jego rodziną. Celem POZ jest ocena potrzeb objętej opieką populacji, ustalenie priorytetów zdrowotnych oraz działań profilaktycznych. Uzyskanie świadczeń zdrowotnych w POZ wiąże się ze złożeniem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej.

W dniu 10 marca 2020 roku na stronie internetowej został opublikowany komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie schematu postępowania dla podstawowej opieki zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej[1]. Wytyczne jasno wskazywały, że podmioty lecznicze powinny szeroko informować o zmianie zasad przyjmowania pacjentów. Schemat postępowania zakładał, że w pierwszej kolejności pacjent powinien skontaktować się z przychodnią telefonicznie. Rejestracja powinna poinformować pacjenta o możliwości uzyskania teleporady bez konieczności wizyty w przychodni oraz przeprowadzić ankietę wstępnej kwalifikacji w kierunku zakażenia koronawirusem SARS CoV-2. W sytuacji, w której bezpośredni kontakt pacjenta z lekarzem jest niezbędny, powinien zostać wyznaczony termin i godzina wizyty w przychodni. Wprowadzenie ograniczeń w przyjęciu pacjentów miało zapobiegać rozprzestrzenianiu się koronawirusa, zapewniając większe bezpieczeństwo pacjentom i personelowi medycznemu.

Wykres 6. Liczba zgłoszeń telefonicznych w ramach POZ w poszczególnych latach



[1] https://www.gov.pl/web/koronawirus/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-nisoz

W dniu 15 marca 2020 roku Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia wydała komunikat skierowany do świadczeniodawców POZ w którym wskazywała, że możliwe[2] jest udzielanie świadczeń w postaci teleporad w zakresach lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Nadto w ramach teleporady można też wystawić/uzyskać np. e-receptę, zlecenie elektroniczne na wyroby medyczne, a także przekazać pacjentowi numer, którym pacjent posłuży się podczas jego realizacji.

Jak wynika z wykresu nr 6 liczba zgłoszeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do lat ubiegłych znacznie wzrosła.

Tabela 2. Liczba zgłoszeń dotyczących POZ w okresie styczeń-wrzesień 2020 r.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	LICZBA ZGŁOSZEŃ*
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	**19 891**
dostęp do świadczeń zdrowotnych	**16 453**
odmowa udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia	3 015
odmowa rejestracji w trybie nagłym	1 020
odmowa rejestracji na późniejszy termin	1 156
odmowa wydania zlecenia na wykonanie badań diagnostycznych	1 846
odmowa wydania skierowania na badania zlecone przez lekarza AOS w celu kontynuacji leczenia	1 211
odmowa wizyty w domu chorego	986
odmowa ordynacji leku, wyrobu medycznego i środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego z refundacją	827
odmowa wydania zaświadczenia	465
odmowa wydania zlecenia na transport sanitarny	601
odmowa skierowania do AOS	358
odmowa przyjęcia deklaracji wyboru	160
odmowa udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach NiŚOZ (nocna i świąteczna pomoc lekarska)	234
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w związku z brakiem potwierdzonego ubezpieczenia zdrowotnego	24
pozostałe (m.in. patronaże położnej, świadczenia pielęgniarki, profilaktyka zdrowotna, opieka nad przewlekle chorymi, opieka okołoporodowa itp.).	1 217
dostęp do teleporady i pojawiające się problemy z jej realizacją	3 333
standardy udzielania świadczeń zdrowotnych	**3 438**
organizacja pracy podmiotu leczniczego	2 014
zachowanie pracowników podmiotu leczniczego	891
zastrzeżenia do świadczeń pielęgniarki i położnej	376
zarzuty niewłaściwego leczenia, nieoczekiwane skutki leczenia itp.	121
pozostałe w grupie problemów	36
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻENIA ZGODY	**542**
odmowa udzielenia informacji, przekazanie informacji niepełnej	339
ograniczanie prawa osób upoważnionych do dostępu do informacji	82

[2] Możliwość ta wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736 z późn. zm.).

cd. tabeli

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	LICZBA ZGŁOSZEŃ*
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	26
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	95
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	**1 439**
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	976
odmowa przekazania dokumentacji medycznej pomiędzy podmiotami na wniosek pacjenta w związku ze zmianą miejsca leczenia	199
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	264
PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH	**44**
odmowa przyjęcia informacji o wystąpieniu niepożądanych objawów po zastosowaniu produktu leczniczego	44
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	**152**
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	70
obecność osób nieuprawnionych przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego	9
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	51
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	22
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA	**76**
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje**	36
OGÓŁEM rozmów telefonicznych dotyczących POZ	**22 144**

* podczas jednej rozmowy telefonicznej podnoszonych jest kilka zagadnień związanych z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, w celu przejrzystego ich przedstawienia w tabeli uwzględniono główny problem rozmówcy

Problemy w ramach POZ zgłaszane przez pacjentów dotyczyły głównie:

- odmowy udzielenia świadczeń w dniu zgłoszenia;
- odmowy rejestracji w trybie nagłym (z uwzględnieniem specyfiki POZ);
- trudności z dodzwonieniem się do rejestracji;
- odmowy realizacji wizyty osobistej;
- braku realizacji tzw. wizyt recepturowych – konieczność umówienia teleporady;
- zastrzeżeń do jakości teleporad;
- obawy o skuteczność diagnostyki w ramach teleporady;
- bezpośredniego kontaktu pacjenta z lekarzem i sprowadzenie leczenia jedynie do teleporady;
- odmowy wydania skierowania na badania diagnostyczne;
- problemów z realizacją zaleconych badań laboratoryjnych;
- niedotrzymanie terminu przybycia lekarza na wizytę domową i odmowa wizyty domowej z powodu epidemii;
- odmowy wystawienia recept na leki dla chorych przewlekle;
- trudności w realizacji wizyty patronażowej zarówno u lekarza, jak i położnej POZ;
- odmowy przyjęcia deklaracji wyboru lekarza POZ;
- problemy z dostępem do dokumentacji medycznej;
- odmowa wydania skierowania do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

W marcu br. wiele zgłoszeń dotyczyło braku informacji związanej ze zmianami w organizacji pracy placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Znacznie wzrosła liczba sygnałów dotyczących problemów pacjentów chcących skorzystać ze świadczeń POZ – w lutym 2020 r. wynosiły 1 390, natomiast w marcu 2020 r. odnotowano – 4 733 zgłoszenia. Pacjenci byli zdezorientowani i nie potrafili się odnaleźć w nowych realiach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w szczególności biorąc pod uwagę że przychodnie POZ zwykle zapewniały największą ze wszystkich rodzajów świadczeń dostępność, do czego pacjenci byli przyzwyczajeni. Wiele obaw było związanych z faktem zamykania przychodni dla pacjentów i koniecznością rezygnacji z tradycyjnego kontaktu z lekarzem. Występowały problemy z dostępnością do porady, szczególnie w dniu rejestracji. Osoby dzwoniące na infolinie szukały informacji, gdzie i w jaki sposób mogą uzyskać świadczenia, skoro lekarze rodzinni nie przyjmują pacjentów. Również część przychodni POZ miała trudności z przyjęciem nowej organizacji pracy, na bieżąco próbowano wypracować schemat udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie epidemii, co skutkowało przekazywaniem odmiennych informacji organizacyjnych pacjentom przez personel placówki.

Rozpowszechnienie możliwości korzystania z teleporad spowodowało zwiększenie świadomości pacjentów w jaki sposób w obecnej sytuacji mogą uzyskać kontakt z lekarzem POZ. Techniczną możliwość wykonania teleporady pacjenci co do zasady oceniali pozytywnie[3]. Również dostrzegli wartość obowiązkowej od początku roku e-recepty, która w zaistniałej sytuacji doskonale spełniła zadanie zabezpieczenia pacjentów w produkty lecznicze. W tym wypadku konieczność przyjęcia nowych rozwiązań organizacyjnych stała się niezamierzoną kampanią edukacyjną skierowaną do ogółu społeczeństwa. Sprawdziły się także inne rozwiązania informatyczne, takie jak e-zwolnienie (z zastrzeżeniem konieczności dalszego rozwoju np. funkcji e-skierowania). Pozytywnym skutkiem epidemii stało się przyspieszenie, już dość intensywnych, prac nad wdrożeniem rozwiązań e-zdrowia w Polsce.

Pomimo tych pozytywnych zjawisk w organizacji systemu, problemy ujawniły się na poziomie poszczególnych przychodni. Do Rzecznika Praw Pacjenta zaczęły docierać sygnały o trudnościach pacjentów przede wszystkim z dodzwonieniem się do placówek, a także znacznie utrudnioną możliwością osobistego kontaktu z lekarzem w stanach zdrowia tego wymagających. Należy uznać, że w pierwszych miesiącach epidemii był to główny problem pacjentów[4].

W kolejnych miesiącach pacjenci nadal zwracali uwagę na dostępność do świadczeń zdrowotnych i organizację pracy w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności odmowę odbycia osobistych wizyt. Informowali także, że często jedyną proponowaną przez placówki formą konsultacji pozostaje tzw. teleporada, pomimo istnienia podstaw do osobistej wizyty w przychodni, m.in. celem wykonania badania fizykalnego. Częstą sytuacją sygnalizowaną przez pacjentów była odmowa udzielania świadczeń w dniu zgłoszenia. Część zgłoszeń dotyczyła także odmowy realizacji wizyty w domu chorego.

[3] 43,2% badanych osób jest przekonanych, że teleporady/wideoporady powinny stanowić jeden z głównych kanałów kontaktu z lekarzem POZ. Zródło: MZ, NFZ, *Raport z badań satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19,* sierpień 2020. Dostęp on-line: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-zbior-zasad-i-dobrych-praktyk-dla-lekarzy-poz%2C7788.html [dostęp na dzień 25.09.2020 r.].

[4] Świadczy o tym ilość zgłoszeń przyjętych w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta.

Z uwagi na fakt, że wiele podmiotów zawiesiło przyjęcia pacjentów ograniczając się jedynie do udzielania teleporad, problematyczna stała się kwestia realizacji wizyt pilotażowych zarówno u lekarzy pediatrów lub lekarzy rodzinnych, jak i wizyt domowych położnych POZ. Młode mamy zgłaszały trudności w zakresie umówienia pierwszej wizyty położnej, która powinna odbyć się w przeciągu pierwszych 48 godzin po opuszczeniu szpitala. Niepokój rodziców potęgowały także kłopoty z umówieniem pierwszej wizyty nowonarodzonego dziecka u lekarza pediatry lub lekarza rodzinnego, która powinna się odbyć w okresie pierwszych 4 tygodni życia dziecka.

Istotnym problem było odroczenie obowiązkowych szczepień dzieci w POZ. Rodzice niepokoili się, że dzieci nie zostaną zaszczepione zgodnie z harmonogramem wynikającym z kalendarza szczepień na 2020 rok[5]. Szczepienia obowiązkowe zostały przywrócone od 18 kwietnia 2020 roku. W dniu 17 kwietnia 2020 roku Minister Zdrowia wraz z Głównym Inspektorem Sanitarnym opublikowali komunikat[6] w którym zalecają wznowienie realizacji wszystkich szczepień obowiązkowych z zachowaniem zasad bezpieczeństwa przeciwepidemicznego w czasie szczepienia. Zmiana sytuacji i obowiązujących wytycznych zdecydowanie ograniczyła zgłoszenia w tym zakresie.

W związku z zaistniałymi sygnałami, a także aktualną sytuacją epidemiologiczną, Rzecznik Praw Pacjenta w dniu 5 czerwca 2020 roku skierował apel do placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawie osobistych wizyt pacjentów w przychodniach [7]. Rzecznik zwrócił uwagę na konieczność zapewnienia pacjentowi prawa do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i udzielanych z należytą starannością na każdym etapie udzielania świadczeń, a także dostosowania organizacji pracy do obecnej sytuacji epidemiologicznej (w czasie wydania apelu podjęto decyzje o „odmrażaniu" poszczególnych dziedzin gospodarki). Powyższe pozostaje na tyle istotne, że zwykle dostępność do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jest często pierwszym kontaktem pacjenta w przypadku pojawienia się problemu zdrowotnego.

Poza działaniami edukacyjno-informacyjnymi, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta podejmowali również natychmiastowe telefoniczne interwencje wyjaśniające bezpośrednio związane z problemem/sygnałem danego pacjenta. W związku z wpływającymi od pacjentów sygnałami i zgłoszeniami w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta podjęli 888 interwencji telefonicznych oraz 446 interwencji pisemnych. Było to możliwe dzięki ponad 10-cio letniemu doświadczeniu, pozwalającemu podjąć decyzję, w której sprawie należy zadziałać jak najszybciej, celem uniknięcia stanu zagrożenia życia lub zdrowia dla dzwoniącego lub innej osoby.

Zauważyć należy, że wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 roku w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej[8], określa standard organizacyjny teleporady udzielanej w ramach POZ. Zgodnie z par. 3 pkt. 1 ww. rozporządzenia jednym ze standardów organizacyjnych udzielo-

[5] W tym zakresie ponownie, jako pozytywne należy ocenić, zjawisko dążenia wielu rodziców do zaszczepienia swoich dzieci.

[6] https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-sprawie-wykonywania-szczepien-ochronnych-w-czasie-pandemii-covid-19

[7] https://www.gov.pl/web/rpp/apel-rzecznika-praw-pacjenta-ws-osobistych-wizyt-pacjentow-w-placowkach-ochrony-zdrowia

[8] Dz. U. z 2020 r. poz. 1395.

nej w ramach POZ teleporady jest informowanie przez świadczeniodawcę o warunkach udzielenia teleporady z uwzględnieniem prawa pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Zgodnie z wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej – Pani dr hab. Agnieszki Mastalerz-Migas (członka Rady Ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta) dotyczącymi teleporad w podstawowej opiece zdrowotnej udzielanych w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2[9] należy wskazać, że podczas teleporady lekarz/pielęgniarka/położna dokonuje oceny stanu pacjenta, ustala czy teleporada jest wystarczająca dla aktualnego problemu zdrowotnego, czy konieczna będzie wizyta osobista, wizyta domowa, czy inne świadczenie medyczne. Nadto harmonogram pracy przychodni powinien uwzględniać czas na teleporady, wizyty osobiste w przychodni, wizyty domowe oraz świadczenia dla dzieci zdrowych (m.in. bilanse i szczepienia). Wizyty osobiste pacjentów powinny być realizowane z zastosowaniem środków bezpieczeństwa, związanych z ryzykiem zakażenia COVID-19 i zgodne z obowiązującymi wytycznymi w tym zakresie. Rzecznik będzie podejmował starania w informowaniu o treści przedmiotowych wytycznych. W ocenie Rzecznika jesienią 2020 roku niezbędne będzie dalsze monitorowanie pracy poszczególnych podmiotów leczniczych, co Rzecznik planuje, we wysłanym zakresie i wspólnie z innymi uprawnionymi instytucjami.

[9] Dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia on-line: https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen [dostęp na dzień 14 września 2020 r.].

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

W celu minimalizacji ryzyka zakażenia COVID-19, a także biorąc pod uwagę doświadczenia państw Europy Zachodniej (w szczególności Włoch i Hiszpanii) w dniu 15 marca br. Centrala NFZ wydała zalecenia ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Dotyczyło to przede wszystkim ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie takich jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, gastroskopia, kolonoskopia, USG, prowadzenia rehabilitacji leczniczej, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stomatologii oraz badań profilaktycznych. Centrala NFZ w porozumieniu z Oddziałami Wojewódzkimi NFZ zalecała całkowite zawieszenie udzielania świadczeń w mammobusach i dentobusach[1].

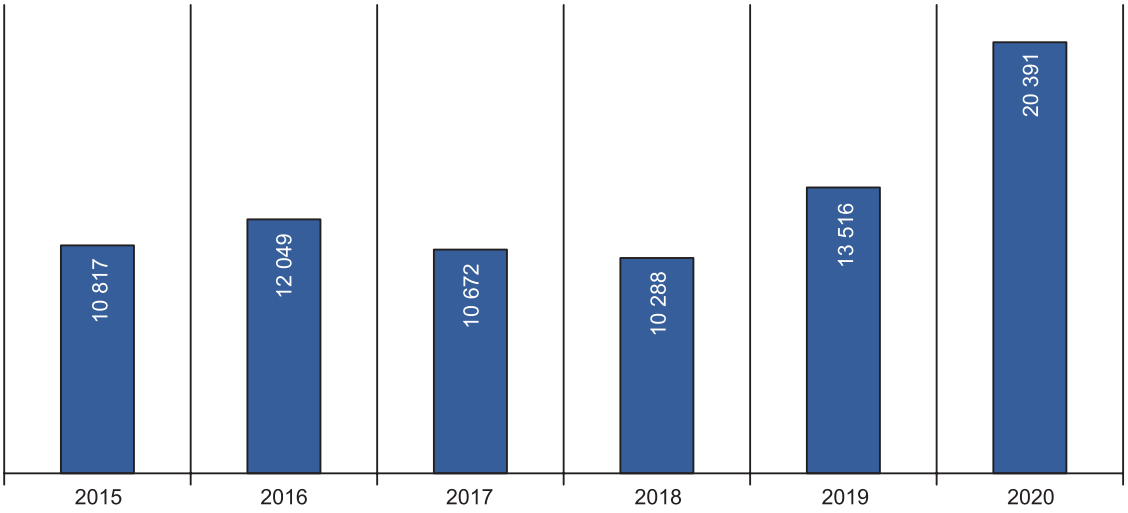
NFZ podkreślał także, że w każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o zawieszeniu udzielania świadczeń należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania, a także ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów i prawdopodobieństwo jego pogorszenia.

Jak wynika z tabeli 1 znacznie wzrosła liczba sygnałów dotyczących AOS (w lutym – 1 325, natomiast w marcu odnotowano – 4 319 zgłoszeń, co stanowi wzrost ilości zgłoszeń w tym zakresie o 226 %).

W okresie od maja 2020 roku można zauważyć, iż zgłoszenia dotyczące AOS pozostają na podobnym poziomie. Spadek liczby zgłoszeń jest związany z „odmrażaniem" części świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Z uwagi na trudności w rejestracji do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a także ograniczenie liczby udzielonych porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (jak wynika z danych NFZ), system ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych musi być przygotowany na okres kumulacji przyjęć pacjentów, w tym również tych, którzy nie uzyskali świadczeń wiosną. Część pacjentów, którzy uzyskali skierowanie na leczenie specjalistyczne z opóźnieniem, a także pacjenci kontynuujący leczenie, którzy nie otrzymali wiosną konsultacji specjalistycznych, będą próbowali uzyskać dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w tym samym okresie. W tym miejscu warto tylko zasygnalizować, iż spadek liczby porad w AOS częściowo był związany również z obawami samych pacjentów o możliwość zakażenia COVID-19 w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Takie wątpliwości pacjenci wyrażali bezpośrednio w rozmowach z konsultantami TIP, w szczególności w obliczu doniesień prasowych o zakażeniach w ko-

[1] NFZ, Zalecenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, 15.03.2020 r. – dostęp on-line: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej%2C7646.html

Wykres 7. Liczba zgłoszeń telefonicznych w ramach AOS w poszczególnych latach



lejnych podmiotach leczniczych. Z tych względów w okresie od maja i czerwca wiele instytucji, w tym również Rzecznik, Ministerstwo Zdrowia i organizacje pacjentów, apelowały do chorych przewlekle aby nie odkładać na później diagnostyki i leczenia.

Tabela 3. Liczba zgłoszeń dotyczących AOS w okresie styczeń-wrzesień 2020 r.

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	LICZBA ZGŁOSZEŃ*
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	**18 010**
dostęp do świadczeń zdrowotnych	14 906
problemy z rejestracją	2 268
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	2 348
odsyłanie do lekarza kierującego (w tym POZ) celem uzupełnienia skierowania oraz dołączenie wyników badań diagnostycznych	1 819
odmowa wydania zaświadczenia lekarskiego	452
odmowa wydania skierowania na badania diagnostyczne	1 120
odmowa wyznaczenia terminu kolejnej wizyty w ramach kontynuacji leczenia	451
odmowa wykonania badań diagnostycznych w ramach kontroli leczenia szpitalnego, problem z realizacją zleconych badań	654
odmowa przekazania informacji dla lekarza POZ o zaleceniach do dalszego leczenia w formie dokumentu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami	385
odmowa zlecenia na transport sanitarny	542
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania chorego	85
odmowa orzekania o czasowej niezdolności do pracy	392
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	416
odmowa ordynacji leku, wyrobu medycznego i środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego z refundacją	106
odmowa wydania skierowania na świadczenia specjalistyczne	268
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w związku z brakiem potwierdzonego ubezpieczenia zdrowotnego	1

cd. tabeli

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	LICZBA ZGŁOSZEŃ*
dostęp do teleporady i pojawiające się problemy z jej realizacją	2 068
inne niesklasyfikowane wyżej	1 531
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	3 104
zachowanie pracowników przychodni	1 051
zastrzeżenia do leczenia	985
zaniechanie zapewnienia kompleksowości leczenia*	869
organizacja pracy przychodni AOS	199
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻENIA ZGODY	**682**
odmowa udzielenia informacji, przekazanie informacji niepełnej	581
ograniczanie prawa osób upoważnionych do dostępu do informacji	34
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	18
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	48
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	**1 422**
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	1 198
odmowa przekazania dokumentacji medycznej pomiędzy podmiotami na wniosek pacjenta w związku ze zmianą miejsca leczenia	103
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	122
PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH	**41**
odmowa przyjęcia informacji o wystąpieniu niepożądanych objawów po zastosowaniu produktu leczniczego	41
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	**151**
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	109
obecność osób nieuprawnionych przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego	11
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	16
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	15
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA	**85**
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje (np. ZUS, KRUS, MOPS)	79
OGÓŁEM zgłoszonych uwag podczas podjętych rozmów telefonicznych dotyczących AOS	**20 391**

* podczas jednej rozmowy telefonicznej podnoszonych jest kilka zagadnień związanych z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, w celu przejrzystego ich przedstawienia w tabeli uwzględniono główny problem rozmówcy

Podobnie jak w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej w momencie wprowadzenia najpierw stanu zagrożenia epidemiologicznego, a następnie stanu epidemii na terenie Polski i zamrożenia świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej pacjenci w pierwszej kolejności szukali informacji w jaki sposób mogą kontynuować leczenie specjalistyczne lub gdzie mogą uzyskać pomoc lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny. Również w tym zakresie, w związku z wpływającymi zgłoszeniami pacjentów pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta podjęli 863 interwencje telefoniczne oraz 472 pisemne.

W tym kontekście pacjenci sygnalizowali trudności w zakresie:

- problemów z rejestracją;
- uzyskania teleporady lub zastrzeżeń do jej realizacji;
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- odsyłania do lekarza kierującego, w tym POZ, celem uzupełnienia skierowania i badań diagnostycznych;
- odmowy rejestracji skierowań (świadczenia pierwszorazowe);
- problemów z realizacją zleconych badań, w tym laboratoryjnych;
- przekładania terminów wizyt bez wskazania nowego terminu;
- odmowy skierowania na badania diagnostyczne;
- odmowy przyjmowania pacjentów w ramach kontraktu z NFZ w szczególności w ramach świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa – przy czym pacjenci wskazywali na brak problemu z umówieniem wizyty komercyjnej;
- odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej.

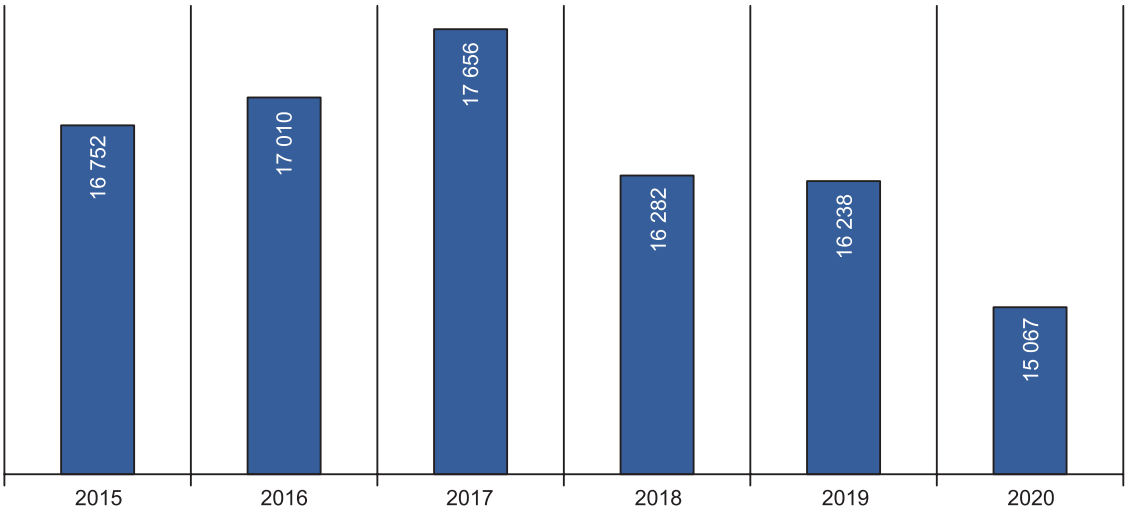
LECZNICTWO SZPITALNE

Zalecenia Centrali NFZ z 15 marca br. w sprawie ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego dotyczyły także planowanych pobytów w szpitalach w celu: przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych.

Jednocześnie na mocy ustawy z dnia 2 marca 2020 roku wojewodowie w celu sprawnej realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 wydali polecenia przeprofilowania na jednoimienne 19 szpitali znajdujących się na terenie całej Polski[1]. Szpitale które miały zapewniać kompleksową opiekę osobom chorym na COVID-19 wymagającym hospitalizacji.

Wyłączenie tzw. szpitali jednoimiennych z listy ogólnodostępnych świadczeniodawców i zjawiska częściowego zamykania podmiotów (np. poprzez wyłączenie danego oddziału) ze względu na kwarantannę personelu medycznego utrudniło dostępność do świadczeń w tych regionach, a także spotęgowało obawy innych pacjentów. Tabela 1 obrazuje wzrost liczby sygnałów dotyczących leczenia szpitalnego szczególnie w marcu br. (w lutym –1097, natomiast w marcu odnotowano – 3 912 zgłoszeń co stanowi wzrost ilości zgłoszeń w tym zakresie o 257%). Spadek w następnym okresie należy zdaniem Rzecznika wiązać z zawie-

Wykres 8. Liczba zgłoszeń telefonicznych w ramach lecznictwa szpitalnego w poszczególnych latach



[1] liczba szpitali się zmieniała (wynosiła 21)
https://www.gov.pl/web/zdrowie/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego2

szeniem udzielania świadczeń (część podmiotów leczniczych, mając na względzie bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, ograniczała zabiegi o podwyższonym ryzyku – powyższą decyzje należy analizować również w kontekście pojawiających się doniesieniach o zakażeniach COVID-19 mających miejsce w szpitalach a także zmiennych wytycznych o charakterze medycznym co do bezpieczeństwa wykonywania poszczególnych procedur). W zakresie leczenia szpitalnego, w okresie od marca do sierpnia br. podjęto 554 interwencje telefoniczne oraz 305 pisemnych.

Tabela 4. Liczba zgłoszeń dotyczących leczenia szpitalnego w okresie styczeń-wrzesień 2020 r.

LECZENIE SZPITALNE	LICZBA ZGŁOSZEŃ*
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	**13 077**
dostęp do świadczeń zdrowotnych	8 525
odmowa udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia szpitalnego, w tym zaleconym przez lekarza terminie	3 496
odmowa kwalifikacji do leczenia szpitalnego	857
odmowa świadczeń towarzyszących (zwolnienie lekarskie, zaświadczenia itp.)	466
odsyłanie do lekarza kierującego (w tym POZ, specjalisty) celem uzyskania skierowania oraz dołączenia wyników badań diagnostycznych	706
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	835
kwestionowanie wypisu ze szpitala	532
zwracanie się o dostarczanie dla pacjenta na oddział leków i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	182
zaniechanie zapewnienia pacjentowi ciągłości leczenia w innych rodzajach świadczeń zdrowotnych* (np. rehabilitacja, opieka długoterminowa)	85
odmowa zlecenia na transport sanitarny	129
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	162
odmowa podjęcia leczenia z powodu „rejonizacji" oraz odsyłanie pacjenta do innych szpitali	2
inne niesklasyfikowane	1 073
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	4 552
zastrzeżenia do standardów wykonywanych świadczeń	3 385
zdarzenie niepożądane podczas udzielania świadczeń zdrowotnych	14
warunki udzielania świadczeń zdrowotnych (organizacja podmiotu w tym zastrzeżenia do wyżywienia), pobieranie opłat za udzielane świadczenia zdrowotne	1 153
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻENIA ZGODY	**514**
odmowa udzielenia informacji	267
przekazanie informacji niepełnej i niezrozumiałej	149
ograniczanie prawa osób upoważnionych do dostępu do informacji	67
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	0
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	32
PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH	**30**
odmowa przyjęcia informacji o wystąpieniu działań niepożądanych po zastosowaniu produktu leczniczego	30

cd. tabeli

LECZENIE SZPITALNE	LICZBA ZGŁOSZEŃ*
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	**104**
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	25
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	46
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	34
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	**1 046**
odmowa udostępniania dokumentacji medycznej	600
odmowa dostępu do dokumentacji medycznej osoby zmarłej	252
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	195
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA	**63**
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje (np. ZUS)	63
PRAWO DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO	**216**
odmowa dodatkowej opieki pielęgnacyjnej	194
kwestionowanie opłat i ich wysokości za pobyt w szpitalu przy łóżku pacjenta	23
PRAWO DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ	**9**
PRAWO DO PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE	**8**
OGÓŁEM zgłoszonych uwag podczas podjętych rozmów telefonicznych dotyczących leczenia szpitalnego	**15 067**

** podczas jednej rozmowy telefonicznej podnoszonych jest kilka zagadnień związanych z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, w celu przejrzystego ich przedstawienia w tabeli uwzględniono główny problem rozmówcy

Główne sygnały dotyczyły:

- odmowy udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia szpitalnego, w zaleconym przez lekarza terminie;
- zastrzeżenia do standardów wykonywania świadczeń;
- warunków udzielania świadczeń zdrowotnych;
- odmowy kwalifikacji do leczenia szpitalnego;
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- odsyłania do lekarza kierującego, w tym POZ, celem uzupełnienia skierowania i badań diagnostycznych;
- problemów z dodzwonieniem się do placówki;
- odwoływaniem planowych przyjęć;
- odmowy przyjęcia do szpitala;
- odmowa wystawienia zwolnienia lekarskiego,
- żądanie nowego skierowania;
- odmowy kontynuacji leczenia;
- przekładanie terminów wykonania zabiegów operacyjnych;
- uzależniania przyjęcia do szpitala od wykonania testu na COVID-19 – bez skierowania na to badanie.

W pierwszych miesiącach trwającej epidemii osoby kontaktujące się za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta wskazywały na problem odmowy udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia, a także odmowy kwalifikacji do leczenia szpitalnego. Zwracano również uwagę na odwoływanie zabiegów planowych, na które czas oczekiwania był długi oraz brak wyznaczenia nowego terminu.

W późniejszym okresie pojawiły się sygnały dotyczące standardów i warunków udzielanych świadczeń. Rodziny pacjentów przebywających w szpitalach skarżyły się na wprowadzony zakaz odwiedzin i brak informacji o stanie zdrowia pacjenta (w tym zakresie Rzecznik podejmował działania systemowe).

Pacjenci leczeni w szpitalach przemianowanych na jednoimienne (np. w ramach chemioterapii lub programów lekowych) zgłaszali, iż zostali pozbawieni dostępu do leczenia w podmiotach o wysokiej specjalizacji lub sygnalizowali trudności z uzyskaniem świadczeń w innych podmiotach leczniczych (w tym zakresie informacje były przekazywane przez organizacje zrzeszające pacjentów).

W chwili obecnej nie można jednoznacznie stwierdzić czy czeka nas ponowny wzrost sygnałów w lecznictwie szpitalnym. Przyjęta nowa strategia w zakresie przeciwdziałania COVID-19[2] zwiększyła rolę POZ i pozostałych szpitali w diagnostyce zakażenia, odchodząc od idei wykorzystywania szpitali jednoimiennych przeznaczonych dla chorych na COVID-19. Niewątpliwie w tej chwili wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia mają więcej czasu na przygotowanie się na okres zakażeń wirusowych, wiele podmiotów leczniczych już w chwili obecnej dokonało zmian organizacyjnych z uwzględnieniem standardów ochrony przed zakażeniem personelu i pacjentów. Również pacjenci przystosowali się do funkcjonowania w stanie epidemii.

Wydaje się zatem, że można spodziewać się trudności w poszczególnych podmiotach leczniczych, które decyzjami ich kierowników ograniczą dostępność do świadczeń poprzez niewłaściwą organizację pracy. Nie jest jednak jeszcze wiadomo, czy trudności nie będzie budził obszar udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem COVID-19 (a nie z jego rozpoznaniem). W tym kontekście spór kompetencyjny może mieć charakter systemowy, a nie dotyczyć konkretnych stanów faktycznych. Czynnikiem ryzyka będzie liczba zachorowań.

Ważnym problemem zgłaszanym do Rzecznika z zakresu szpitalnictwa była organizacja opieki okołoporodowej w warunkach epidemii, a w szczególności zakaz przeprowadzania porodów rodzinnych lub znaczne ich ograniczenie uwarunkowane spełnieniem dodatkowych wymogów dyrektora placówki. Pojawiała się również praktyka rozdzielania matki od dziecka bezpośrednio po porodzie, w której to sprawie Rzecznik podjął działanie systemowe.

W tym miejscu należy również wspomnieć, że Ministerstwo Zdrowia podjęło starania o ujednolicenie zaleceń medycznych obowiązujących na terenie Polski m.in. poprzez publikacje zaleceń konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach pod jednym adresem

[2] https://www.gov.pl/web/zdrowie/jesienna-strategia-walki-z-epidemia-koronawirusa

internetowym, które to działanie należy ocenić pozytywnie[3]. Niestety w zakresie położnictwa i ginekologii pojawiły się rozbieżności w postępowaniu. Opublikowane były zalecenia z dnia 5 maja 2020 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie perinatologii dotyczące porodów rodzinnych, które wskazywały, że osoba towarzysząca w trakcie porodu powinna mieć aktualny wynik testu PCR w kierunku COVID-19. Wynik testu musiał zawierać się w okresie nie dłuższym niż maksymalnie 5 dni przed porodem, o czym mówiły wytyczne. Równolegle w przestrzeni publicznej funkcjonały wytyczne z dnia 22 maja br. (które nie były opublikowane na stronach administrowanych przez Ministerstwo Zdrowia). Niejednolitość wytycznych w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych powodowała wiele wątpliwości, a tym samym przekładała się również na ilość połączeń kierowanych na TIP.

Niektóre podmioty lecznicze wprowadziły całkowity zakaz przeprowadzania porodów rodzinnych, inne uzależniały udział bliskiej osoby od przedstawienia wyniku testu na COVID-19 nie starszego niż 5 dni przed porodem. Wiązało się to z narażeniem rodziny na ponoszenie dodatkowych kosztów wykonanego prywatnie testu, a także nierealnym do spełnienia warunkiem czasowym ważności wyniku badania z uwagi na często trudny do przewidzenia termin porodu Dodatkowo w początkowym okresie epidemii pojawiła się trudność z dostępnością do samych testów. Ostatecznie doszło do ujednolicenia wytycznych (działania systemowe Rzecznika w tym zakresie przedstawiono w dalszej części raportu).

Z uwagi na charakter zgłoszeń dotyczących opieki okołoporodowej zostały one sklasyfikowane odrębnie. W związku z tym problemem zostały podjęte działania interwencyjne. Przygotowano wystąpienia lub zostały wszczęte postępowania wyjaśniające.

[3] W szczególności mając na uwadze, iż stosując się do zaleceń lekarz prowadzący obowiązany jest ustalić, czy mogą mieć zastosowanie w danym stanie faktycznym, które to działanie jest postepowaniem zgodnym z należytą starannością. Link do zaleceń: https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen

POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ – KLUCZOWE PROBLEMY

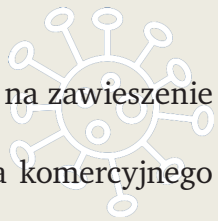
Rehabilitacja medyczna

Rehabilitacja medyczna może być udzielana jako świadczenie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a także w ramach lecznictwa szpitalnego. Na początku marca br. w związku z m.in. apelami Krajowej Izby Fizjoterapeutów[1], Narodowy Fundusz Zdrowia wydał komunikat zgodnie z którym zalecił ograniczenie do niezbędnego minimum lub wstrzymanie świadczeń rehabilitacji leczniczej zarówno w ambulatoriach, na dziennych i stacjonarnych oddziałach oraz fizjoterapii domowej. Natomiast od czerwca nastąpiło ponowne przywracanie świadczeń.

Powyższe widoczne jest w liczbie zgłoszeń kierowanych do Biura Rzecznika – liczbę sygnałów podejmujących zagadnienia związane z rehabilitacją odnotowano 3 328, z czego 446 w marcu, natomiast 441 i 560 w sierpniu i wrześniu przy jednoczesnym spadku liczby dzwoniących w okresie zawieszenia udzielania świadczeń.

Pacjenci zgłaszali następujące problemy w zakresie rehabilitacji medycznej:

- żądanie nowego skierowania, wyznaczanie nowego terminu rehabilitacji, problemy ze zmianą terminu rozpoczęcia rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia rozpoczętego przed epidemią;
- odmowy rejestracji skierowania na rehabilitację leczniczą;
- utrata ważności skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne z uwagi na zawieszenie działalności placówek rehabilitacyjnych;
- uzależnianie realizacji świadczeń rehabilitacyjnych od wykonania komercyjnego badania na COVID-19;
- odmowa realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w domu pacjenta;
- zastrzeżenia do zasad ustalania kolejności do świadczeń po wznowieniu działalności rehabilitacyjnej.



W tym miejscu należy również zasygnalizować, że ujawnił się problem systemowy finansowania świadczeń – powyższe jednak zasygnalizowano w części raportu dotyczących systemowych działań Rzecznika.

[1] https://kif.info.pl/zgodnie-z-apelami-kif-jest-decyzja-nfz-o-zawieszeniu-rehabilitacji/

Opieka Psychiatryczna

W dniu 15 marca 2020 roku Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia wydała komunikat zgodnie z którym w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji SARS-CoV-2 zalecono ograniczanie osobistych kontaktów z pacjentami. Centrala NFZ wskazała na możliwość wykonywania i rozliczania porad lekarskich, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień oraz program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności[2]. Zgłoszeń dotyczących opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na TIP w analizowanym okresie było 2 983. Również w tym rodzaju świadczeń doszło do ograniczenia dostępności świadczeń w formie osobistej, co pozostawało o tyle istotne, że podstawą ich udzielania często jest zaufanie pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, zwykle budowane w relacjach osobistych. Również dla bezpieczeństwa pacjentów Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie kontaktowali się bezpośrednio z pacjentami[3], jednakże wdrożono inne formy kontaktu – można było uzyskać informacje telefonicznie lub drogą elektroniczną. Część Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego była również dostępna na bezpłatnej Telefonicznej Informacji Pacjenta.

W tym miejscu jednak warto zauważyć, że w związku z zagrożeniem zachorowania na nowy, nieznany dotychczasowej wiedzy medycznej wirus, bez ustalonych ścieżek terapeutycznych, istniało zagrożenie pogłębienia się kryzysów psychicznych. Można zatem się spodziewać, iż po zniesieniu stanu epidemii dostęp do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień będzie jeszcze istotniejszy niż wcześniej. Z tych względów jako pozytywne należy ocenić oferowanie od kwietnia przez NFZ całodobowego wsparcia psychologicznego w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta[4].

Opieka stomatologiczna

W zakresie trudności z opieką stomatologiczną odnotowano 2 360 zgłoszeń, z czego aż 634 w marcu. Jak zostało to już wskazane, w celu minimalizacji ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 w dniu 15 marca br. Centrala NFZ wydała zalecenia ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego.

W związku z powyższym ujawnił się problem udzielania świadczeń stomatologicznych w stanach nagłych. Pacjenci z bólem zęba poszukiwali tych gabinetów, które nie zawiesiły udzielania świadczeń w kontakcie osobistym. Biorąc pod uwagę ograniczony dostęp osób dorosłych do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, Rzecznik weryfikował m.in. czy lista gabinetów (dostępna na stronach NFZ) pozwala na skuteczny kontakt ze świadczeniodawcą. Po dokonanej analizie sygnałów zgłaszanych do Biura, Rzecz-

[2] https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow%2C7643.html
[3] https://www.gov.pl/web/rpp/praca-rzecznikow-praw-pacjenta-szpitala-psychiatrycznego-w-okresie-zagrozenia-epidemicznego
[4] https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/calodobowe-wsparcie-psychologiczne-w-ramach-telefonicznej-informacji-pacjenta%2C7697.html

nik wystąpił w sprawie dostępności do świadczeń stomatologicznych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kolejnym z problemów pacjentów pozostawało pobieranie przez gabinety tzw. opłaty dezynfekcyjnej czy też epidemiologicznej czyli dodatkowych opłat za udzielanie świadczeń w warunkach epidemii (uzasadnianych koniecznością zwiększenia wydatków na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom w gabinecie poprzez stosowanie odpowiednich środków ochrony). W tym zakresie Rzecznik jednoznacznie wskazywał, że świadczeniodawca realizujący świadczenia gwarantowane nie ma podstaw do pobierania dodatkowych opłat za sam fakt realizacji wizyty.

Leczenie uzdrowiskowe

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego[5], od dnia 14 marca 2020 roku do odwołania, uzdrowiska zawiesiły czasowo swoją działalność[6]. Te regulacje podtrzymano również w stanie epidemii. Przepis § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 roku w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii[7], czasowo ograniczył działalność lecznictwa uzdrowiskowego, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych[8]. Zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, to ograniczenie polega na nieudzielaniu pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Z tego powodu pacjenci mieli wątpliwości co do przyszłej realizacji posiadanego przez nich skierowania. W okresie od stycznia do września br. liczba sygnałów kierowanych do Biura dotycząca leczenia uzdrowiskowego wyniosła 2 823.

Od 15 czerwca br. wyjazdy na leczenie uzdrowiskowe są ponownie możliwie, wymagają jednak uprzedniego wykonania testu na COVID-19. Po wznowieniu udzielania tych świadczeń odnotowano na TIP zwiększoną liczbę sygnałów – we wrześniu było ich 747. Pacjenci najczęściej kontaktowali się w sprawie warunków pobytu, do których mieli wątpliwości, zgłaszali m.in. problem, iż w uzdrowiskach poza osobami korzystającymi ze świadczeń w ramach NFZ które przyjeżdżają w związku z negatywnym wynikiem testu na COVID-19, przebywają również osoby na zasadach komercyjnych, bez obowiązku wykonania takiego testu.

Sytuacja w domach pomocy społecznej

Istotną kwestią pozostaje sytuacja podmiotów takich jak domy pomocy społecznej. Te instytucje pomocy społecznej długoterminowej, realizują zadania opiekuńcze, ale w zasadzie powinny być traktowane jako element kompleksowego systemu ochrony zdrowia. Epidemia udowodniła, że podopieczni tych placówek są grupą osób, dla których dostępność do świadczeń zdrowotnych ma kluczowe znaczenie. Ogniska zakażeń koronawirusem poja-

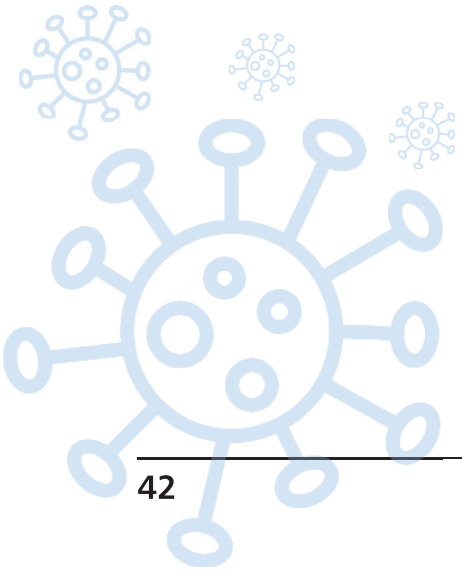
[5] Dz.U. 2020 poz. 433
[6] https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/uzdrowiska-czasowo-zaprzestaja-dzialalnosci%2C7641.html
[7] Dz. U. 2020, poz. 491
[8] Dz. U. z 2017 r. poz. 1056, z 2019 r. poz. 1815 oraz z 2020 r. poz. 284

wiły się w kilku domach pomocy społecznej już pod koniec marca br. Osoby przebywające pod ich opieką, z uwagi na wiek oraz stan zdrowia, znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka.

W trosce o podopiecznych tych placówek, w celu weryfikacji rzeczywistego stanu pensjonariuszy, pracownicy Biura Rzecznika skontaktowali się z wszystkimi podmiotami, u których zdiagnozowano pilną potrzebę pomocy. Dokonano weryfikacji, czy mieszkańcy nie są opuszczeni lub narażeni na niebezpieczeństwo z powodu ograniczonej liczby personelu lub jego braku. Oceniono też, czy podmioty świadczące usługi pensjonariuszom są w stanie sprostać aktualnej sytuacji związanej z epidemią (m.in. czy jest wystarczająca ilość lekarstw, środków ochronnych, personelu).

W 26 podmiotach, w których została potwierdzona trudna sytuacja, podjęto bezpośrednie interwencje, w celu zorganizowania niezbędnej pomocy. Występowano do właściwych wojewodów z prośbą o szczególne monitorowanie sytuacji związanej z epidemią SARS-CoV-2 w placówkach pomocy społecznej oraz skierowanie dodatkowego personelu medycznego. Skontaktowano się również z właściwymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi, z prośbą o objęcie szczególnym nadzorem tego typu placówek.

Pomimo, że Rzecznik Praw Pacjenta w czasie epidemii monitoruje sytuację i wspiera DPS, bezpośrednio nie posiada w kompetencjach możliwości nadzoru nad sytuacją osób tam przebywających (zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie są oni pacjentami, ponieważ otrzymują usługi opiekuńcze a nie świadczenia zdrowotne). Z uwagi na fakt, że jeszcze przed epidemią dostrzegalne były trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla osób przebywających w DPS (m.in. analiza w zakresie stosunku liczby deklaracji do POZ osób przebywających w DPS wykazała, że zgłoszono mniej deklaracji niż faktyczna liczba mieszkańców przebywających w DPS, co oznacza brak dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej). Konieczne jest podjęcie działań na rzecz dostępności pensjonariuszy domów pomocy społecznej do świadczeń zdrowotnych. Z tych względów w roku ubiegłym skierowane zostało wystąpienie do Komitetu Społecznego Rady Ministrów, wskazujące na konieczność dodania – w ramach prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych – prawa do pomocy ze strony jednostek zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych. W chwili obecnej trwają w tym zakresie prace legislacyjne – dodanie nowego prawa pacjenta umożliwiłoby Rzecznikowi m.in. przeprowadzenie postępowania z własnej inicjatywy w przypadku powzięcia informacji uprawdopodobniającej naruszenie tego prawa.



DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ

Dotychczasowe działania Rzecznika Praw Pacjenta w obliczu pandemii COVID-19 obejmowały m.in.:

- pomoc pacjentom poprzez Telefoniczną Informację Pacjenta, w szczególności w ramach interwencji wyjaśniających;
- wystąpienia do wojewodów ws. szpitali jednoimiennych i ich zabezpieczenia;
- bezpośrednie interwencje wyjaśniające w placówkach medycznych, w tym prowadzone postępowania wyjaśniające, postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- szczególne wsparcie osób z grup ryzyka m.in. pacjentów onkologicznych;
- współpracę z pełnomocnikami ds. praw pacjenta;
- działania informacyjne i edukacyjne, związane z treścią zapytań pacjentów i nowymi zmianami organizacyjnymi w systemie ochrony zdrowia;
- współpracę z urzędami odpowiedzialnymi za kreowanie polityki zdrowotnej, w tym NFZ i GIS;
- ukierunkowaną współpracę z ekspertami Biura m.in. Radą Organizacji Pacjentów, a także Radami i Zespołami eksperckimi.

W okresie pandemii Rzecznik Praw Pacjenta wychodząc naprzeciw oczekiwaniom organizacji pacjentów onkologicznych oraz przedstawicieli ich środowisk utworzył na Telefonicznej Informacji Pacjenta grupę konsultantów, którzy wspierają osoby cierpiące na choroby onkologiczne, poszukujące odpowiedzi, mające wątpliwości czy pytania. Wyznaczeni pracownicy weryfikują sygnały od pacjentów i w wybranych przypadkach podejmują interwencje.

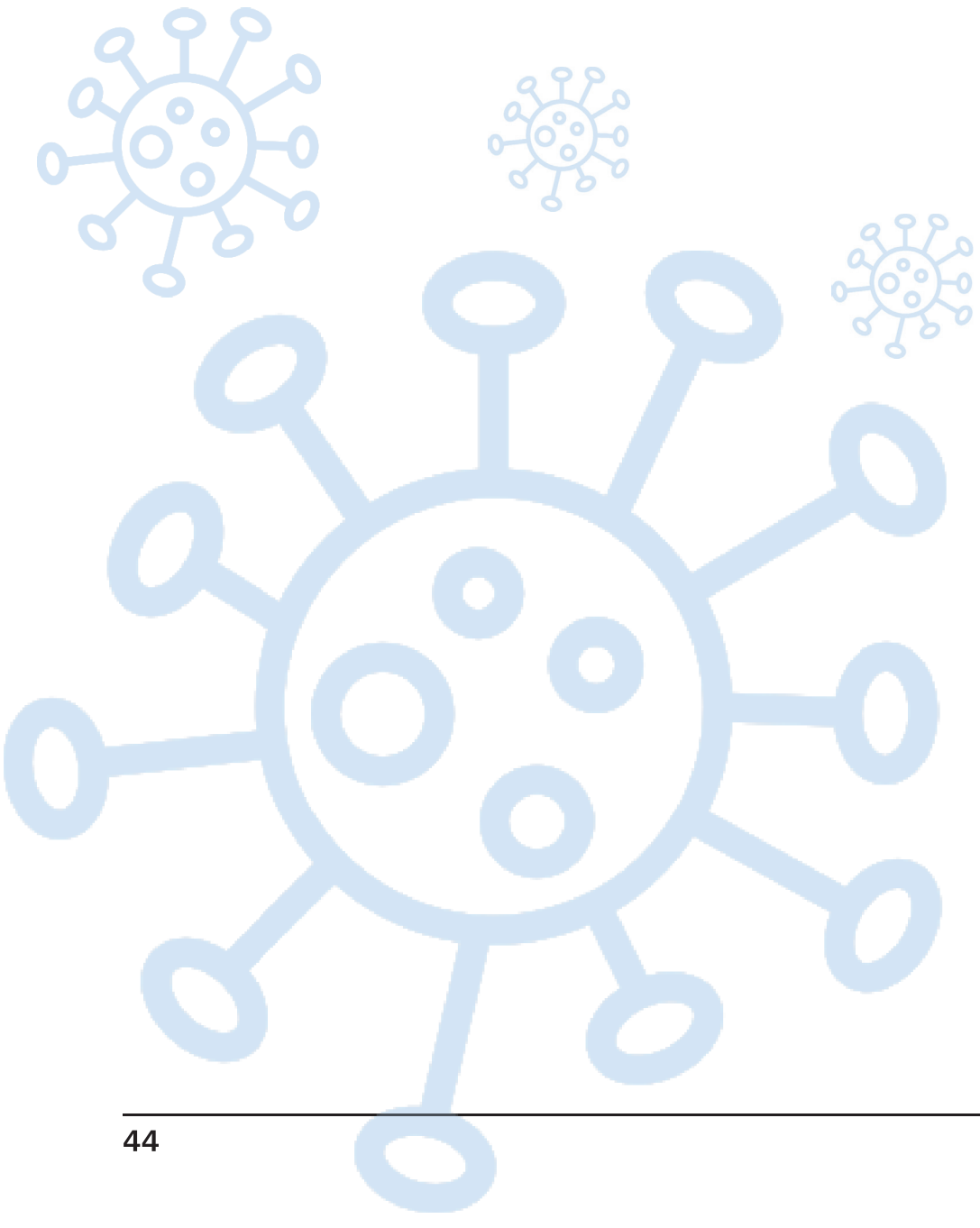
W sprawach wymagających niezwłocznego działania, zwłaszcza zagrażających życiu i zdrowiu (wsparcie osób starszych, niepełnosprawnych, dzieci, kobiet w ciąży lub osób niezdolnych do samodzielnego wykorzystania informacji i wskazówek urzędu), podejmowano pilne interwencje wyjaśniające przy wykorzystaniu dostępnych narzędzi.

Zrealizowane w 2020 roku interwencje przez RPP związane z bieżącą sytuacją epidemiologiczną w kraju, zmieniały się w poszczególnych miesiącach. Bezpośrednio po zgłoszeniu problemu podejmowano działania z uwagi na pilny stan w jakim znalazł się pacjent.

Z analizy wynika, że w większości placówek po interwencji niezwłocznie podjęto działania eliminujące problemy pacjentów, np. w przypadku teleporad uruchomiono dodatkowe linie telefoniczne lub wprowadzono nowe standardy. W przypadku tzw. porad recepturo-

wych np. zrezygnowano z konieczności osobistego – pisemnego składania zamówień na recepty na rzecz telemedycyny i przekazywaniu kodu recepty. Łącznie w okresie od marca do września 2020 roku zrealizowano 3 995 interwencji (w tym 2598 telefonicznych oraz 1397 pisemnych).

Rzecznik planuje kontynuować działania, wiele z nich okazało się skutecznym narzędziem realizacji misji Biura.



DZIAŁANIA EDUKACYJNO-INFORMACYJNE

Podejmowane przez Rzecznika działania to nie tylko pomoc pacjentom indywidualnym zgłaszającym do Biura sygnały o nieprawidłowościach. Rzecznik realizuje również szereg czynności edukacyjno-informacyjnych oraz systemowych, a także wszczyna postępowania w sprawie uprawdopodobnienia naruszenia zbiorowych praw pacjenta.

Działania edukacyjne były realizowane m. in. za pośrednictwem strony internetowej www.gov.pl/rpp oraz w mediach społecznościowych. RPP zauważył duże zapotrzebowanie na tego typu inicjatywy, w związku z widoczną potrzebą edukacji dzwoniących do Biura pacjentów. W okresie pandemii na bieżąco dokonywana była analiza informacji z artykułów prasowych i telewizyjnych w zakresie problematyki przestrzegania praw pacjenta. Tej tematyki dotyczyły również tworzone na stronie Rzecznika infografiki – zamiast treści opisowych. Powstały banery z pytaniami najczęściej zadawanymi przez pacjentów kontaktujących się z Rzecznikiem wraz z odpowiedziami wyjaśniającymi wskazany problem. Informacje te pojawiały się w mediach społecznościowych (Facebook, LinkedIn, Twitter, YouTube i Instagram). W okresie pandemii Rzecznik w mediach, prasie codziennej, medycznej i branżowej udzielał wywiadów, przekazywał informacje m.in. do Głosu Pacjenta Onkologicznego, Głosu Seniora, Rynku Zdrowia czy Służby Zdrowia, a także zachęcał do kontaktu z Biurem za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta oraz czatu.

Od początku roku 2020 – zarówno Rzecznik jak i eksperci Biura pojawili się w mediach 140 razy. W Biurze zostały opracowane i wydane broszury/ulotki popularyzujące wiedzę o ochronie praw pacjenta, w tym ulotki dla seniorów przekazane do Uniwersytetów III Wieku w formie elektronicznej, a także poprzez dystrybucję wersji papierowej jako dodatek do Głosu Seniora. W czerwcu powstała też elektroniczna wersja Wakacyjnego Poradnika Pacjenta uzupełniona o informacje na temat koronawirusa. Z uwagi na potrzebę przestrzegania rygorów sanitarnych publikacja została zamieszczona na stronie internetowej oraz mediach społecznościowych urzędu.

Dodatkowo regularnie publikowane są krótkie filmy z cyklu „Wywiady z ekspertami", w których omawiane są zagadnienia dotyczące COVID-19 oraz przekazywane praktyczne porady dotyczące tego tematu.

Rada Organizacji Pacjentów

Podczas pandemii Rzecznik był w stałym kontakcie z organizacjami pozarządowymi zrzeszonymi w Radzie Organizacji Pacjentów działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta (75 organizacji), które zgłaszały problemy pacjentów związane z pandemią. Od marca do czerw-

ca 2020 roku organizacje spotykały się online[1] w ramach działających w Radzie Organizacji Pacjentów Zespołów. Podczas spotkań omawiano m.in. problemy pacjentów z chorobami przewlekłymi, rzadkimi, autoimmunologicznymi, onkologicznymi oraz neurologicznymi i psychiatrycznymi. W maju odbyło się również spotkanie Rady w pełnym składzie, na którym organizacje omawiały problemy pacjentów związane z epidemią COVID-19.

W zakresie trudności związanych z epidemią organizacje zrzeszone w Radzie Organizacji Pacjentów wskazywały, m.in. na:

- problem zamknięcia poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla pacjentów (np. dermatologicznych, dla których teleporada stanowi ograniczony środek konsultacji) i POZ;
- problem braku właściwej opieki w Domach Pomocy Społecznej;
- kwestie spadku kwalifikacji do programów lekowych;
- trudności z diagnostyką, które będą skutkować pogorszeniem się stanu zdrowia wielu pacjentów;
- problemy osób niepełnosprawnych (np. głuchych, starszych) w zrozumieniu kierowanych do ogółu społeczeństwa komunikatów;
- wskazano, iż w większych szpitalach i ośrodkach leczniczych powinni być dostępni dla pacjentów przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Pacjenta – na zasadzie Rzeczników Praw Pacjenta Psychiatrycznego- szczególnie w obecnej sytuacji;
- postulat uporządkowania informacji/zaleceń skierowanych do pacjentów onkologicznych w trakcie trwania epidemii (na ogólne zdezorientowanie w systemie ochrony zdrowia wskazywały również inne grupy pacjentów);
- niezbędne jest zapewnienie pomocy psychologicznej pacjentom, którzy mierzą się zarówno z trudnościami w leczeniu dotychczasowego schorzenia, jak i strachem przed SARS-CoV-2;
- bardzo ważna jest dalsza popularyzacja Internetowego Konta Pacjenta jako narzędzia ocenianego przez pacjentów pozytywnie, niemniej należy również pamiętać o sytuacji osób wykluczonych cyfrowo, bez kontaktu.

Przedstawione problemy były przez Rzecznika sygnalizowane odbiorcom właściwym dla podjęcia działań w obszarze systemu ochrony zdrowia.

[1] Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, dostosowując się do zaleceń epidemiologicznych, wykorzystało w maksymalnym stopniu narzędzia spotkań na odległość (on-line).

MONITORING PROBLEMÓW O CHARAKTERZE SYSTEMOWYM

Mając na uwadze charakter wpływających do Biura Rzecznika Praw Pacjenta sygnałów pacjentów i ich rodzin, obok działań związanych z podejmowaniem indywidualnych spraw pacjentów, Rzecznik prowadzi także działania systemowe. Działania te mają na celu wskazanie problemu określonej grupy pacjentów i zaproponowanie zmian prawnych lub organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, które wpłyną na prawidłową realizację praw pacjenta. Z tych względów Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco reaguje na problemy pacjentów i systemu, które w każdym tygodniu epidemii dotyczą innych obszarów, stanowiąc reakcje na zmieniającą się sytuację. Poniżej przedstawione są najważniejsze działania systemowe podjęte w czasie epidemii.

Działania systemowe Rzecznika Praw Pacjenta.

1. Ograniczenie odwiedzin pacjentów przebywających w podmiotach leczniczych

Zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta placówka medyczna może czasowo ograniczyć korzystanie przez pacjentów z pełni ich praw w sytuacji wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz, uwzględniając przy tym sytuację w danym podmiocie leczniczym. Dokonując analizy skarg indywidualnych Rzecznik zauważył, że w zasadzie wprowadzono całkowity zakaz odwiedzin w wielu podmiotach leczniczych. Odnotowywano również sygnały rodzin pacjentów, którym uniemożliwiono ostatnie pożegnanie się z umierającym przebywającym w szpitalu, albo zakazano stawiennictwa w podmiocie leczniczym celem identyfikacji jego zwłok, pomimo iż przyczyna śmierci pozostawała bez związku z COVID-19, a podmiot leczniczy nie był tzw. szpitalem zakaźnym jednoimiennym. Z tych względów Rzecznik postanowił zwrócić uwagę na ten problem o charakterze systemowym.

1.1. Rzecznik Praw Pacjenta wystosował apel do kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne na terenie Polski, dotyczący rozważenia przez nich złagodzenia przyjętych ograniczeń prawa pacjenta, w sytuacjach w których nie występuje podejrzenie zachorowania na COVID-19, w celu ich dostosowania do aktualnych warunków epidemiologicznych.

1.2. Wystąpienie do konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii oraz w dziedzinie medycyny paliatywnej o wydanie wytycznych w przedmiocie warunków realizacji:
a) uprawnienia do kontaktu rodziny z pacjentem w przypadku, gdy pacjent jest umierający;

b) możliwości identyfikacji zwłok pacjenta – w przypadku, gdy zgon pacjenta jest bez związku z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, a podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym.

1.3. W wyniku podjętych przez Rzecznika 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 zgon pacjenta nie był związany z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, a podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym[1].

1.4. Rzecznik wystąpił do Głównego Inspektora Sanitarnego o wydanie zaleceń w zakresie odwiedzin pacjentów przebywających w szpitalach dostosowanych do aktualnej (uwzględniając ówczesny stan zagrożenia epidemiologicznego) sytuacji. W wyniku podejmowanych działań związanych z „odmrażaniem" wielu dziedzin gospodarki, w ocenie RPP realizacja uprawnienia kontaktu pacjenta z osobami najbliższymi również powinna być przywrócona z uwzględnieniem szczególnego reżimu sanitarnego. Zwrócono się również do konsultant krajowej w dziedzinie chorób zakaźnych w zakresie pozyskania informacji czy prowadzone są prace mające na celu wydanie wytycznych w zakresie realizacji uprawnienia do kontaktu rodziny z pacjentem w przypadku, gdy pacjent znajduje się w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju lecznictwo szpitalne.

1.5. Rzecznik wystąpił do Przewodniczącego Zespołu Ministerstwa Zdrowia do spraw strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 w kontekście uwzględnienia w przedmiotowej strategii problemów związanych z ograniczeniem odwiedzin osób bliskich pacjentów przebywających w podmiotach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Opieka okołoporodowa w dobie epidemii COVID-19

Rzecznik Praw Pacjenta podjął działania w zakresie realizacji opieki okołoporodowej, w warunkach tzw. porodów rodzinnych, a także metod ukończenia ciąży i porodu pacjentek z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19. Zalecenia z dnia 5 maja 2020 roku konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii dotyczące porodów rodzinnych zawierały rekomendacje, która stanowiła, że osoba towarzysząca w trakcie porodu powinna mieć aktualny wynik testu PCR w kierunku COVID-19, z okresu nie dłuższego niż maksymalnie 5 dni przed porodem. Natomiast równolegle w przestrzeni publicznej funkcjonowały również wytyczne z dnia 22 maja br. (które nie zawierały wskazanej rekomendacji). Niejednolitość wytycznych w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych powodowała wiele wątpliwości i wątpliwości praktyk w poszczególnych regionach Polski. W tym zakresie Rzecznik prowadził współpracę z organizacjami pacjentów.

[1] 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 dniu: 12 czerwca 2020r. Dostęp do wytycznych on-line: https://www.pzh.gov.pl/wytyczne-dla-placowek-dot-odwiedzin-osob-umierajacych-oraz-mozliwosci-identyfikacji-zwlok-pacjenta/ [dostęp na dzień 16.09.2020r.].

Podnoszony był problem izolacji dziecka od matki:
a) u której potwierdzono COVID-19 ,
b) jest podejrzenie zakażenia,
c) brak podejrzenia, a działanie podejmowane jest profilaktycznie.

2.1. Rzecznik występował do Ministra Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego w celu aktualizacji wytycznych i zaleceń w zakresie opieki okołoporodowej.

2.2. Działania podejmowane m.in. przez Rzecznika Praw Pacjenta doprowadziły do aktualizacji wytycznych z zakresu opieki okołoporodowej.

2.3. Rzecznik wystąpił również do konsultantów krajowych z dziedzinie położnictwa i ginekologii, neonatologii, perinatologii oraz pediatrii, w zakresie profilaktycznego rozdzielania dzieci od matek. Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii zlecił przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim w dziedzinie neonatologii w zakresie prawidłowości realizacji procedury opieki nad noworodkiem wyznaczone przez standard organizacyjny opieki okołoporodowej. Konsultant wskazał także, że izolowanie po urodzeniu dzieci od ich matek w przypadkach nieuzasadnionych, tzn. bez wysokiego ryzyka zachorowania na COVID-19 (pacjentki w trakcie kwarantanny lub izolowane) nie powinno mieć miejsca.

2.4. W przedmiotowej sprawie podejmowano również interwencje indywidualne lub wystąpienia kierowane do poszczególnych podmiotów leczniczych.

3. Ograniczenie osobistych wizyt pacjentów w przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Od marca 2020 roku lekarze rodzinni pracujący w przychodniach POZ udzielali świadczeń opieki zdrowotnej m.in. za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (tzw. teleporady medycznej). Teleporady medyczne w czasie trwającej epidemii COVID-19 mają m.in. na celu ograniczenie ryzyka rozprzestrzeniania się koronawirusa i ułatwienie izolacji tych osób, które mogą zarazić nim innych. Dodatkowym atutem teleporad jest skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wizytę u lekarza. Rzecznik Praw Pacjenta bezsprzecznie docenia pozytywne aspekty tego narzędzia organizacji konsultacji medycznych. Niemniej należy podkreślić, że osobisty kontakt pacjenta z lekarzem pozwala na zbudowanie relacji, przeprowadzenie badania fizykalnego, a także przekłada się na dokładniejsze przestrzeganie zaleceń. W trakcie osobistej wizyty pacjenta u lekarza, jest on w stanie zauważyć inne istotne objawy, które podczas teleporady medycznej z różnych przyczyn mogą zostać nieujawnione. W wielu przypadkach osobista wizyta pacjenta w placówce POZ pozostaje niezbędna dla realizacji prawidłowego przebiegu procesu diagnostyki i leczenia. Brak prawidłowej oceny czy teleporada jest wystarczająca, może naruszać prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

3.1. Na bieżąco podejmowano interwencje w przypadku konkretnych podmiotów leczniczych jeżeli powzięto przekonanie, iż całkowicie zaniechano udzielania konsultacji osobistych.

3.2. Rzecznik wystąpił do Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w celu pozyskania informacji o funkcjonowaniu przychodni POZ na terenie poszczegól-

nych województw, a także ilości udzielonych świadczeń w formie teleporady medycznej. Pozyskane dane pozwoliły na przeprowadzenie analizy systemowej w opisywanym zakresie. Jednocześnie, współpracowano z NFZ w zakresie przekazywania danych o zgłoszeniach pacjentów.

3.3. Rzecznik wystąpił do wszystkich starostów powiatowych oraz prezydentów miast na prawach pacjenta w przedmiocie weryfikacji działalności przychodni podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie danego powiatu – w zakresie możliwości realizacji osobistych wizyt pacjentów w tychże placówkach.

3.4. Rzecznik wystosował ponowny apel do POZ w związku z koniecznością realizacji świadczeń w warunkach należytej staranności.

4. Zasady udzielania gwarantowanych świadczeń ortodontycznych dla dzieci i młodzieży w czasie epidemii oraz świadczeń stomatologicznych dla pacjentów dorosłych w stanach nagłych

W trakcie trwania epidemii COVID-19 do Rzecznika został zgłoszony przez Naczelną Radę Lekarską problem wygasających uprawnień dzieci do leczenia ortodontycznego związanego z zaopatrzeniem aparatem ortodontycznym. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego[2], uprawnienie to wygasa po ukończeniu przez dziecko 12 roku życia. Problem był istotny w kontekście pacjentów, którzy w trakcie trwania epidemii kończą dwunasty rok życia, zaś na realizację swojego uprawnienia oczekiwali wcześniej w kolejce.

Ponadto, do Rzecznika kierowane były sygnały indywidualnych pacjentów (wskazane w niniejszym raporcie) o możliwym utrudnieniu w dostępnie do świadczeń stomatologicznych w stanie nagłym.

4.1. Rzecznik wystąpił do Prezesa NFZ z poparciem stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej.

4.2. Doszło do zmiany zarządzenia Prezesa NFZ – Zarządzenie Nr 93/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

4.3. Potrzeby w zakresie organizacji pilnej opieki stomatologicznej Rzecznik wskazywał Prezesowi NFZ jako pilny problem związany z zawieszaniem działań gabinetów stomatologicznych, w tym również świadczących pomoc w stanach nagłych.

5. Obniżenie wyceny świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej świadczonej z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych

Po odnotowanych sygnałach płynących od organizacji pacjentów dotyczących obniżenia wyceny świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej o 1/3 w przypadku, kiedy świadcze-

[2] Dz.U. z 2019 r. poz. 1199 z późn.zm.

nie było realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, Rzecznik podjął analizę problemu.

5.1. Rzecznik zwrócił się do Prezesa NFZ w celu pozyskania danych oraz opinii w przedmiocie tego działania płatnika zachęcające świadczeniodawców do wykorzysta systemów teleinformatycznych w ramach świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej[3]. Niemniej płatnik uznał za zasadne podtrzymanie wyceny.

5.2. Rzecznik zwrócił się również o wsparcie do Rzecznika Praw Dziecka, gdyż rehabilitacja dotyczyła dzieci i młodzieży.

6. Termin przechowywania karty teleporady – prawo do dokumentacji medycznej

Karta teleporady jako szczególny rodzaj dokumentacji medycznej zawiera (oprócz danych pacjenta i osoby udzielającej teleporady) informacje dotyczące stanu zdrowia oraz zalecanego procesu diagnostycznego i leczniczego, w tym rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego, zalecenia, informacje o wystawionych zaświadczeniach, receptach lub skierowaniach, inne informacje istotne dla procesu leczenia. Dokumentacja medyczna ma istotne znaczenie przede wszystkim dla zapewnienia ciągłości leczenia, ale również weryfikacji jego przebiegu.

6.1. Rzecznik Praw Pacjenta zaproponował rozwiązanie, aby karta teleporady była przechowywana przez okres 30 dni, licząc od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, a także zaproponował stosowną zmianę legislacyjną w przedmiocie kontynuacji spraw rozpatrywanych przez Komisję Lekarską działająca przy RPP. W tym zakresie wystąpił do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

6.2. Ministerstwo Zdrowia uwzględniło sugestie Rzecznika, nastąpiła zmiana przepisu.

7. Inne sprawy systemowe analizowane przez Rzecznika

7.1. Wystąpienie do wojewodów w zakresie konieczności organizacji pomocy w dostępie do żywności dla osób przebywających na samoizolacji.

7.2. Wystąpienie do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie rozszerzenia osób uprawnionych do otrzymywania zasiłku opiekuńczego dla rodziców dzieci niepełnosprawnych bez względu na wiek (w związku z wdrożonymi w tym okresie nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi).

7.3. Wystąpienia interwencyjne w sprawie sytuacji w domach pomocy społecznej, w tym m.in. przekazanie listy podmiotów wymagających sprzętu ochrony osobistej (DPS, ZOL, szpitale psychiatryczne) po otrzymaniu informacji od ww. podmiotów o trudnościach.

[3] Zarządzenie Nr 85/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

7.4. Wystąpienia do Ministerstwa Zdrowia w sprawie trudności z pozyskaniem przez pacjentów produktów leczniczych w związku z zakazem swobodnego przepływu osób przez granicę.

7.5. Wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie trudności w uzyskaniu aktów zgonu w przypadku śmierci osoby poza podmiotem leczniczym w związku z sytuacją epidemiologiczną.

7.6. W dniu 22 kwietnia oraz 16 czerwca br. odbyły się spotkania Rady Ekspertów w temacie „Ochrona zdrowia podczas epidemii". W związku z powyższym przekazano do Ministerstwa Zdrowia rekomendacje Rady Ekspertów wraz z ich aktualizacją w zakresie postępowania w toku epidemii. Przedmiotowe rekomendacje stanowią załącznik do niniejszego raportu.

7.7. W związku z wnioskami z kolejnego posiedzenia Zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji osób z chorobą otyłości, ponownie wystąpiono do wojewodów z prośbą o pilne uaktualnienie listy sprzętu dla osób otyłych, mając na względzie, iż otyłość jest jedną z przesłanek ciężkiego przebiegu COVID-19.

7.8. Z inicjatywy RPP wspólnie z GIS opracowano wytyczne epidemiologiczne dla funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (w wyniku monitoringu Rzecznika, w tym wystąpień do Przewodniczących Komisji, pozyskano informacje o trudnościach w ponownych ich uruchomieniu po okresie zawieszenia postępowań).

7.9. Rzecznika Praw Pacjenta monitorował także prawidłowość realizacji przysługującego pacjentowi prawa do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza w czasie stanu epidemii. Z uwagi na charakter spraw rozpatrywanych przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta, sprawy te powinny być dalej rozpatrywane w czasie epidemii i być wyłączone z postępowań, w których doszło do zawieszenia biegu terminów. W tej sprawie poinformowano o stanowisku Ministerstwo Zdrowia.

W ramach struktur Biura Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonują Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Z uwagi na szczególną materie i odrębności problemów dziedziny psychiatrii, Rzecznik Praw Pacjenta ze szczególną uwagą analizował problemy tej grupy pacjentów podczas pandemii.

Wystąpienia systemowe w obszarze psychiatrii

1. Zastrzeżenia do działań sądów w czasie pandemii

Na początku pandemii doszło do wstrzymania przebiegu spraw sądowych, w tym o zatrzymanie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody. Po interwencji Rzecznika, Ministerstwo Sprawiedliwości przygotowało zasady obowiązujące w czasie pandemii, a sprawy o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody zostały potraktowane jako priorytetowe. Szpitale wspólnie z sądami wypracowały rozwiązania, które okazały się dla nich najlepsze.

1.1. Rzecznik wystąpił do Ministerstwa Sprawiedliwości z prośbą o wypracowanie konkretnych działań na czas pandemii oraz sygnalizował, aby sprawy o pobyt w szpitalu psychiatrycznym bez zgody były sprawami priorytetowymi.

1.2. Wystąpienie do wszystkich podmiotów leczniczych z informacją o dobrych praktykach i informacji, w jaki sposób będą działać sądy w czasie pandemii.

2. Wstrzymanie dostarczania paczek pacjentom

Biuro powzięło informację, że paczki dla pacjentów od ich bliskich nie są im dostarczane w niektórych podmiotach leczniczych. W większości z nich znaleźć można środki higieny osobistej i rzeczy niezbędne do funkcjonowania na oddziale – tym bardziej w dobie pandemii, gdzie wydawanie przepustek i odwiedziny zostały wstrzymane. W niektórych placówkach pojawiły się sklepy obwoźne, w innych zmniejszono opłatę za wynajem, aby ceny produktów uległy zmniejszeniu, po to, by pacjenci mieli dostęp do najpotrzebniejszych rzeczy.

2.1. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego sprawdzili, czy w placówkach, w których pełnią funkcję pojawił się taki problem i apelowali o stosowane rozwiązania.

2.2. Wystąpiono do wszystkich podmiotów leczniczych z propozycjami dobrych praktyk, które zagwarantują przestrzeganie praw pacjentów, jednocześnie nie narażając nikogo na niebezpieczeństwo.

3. Kontakt z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Podczas pandemii większość urzędów przeszła na pracę zdalną. W związku z obostrzeniami związanymi z koronawirusem, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego również zmuszeni zostali do opuszczenia placówek, w których pełnili swoje funkcje. Nowe rozwiązanie organizacyjne pozwoliło na stały kontakt z pacjentami w sposób telefoniczny i mailowy, w związku z brakiem możliwości pojawienia się pracowników Biura na oddziałach.

3.1. Wystąpienie do wszystkich psychiatrycznych podmiotów leczniczych z informacją o aktualnej organizacji pracy Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

3.2. Poinformowanie o dyżurach Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w placówkach, w których nie ma Rzeczników na stałe.

4. Problem z odwiedzinami i przepustkami, dobre praktyki

Na bieżąco monitorowano, co dzieje się na oddziałach psychiatrycznych w całej Polsce. Pojawił się problem z planowanymi przyjęciami – zostały one wstrzymane całkowicie lub maksymalnie ograniczone. Choć takie rozwiązanie ma na celu uniknięcia przyjęcia zakażonej osoby do placówki medycznej, jest problemem dla pacjentów potrzebujących pomocy i oczekujących już długi czas. Może to również prowadzić do sytuacji, że wielu pacjentów i tak trafi na oddział psychiatryczny, jednak jako przypadek pilny, jeśli właściwa pomoc nie zostanie mu udzielona w porę. Choć umożliwienie udzielania porad za pomocą elektro-

nicznych środków komunikacji jest ważnym i pomocnym rozwiązaniem, wielu pacjentów potrzebuje opieki całodobowej.

4.1. Przeanalizowano dane z podmiotów leczniczych i zaproponowano jednostkom utworzenie 14-dniowej kwarantanny na oddziale obserwacyjnym i badanie na obecność koronawirusa przed przyjęciem na oddział.

5. Pomoc w uzyskaniu środków ochrony osobistej dla podmiotów psychiatrycznych

Wśród wielu nawarstwiających się trudności organizacyjnych wyróżnia się problem braku środków ochrony osobistej. Dotyczy on zarówno personelu medycznego i pomocniczego, jak i podopiecznych. Brakuje środków w placówkach stałego i długoterminowego pobytu.

5.1. Na bieżąco gromadzono dane, w których podmiotach i jakich środków ochrony osobistej potrzebują placówki.

5.2. Wystąpiono do Prezesa Agencji Rezerw Materiałowych z prośbą o podjęcie starań mających na celu uzupełnienie braków, załączając listę podmiotów.

5.3. Wspierano placówki m.in. informacją, gdzie oprócz ARM mogą uzyskać dodatkowe wsparcie w postaci potrzebnych środków.

6. Wytyczne w sprawie pacjentów psychiatrycznych zarażonych wirusem SARS-CoV-2

Potrzeba wypracowania jednolitych procedur oraz rekomendacji dotyczących postępowania z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, w związku z szeroko rozumianą profilaktyką działań, diagnostyką i koniecznością leczenia wywołaną wirusem SARS-CoV-2.

6.1. Wystąpienie do Ministra Zdrowia z prośbą o wypracowanie jednolitych zasad dotyczących szpitali, do których ma być przewieziony pacjent psychiatryczny zarażony koronawirusem i wypracowanie jednolitych zasad zachowania personelu w przypadku kontaktu z osobą zakażoną.

7. Wsparcia psychologicznego dla uczniów

7.1. Wystąpienie do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o zapewnienie wsparcia psychologicznego dla uczniów w czasie ogólnopolskiej kwarantanny.

8. Rozszerzenie katalogu osób uprawnionych do robienia zakupów w godzinach dla seniorów między 10 a 12

8.1. Wystąpienie do Ministra Zdrowia oraz Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o umożliwienie pracownikom socjalnym pomagającym osobom starszym i z zaburzeniami psychicznymi zrobienia zakupów dla podopiecznych między godziną 10 a 12 – w godzinach dla seniorów (z uwagi na fakt iż te godziny ustalone były wcześniej).

POSTĘPOWANIA W SPRAWACH O NARUSZENIE ZBIOROWYCH PRAW PACJENTA

Od marca do września 2020 roku Rzecznik Praw Pacjenta wszczął 65 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w tym 40 postępowania dotyczące kwestii związanych z ogłoszonym stanem epidemii. Tym samym, we wskazanym okresie aż 61,5% wszczętych postepowań związanych było z problemami stanu epidemii. Poniższe zestawienie przedstawia najważniejsze problemy w ocenie Rzecznika, które uprawdopodabniały naruszenie zbiorowych praw pacjentów.

Tabela 7. Wybrane postępowania w sprawach naruszających zbiorowe prawa pacjentów – w związku z ze stanem epidemii

NARUSZANY PRZEPIS	OPIS ZAGADNIENIA	UWAGI
Art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Oferowanie pacjentom przez podmiot leczniczy niesprawdzonych metod leczenia koronawirusa, bez potwierdzonej skuteczności.	Rzecznik Praw Pacjenta **uznał za praktykę** polegającą na oferowaniu świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, o których mowa w wysłanej przez podmiot leczniczy do pacjentów wiadomości tekstowej o treści: *Koronawirus? Ochroń się i obroń przed wirusami i przeziębieniem! Wlewy witaminowe i ozonoterapia* za naruszającą zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy, oraz stwierdził zaniechanie jej stosowania.
Art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Pobieranie od pacjentów korzystających ze świadczeń stomatologicznych w ramach NFZ opłaty „dezynfekcyjnej".	Od pacjenta leczonego w ramach NFZ nie można pobierać dodatkowych opłat. Zdarzały się przypadki, że świadczeniodawcy od pacjentów chcieli pobrać tego typu opłaty i RPP stwierdzał w tym zakresie stosowanie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów.
Art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Ogólne zastrzeżenia do warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie epidemii, w szczególności w szpitalach – brak przestrzegania procedur sanitarnych, brak zapewnienia środków ochrony indywidualnej, pojawianie się ognisk zakażeń.	Trwa analiza materiału.

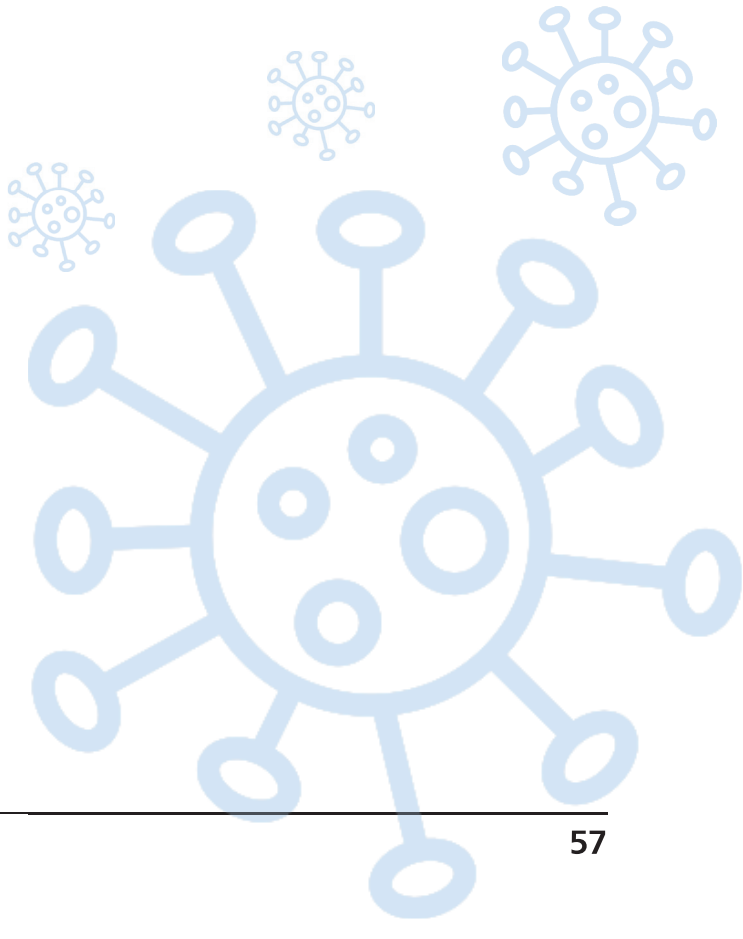
cd. tabeli

NARUSZANY PRZEPIS	OPIS ZAGADNIENIA	UWAGI
Art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Uzależnienie odwiedzin u pacjentów będących w ciężkim stanie zdrowia od przedstawienia przez osobę bliską negatywnego testu na koronawirusa	Rzecznik Praw Pacjenta **uznał za praktykę** stosowaną przez podmiot leczniczy, polegającą na: uzależnieniu odwiedzin w szpitalu od przedstawienia przez osobę odwiedzającą pacjenta w stanie zagrożenia życia wyniku badania w kierunku przeciwciał neutralizujących wirusa SARS-CoV-2 lub ujemnego wynik testu PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2 (w przypadku posiadania przez osobę odwiedzającą ujemnego wyniku badania przeciwciał normalizujących wirusa SARS-CoV-2),- za naruszającą zbiorowe prawo pacjentów do kontaktu osobistego z innymi osobami, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ww. ustawy oraz stwierdził zaniechanie jej stosowania.
Art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej: brak możliwości odbycia osobistej wizyty w przychodni, kiedy stan zdrowia tego wymaga, brak możliwości kontaktu telefonicznego z podmiotem, niemożność zarejestrowania się na teleporadę na dzień inny niż bieżący	Trwa analiza materiału.
Art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Rutynowe separowanie dzieci od matek po porodzie, urodzonych drogą cesarskiego cięcia.	Rzecznik Praw Pacjenta **uznał, że praktyka** stosowana w jednym ze szpitali z województwa łódzkiego polegająca na oddzielaniu (separowaniu) matek od ich nowonarodzonych dzieci, urodzonych drogą cesarskiego cięcia, do czasu uzyskania negatywnego wyniku testu na obecność u matki koronawirusa narusza zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Tylko przesłanki medyczne, w tym podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia, mogą uzasadniać oddzielenie matki od dziecka. W pozostałych sytuacjach takie postępowanie będzie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a także standardami organizacyjnymi opieki okołoporodowej określonymi przez Ministra Zdrowia. Pierwsze kontakty po urodzeniu są niezwykle ważne, zarówno dla matki, jak i dziecka. Ograniczenia w tym zakresie mogą występować jedynie w wyjątkowych, uzasadnionych sytuacjach.

cd. tabeli

NARUSZANY PRZEPIS	OPIS ZAGADNIENIA	UWAGI
Art. 21 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Uzależnienie porodu rodzinnego od przedstawienia przez osobę bliską negatywnego testu na obecność koronawirusa (nie starszego niż 5 dni)	Rzecznik Praw Pacjenta **uznał, że praktyka** polegająca na wymaganiu od osób mających towarzyszyć pacjentkom przy porodzie przedstawienia aktualnego wyniku testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 wywołującego Covid-19, z okresu nie dłuższego niż maksymalnie 5 dni przed dniem zgłoszenia się do porodu, narusza zbiorowe prawo pacjentów do obecności osób bliskich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
Art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Zobowiązywanie pacjentów (ich przedstawicieli ustawowych) do podpisywania oświadczeń o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń w przypadku możliwego zakażenia się w podmiocie leczniczym koronawirusem.	Stwierdzono stosowanie praktyki i uznano zaniechanie.

Nadto warto podkreślić, że Rzecznik Praw Pacjenta informował również prokuraturę i inne właściwe organy w związku z działalnością przedsiębiorców, niebędących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, oferujących niesprawdzone metody leczenia na koronawirusa.



WNIOSKI

Na wstępie należy zauważyć, iż rodzaj ujawnionych trudności w funkcjonowaniu ochrony zdrowia zależny był od czasu trwania epidemii i podejmowanych decyzji w przedmiocie kształtu systemu ochrony zdrowia. Problemy odnotowywane podczas ogłoszenia stanu zagrożenia epidemiologicznego, a następnie na początku stanu epidemii częściowo zmieniły charakter w późniejszym okresie jej trwania. W marcu i kwietniu wiele zgłoszeń, zarówno pochodzących od pacjentów, jak i podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, dotyczyło: braków dostępności środków ochrony indywidualnej (maseczek) dla personelu i pacjentów; dezinformacji związanej ze zmianami w organizacji pracy systemu ochrony zdrowia (w tym z wykluczeniem tzw. szpitali jednoimiennych z listy ogólnodostępnych świadczeniodawców i kwarantanny części oddziałów podmiotów leczniczych, oraz zmianą organizacji przychodni działających w trybie ambulatoryjnym); odwoływaniem konsultacji i badań wymagających osobistego stawiennictwa pacjenta w podmiocie leczniczym, a także trudności w kontakcie telefonicznym z inspekcją sanitarną.

Opisując okres początku epidemii należy mieć na uwadze, że w marcu 2020 roku nadal otrzymywano niejednolite wiadomości o SARS-CoV-2 i COVID-19. Dochodzące z różnych części świata informacje o prowadzonych badaniach (m.in. w zakresie wpływu na człowieka, potencjalnych sposobach leczenia, a nawet diagnostyki) często opierały się na gorszej jakości danych, niż zwykle akceptowalne są w ramach „medycyny opartej na faktach" czyli medycyny opartej na wiarygodnych danych naukowych (evidence-based medicine). W tych warunkach dezinformacja jest bezpośrednio związana z procesem, jakim jest analiza nowego patogenu odpowiedzialnego za infekcje.

Zauważyć należy, iż 27 marca 2020 roku Ministerstwo Zdrowia zleciło w trybie nadzwyczajnym Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji przygotowanie wytycznych w COVID-19. Ich publikacja nastąpiła pod koniec kwietnia (wersja opublikowana do uwag) i stanowiła szczegółowe opracowanie dostępnych wiadomości przy udziale wybitnych polskich specjalistów (wraz z próbą analizy wiarygodności źródła informacji w tym określenia próby tj. liczebności grupy badanych). Powyższe wskazuje, jak trudno jest działać w sytuacji pandemii nowego, nieznanego wirusa. Brak wypracowanej ścieżki leczenia przekładał się na zwiększoną ostrożność w postępowaniu personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Trudności w komunikowaniu pacjentom jasnych informacji skutkowały zaś bardzo dużym poczuciem ich zagubienia. Konkludując, elementem stanu epidemii będzie niedobór lub nawet czasami sprzeczność informacji kierowanych do pacjentów. System ochrony zdrowia w takiej sytuacji ma dwa zadania: zapewnić płynność udzielania świadczeń zdrowotnych dotychczasowym grupom chorych i wymagających diagnozy, a także określić sposób funkcjonowania w obliczu nowego zagrożenia epidemiologicznego. Natomiast organy zarządzające systemem (w tym

urzędy centralne) powinny wypracować precyzyjny, wspólny sposób komunikacji zarówno potencjalnych wyzwań związanych z epidemią konkretnej jednostki chorobowej, jak i proponowanych rozwiązań. Warto również rozważyć okresowe informowanie pacjentów o skutkach podjętych działań i przyczynach koniecznych zmian w strategii postępowania (które to zmiany są oczekiwanym i naturalnym procesem wynikającym z pozyskiwania nowych informacji o wirusie, a także sposobach zarządzania kryzysem przez niego wywołanym).

Jednocześnie, najpoważniejszym wyzwaniem dla społeczeństwa (zarówno pacjentów, jak i personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych) będzie moment zmiany organizacji dotychczas przyjętych schematów postępowania. W tym zakresie najwcześniej można obserwować trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Z uwagi na fakt, iż ponownie zweryfikowano strategię w postępowaniu w epidemii COVID-19[1], w ocenie Rzecznika można spodziewać się wzrostu liczby sygnałów zgłaszanych przez pacjentów jesienią.

Podsumowując problemy pacjentów w okresie trwania epidemii obejmującym okres marzec-wrzesień br., należy wskazać, iż doszło do zauważalnego wzrostu sygnałów kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta[2] pomimo tego, że część pacjentów decyduje się nie informować o napotkanych ograniczeniach w realizacji praw pacjentów. Powodem powyższego może być obawa przed pogorszeniem się kontaktów ze przychodnią/szpitalem lub konkretnymi przedstawicielami środowiska medycznego.

Zgłaszane sygnały w zakresie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnej dotyczyły m.in.:

- braku kontaktu z przychodniami (trudności w rejestracji – numer jest zajęty lub telefon nie jest odbierany, brak możliwości zarejestrowania za pomocą środków komunikacji elektronicznej);
- niemożliwości uzyskania świadczenia w dniu zgłoszenia/w stanie pogorszenia się zdrowia pacjenta;
- wątpliwości, czy udzielanie teleporad jest wystarczające do postawienia prawidłowej diagnozy;
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego (związanego często z odwołaniem lub jego zmianą spowodowane stanem epidemii);
- działalności przychodni, w szczególności ograniczenia przez niektóre przychodnie do realizowania wyłącznie teleporad (co skutkowało brakiem możliwości osobistego kontaktu pacjenta z lekarzem);
- ograniczonego dostępu do diagnostyki – mimo posiadania skierowania niektóre podmioty odmawiały wykonania badania lub wskazywały na konieczność jego uzupełnienia (co w warunkach trudności z poleczeniem telefonicznym bywało trudne).

[1] Niniejsze opracowanie nie dokonuje oceny przyjętych strategii postępowania z wirusem, albowiem powyższe pozostaje poza jego zakresem.

[2] Tabela nr 1 raportu

W zakresie pozostałych praw pacjenta należy zauważyć, że pojawiały się problemy w przedmiocie:

- ograniczenia porodów rodzinnych;
- zakazu lub znacznego ograniczenia odwiedzin u pacjentów niezakażonych COVID-19 – kwestia ta jest szczególnie ważna dla rodzin pacjentów przebywających w podmiotach leczniczych długoterminowo;
- braku możliwości przekazywania paczek z rzeczami osobistymi i artykułami żywnościowymi dla pacjentów przebywających długoterminowo w szpitalach psychiatrycznych;
- niedostatecznej informacji dla pacjentów ze strony podmiotów leczniczych o nowych zasadach organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

Reasumując, w zakresie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych zgłoszenia w przeważającej mierze dotyczyły braku lub ograniczenia dostępności do świadczeń we wszystkich zakresach. Pojawiały się również wątpliwości co do należytej staranności w udzielonej teleporadzie, która jako nowe rozwiązanie organizacyjne była przez system dopiero wdrażana. Nadto, doszło do znacznego ograniczenia, a w wielu miejscach również zakazania odwiedzin pacjentów przez rodziny, bez względu na ocenę stopnia zagrożenia epidemiologicznego. Zakaz był wprowadzany automatycznie, bez próby poszukiwania możliwości realizacji kontaktów pomimo ich terapeutycznego charakteru. Jednocześnie, niektóre podmioty lecznicze nakazywały osobie towarzyszącej pacjentowi poddanie się obligatoryjnie testowi na COVID-19, przy czym większość podmiotów obecnie nie wymaga już wyniku badania przy przyjęciu (co wiązało się z ponoszeniem uprzednich opłat przez pacjenta lub jego rodzinę). W przeciwieństwie do lat ubiegłych, w chwili obecnej najwięcej sygnałów dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej, następnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego (które klasyfikuje się w tym zestawieniu dopiero na 3 miejscu).

Zaznaczyć w tym miejscu należy, iż zgodnie z art. 5 ustawy 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 praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 ustawy, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Rzecznik stoi na stanowisku, iż powyższe ograniczenie nie może polegać na całkowitej rezygnacji z realizacji praw pacjenta, chyba że ustawa wprost umożliwia takie postępowanie (jak ma to miejsce m.in. w przypadkach udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta). W zakresie oceny możliwości realizacji danego prawa pacjenta niezbędne jest zastosowanie zindywidualizowanej oceny przez kierownika podmiotu leczniczego lub wyznaczoną przez niego osobę, przy uwzględnieniu stopnia zagrożenia epidemiologicznego (który się w ciągu ostatnich miesięcy zmieniał w skali ogólnopolskiej i lokalnej).

Jednocześnie, jako zjawiska pozytywne należy wskazać m.in. przyjęcie strategii w związku ze spodziewanym okresem zachorowań na choroby wirusowe[3] (w tym również roz-

[3] Nie można jednak ocenić funkcjonowania strategii gdyż powyższe może być przedmiotem opracowania z II połowy 2020 roku.

szerzenie uprawnień lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o możliwość zlecania testów na COVID-19, co było postulowane przez ekspertów); przygotowanie „ścieżki pacjenta" ze zdiagnozowanym COVID-19, popularyzacja Internetowego Konta Pacjenta i Telefonicznej Informacji Pacjenta jako jednego numeru obsługującego wszystkich interesantów systemu ochrony zdrowia, a także wdrożenie narzędzi e-zdrowia, w tym teleporad. Zauważyć należy, iż pomimo wątpliwości odnośnie nowego rozwiązania technologicznego, pacjenci oceniają możliwość wykonania teleporady pozytywnie, a część podmiotów leczniczych wprowadziło dobre praktyki w ich organizacji (m.in. wydzielając odpowiednią do ilości pacjentów liczbę stanowisk i sposobów rejestracji, a także stosując zasadę skierowania doświadczanego członka personelu medycznego do realizacji takich porad). Obecnie głównym problemem pozostaje możliwość skorzystania z rejestracji do świadczeń, a zatem zjawisko związane bardziej z organizacją ich udzielania. Rzecznik nie stwierdza całkowitego zawieszenia konsultacji osobistych w poradniach, niemniej ograniczenie możliwości wizyt osobistych budzi niepokój wielu pacjentów i ich rodzin, w szczególności wobec osób które w trakcie rozmowy telefonicznej nie potrafią w precyzyjny sposób komunikować swoich dolegliwości. Brakuje również badań w zakresie, czy rozmowa przebiegająca w takiej atmosferze (na którą również będzie składać się obawa pacjenta związana z epidemią) może przyczynić się do obniżenia stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich. W kontaktach osobistych lekarz jest w stanie zaobserwować, czy pacjent rozumie przekazywane mu zalecenia, w tym również czy należy je powtórzyć. Rozmowa telefoniczna wymaga innych umiejętności miękkich od personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, których – z racji sytuacji – mogli nie zdążyć nabyć. W tym zakresie bardzo ważną rolę pełnić będą samorządy zawodowe, organizując szkolenia merytoryczne dla swoich członków.

Jesienią można spodziewać się następujących trudności: w części przychodni ponownie pojawią się ograniczenia organizacyjne utrudniające lub uniemożliwiające przy wzrastającej liczbie zachorowań. Spowoduje to ograniczenie fizycznych wizyt w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń całodobowo w związku z decyzjami ich kierowników. Brak jest procedur postępowania w przypadku gdy podmiot leczniczy, do którego uczęszczają pacjenci (lub jego oddział) będzie w „kwarantannie" (brak „systemu zastępstw" dla danych świadczeń zdrowotnych jeśli nie są to świadczenia udzielane w stanie nagłym); brak zastępowalności kadr medycznych – zachorowania w instytucjach pomocy i opieki długoterminowej, kumulacji grup pacjentów poszukujących opieki specjalistycznej. Z uwagi na prognozowany wzrost liczby pacjentów z COVID-19, również jakość opieki tej grupy chorych może ulec pogorszeniu (przy założeniu, ze nastąpi wzrost przypadków z ciężkim przebiegiem). W dalszym ciągu newralgicznym punktem systemu pozostanie postepowanie z pacjentem z podejrzeniem zachorowania, ale bez rozpoznania COVID-19, u którego doszło do zaostrzenia choroby współistniejącej. W tym zakresie można spodziewać się sporów kompetencyjnych pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych[4].

Natomiast odnosząc się do kwestii zdrowia publicznego należy zauważyć, iż w dłużej perspektywie czasowej niż II półrocze 2020, istnieje konieczność zaplanowania działań związanych ze zdrowiem psychicznym społeczeństwa, które może ulec pogorszeniu w związku z przeżywanym napięciem emocjonalnym wywołanym epidemią. Niezmierne ważne jest zwiększenie intensywności takich działań jak (przykładowo) cykl „Wsparcie psychologicz-

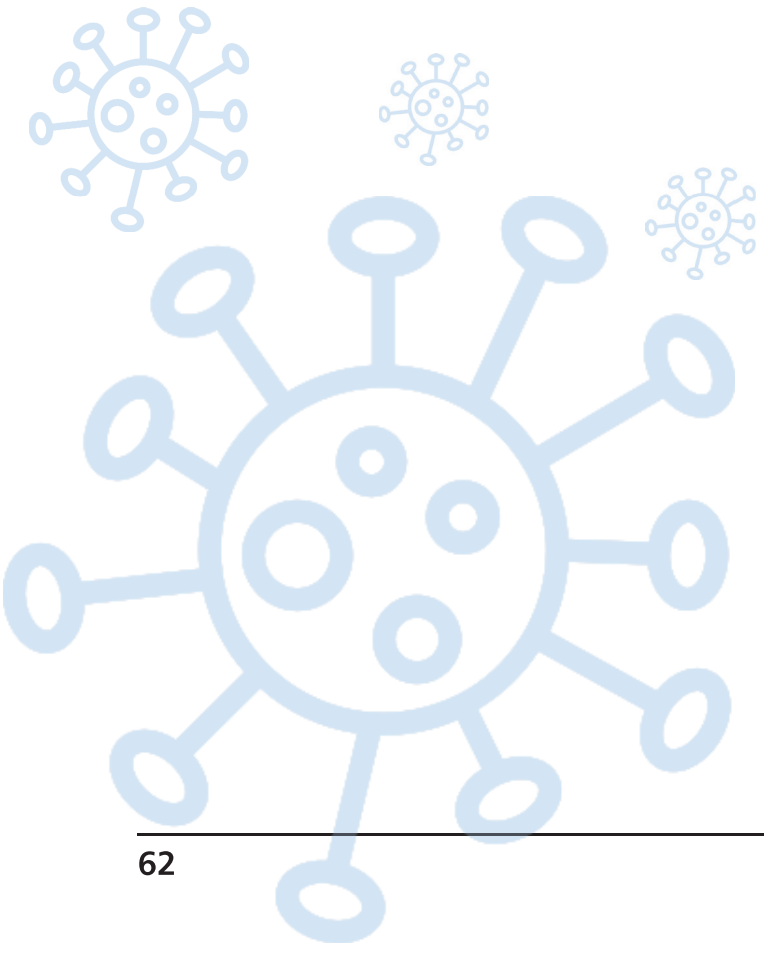
[4] Niniejsze wnioski zakładają niski wzrost liczby przypadków pacjentów wymagających leczenia szpitalnego.

ne w czasie epidemii" w ramach Akademii NFZ. Pilnym problemem będzie również zaadresowanie działań do grupy seniorów, którzy nie zawsze potrafią i chcą korzystać z nowych technologii. Ponadto, należy ponownie wskazywać takie problemy systemu ochrony zdrowia jak niedobory kadr medycznych.

W perspektywie wieloletniej niezbędne będzie również postulowanie zmian w aktach prawnych regulujących kwestie obrony przeciwepidemiologicznej kraju, gdyż obecnie już wiemy, że również w przyszłości możemy spodziewać się cyklicznego zagrożenia epidemią, w związku ze zjawiskiem globalizacji. Takie normy powinny regulować również uprawnienia pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą zakaźną w sposób jednoznaczny. Na dzień wydania niniejszego opracowania Polska nie mierzyła się takimi kwestiami jak m.in. segregacja medyczna pacjentów, godne umieranie w związku ze zdiagnozowaną chorobą zakaźną czy zaniechanie uporczywej terapii. Są to jednak tematy, które należy włączyć do dyskusji publicznej.

Istotna pozostaje sytuacja podmiotów takich jak domy pomocy społecznej, czyli instytucje opieki długoterminowej, które realizują zadania pomocy społecznej, ale w zasadzie powinny być traktowane jako element kompleksowego systemu ochrony zdrowia. Epidemia udowodniła, że podopieczni domów pomocy społecznej są grupą osób, dla których dostępność do świadczeń zdrowotnych ma kluczowe znaczenie.

Podsumowaniem zgłoszeń stanu epidemia pozostają również wytyczne Rady Ekspertów, która w ramach cyklicznych posiedzeń online wskazywała na konieczne do podjęcia działania przez organy zarządzające kryzysem wywołanym epidemią. Stanowią one załącznik do niniejszego raportu i obrazują aktualne problemy systemu.



ZAŁĄCZNIK – REKOMENDACJE RADY EKSPERTÓW PRZY RZECZNIKU PRAW PACJENTA

W dniu 26 lutym 2020 r. Rzecznik ustanowił pierwszą kadencje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. W skład Rady Ekspertów powołano:

- Pan prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński – Przewodniczący Rady.
- Pan prof. dr hab. n. med. Maciej Banach;
- Pani prof. dr hab. n. med. Maria Barcikowska-Kotowicz;
- Pan prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek;
- Pan dr n. med., MBA Jakub Gierczyński;
- Pan prof. dr hab. n. med. Wiesław Jędrzejczak;
- Pani prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska;
- Pan dr hab. n. prawn. Błażej Kmieciak;
- Pani Maria Libura;
- Pani prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas;
- Pan dr n. med. Janusz Meder;
- Pan dr inż. Robert Mołdach;
- Pan prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko;
- Ks. dr Arkadiusz Nowak;
- Pan prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarzyński;
- Pan dr n. med. Piotr Warczyński;
- Pani prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis;
- Pan prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki;
- Pani prof. dr hab. n. med. Maria Załuska;
- Pani lek. med. Anna Gręziak;
- Pani prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska – Pietruszyńska
- Pan prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Rada Ekspertów ma charakter stały, wspomagając Rzecznika doświadczeniem w analizie sytuacji i trendów w ochronie zdrowia – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Jednym z pierwszych działań Rady Ekspertów było wydanie Rekomendacji w zakresie sytuacji w ochrony zdrowia w czasie epidemii COVID-19. Była to reakcja na sygnały kierowane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta. W kolejnym okresie przygotowano aktualizacje rekomendacji Rady.

Rekomendacje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta
„Ochrona zdrowia w czasie epidemii”

W dniu 22 kwietnia 2020 r. obradowała Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Konieczność dyskusji w temacie szeroko pojmowanej ochrony zdrowia społeczeństwa

w związku z zagrożeniem epidemiologicznym pozostaje bezsporna, zwłaszcza że liczba zapytań, skarg i sygnałów kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wzrosła. Zgodnie z ostatnimi informacjami przekazanymi przez Ministra Zdrowia, stan epidemii może potrwać do czasu wprowadzenia szczepienia ochronnego, a zatem znacznie dłużej niż oczekiwano. Tym samym, na podstawie wniosków z przedmiotowego posiedzenia, doceniając również pozytywne zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia (m.in. przyspieszoną edukacje zarówno pacjentów jak i personelu medycznego w obsłudze rozwiązań teleinformatycznych wdrażanych do systemu w ciągu ostatnich lat) należy wystosować następujące rekomendacje.

I. Organizacja świadczeń systemu ochrony zdrowia

Przeważającym problemem pacjentów w okresie marzec-kwiecień 2020 roku pozostawał dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w nowej organizacji ochrony zdrowia. Świadczenia wykonywane w związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19 nie mogą wpływać na płynność udzielania pozostałych świadczeń zdrowotnych. Osoby zarażone lub narażone na zakażenie SARS-CoV-2 powinny stanowić tylko jeden z priorytetów zdrowotnych obecnej polityki ochrony zdrowia, w przeciwnym wypadku wzrośnie liczba zgonów możliwych do uniknięcia w przypadku udzielenia pomocy medycznej we właściwym czasie.

Tym samym rekomenduje się:

1. **Przywrócenie pełnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dla pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi.**

Powyższe pozostaje niezbędne zarówno w zakresie medycyny interwencyjnej, jak również wykonywania zabiegów planowych i diagnostyki we wszystkich rodzajach świadczeń gwarantowanych. Przypomnieć należy, iż choroby układu krążenia stanowią pierwszą przyczynę zgonów w Polsce (od wielu lat obserwujemy średnią zgłaszalność na poziomie ponad 40%), natomiast nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (ok. 25 %). Tym samym, ww. obszary w pierwszej kolejności powinny zostać przywrócone do stanu poprzedniego.

2. **Wdrożenie ogólnych wytycznych dla postępowania z pacjentami ambulatoryjnej opieki i lecznictwa szpitalnego w dziedzinach innych niż zakaźne.**

W chwili obecnej wydano nowe wytyczne i zalecenia w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym i organizacji opieki w COVID-19. Niezbędne jest również przygotowanie wytycznych organizacyjnych dla funkcjonowania świadczeń poza pionem medycyny związanym z ograniczeniem epidemii COVID-19. Obecnie organizacja udzielania tych świadczeń zależy w przeważającej mierze od kierowników podmiotów leczniczych. Biorąc pod uwagę skale wyzwania, nie wszystkie wdrażane praktyki będą właściwe. Opracowanie dokumentu na poziomie centralnym zarządzania w ochronie zdrowia (np. przez Ministerstwo Zdrowia lub inny wskazany organ centralny) pozwoli na uniknięcie różnic w traktowaniu pacjentów pomiędzy poszczególnymi województwami, pomo-

że w prawidłowym zarządzaniu ochroną zdrowia ludności i zmniejszy skale naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Z doświadczeń Biura Rzecznika wynika, iż często przedmiotowe naruszenia związane są właśnie z niewłaściwą organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych. Nowa sytuacja nie sprzyja szybkiemu przekazywaniu dobrych praktyk zarządczych pomiędzy podmiotami wykonującymi świadczenia zdrowotne. W szczególnych przypadkach wskazane jest rozważenie postępowania na zasadach zarządzania kryzysowego.

3. W postępowaniu z COVID-19, biorąc pod uwagę najnowsze wnioski Ministerstwa Zdrowia w zakresie przewidywanego czasu trwania epidemii, proponuje się przyjęcie strategii długoterminowej organizacji ochrony zdrowia w stanie epidemii.

Przy wypracowaniu strategii należy uwzględnić głosy szerokiego grona eksperckiego, a także, analogicznie jak zostało to przyjęte przy dokumencie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji *Zalecenia w COVID-19*, należy umożliwić zgłaszanie uwag za pośrednictwem kanałów komunikacji elektronicznej, co pozwoli na przeprowadzenie konsultacji w sposób ograniczający zagrożenie epidemiologiczne. Przedmiotowa strategia powinna w szczególności:

- zdefiniować rolę podstawowej opieki zdrowotnej w opiece nad pacjentami z podejrzeniem COVID-19;
- określić jak wykorzystywać potencjał szpitali jednoimiennych, które przed epidemią były ośrodkami leczenia wielu grup pacjentów, a obecnie ich obciążenie bywa nierównomierne;
- zobowiązać wojewodów do określenia na poziomie poszczególnych województw i powiatów, które podmioty lecznicze będą udzielać świadczeń zdrowotnych w czasowym zastępstwie tych podmiotów, których oddziały zostaną poddane kwarantannie;
- promować dalszy rozwój rozwiązań teleinformatycznych w ochronie zdrowia;
- uwzględnić w strategii postepowania wobec grup szczególnie narażonych na zachorowania, ale również zagrożonych wykluczeniem wobec stosowania rozwiązań telemedycyny

4. W przedmiocie przeciwdziałaniu COVID-19.

Należy pozytywnie ocenić wydzielenie tzw. szpitali zakaźnych. W zakresie kontynuacji przyjętej strategii ograniczenia zagrożenia epidemiologicznego, rekomenduje się:

- dla realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych pozostaje istotnym, aby wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia mieli dostęp do środków ochrony osobistej (zarówno personel jak i pacjenci);
- należy poszerzyć możliwość przesiewowego testowania personelu medycznego, jak i pacjentów przyjmowanych do szpitali z innego powodu niż podejrzenie COVID-19, a także ustalić schemat monitorowania pacjentów w tych podmiotach leczniczych pod kątem zarażenia;

Zakładając coraz wyższą dostępność komercyjnych testów:

– Ministerstwo Zdrowia lub inny organ centralny powinien wydać przystępny i krótki dokument wytycznych dla personelu medycznego co do wiarygodności poszczególnych ro-

dzajów testów, zawierający także algorytm postępowania w przypadkach wątpliwych, a następnie wspólnie z samorządami zawodowymi zobowiązać personel do zapoznania się z dokumentem w ramach systemu podnoszenia kwalifikacji zawodowych
– Ministerstwo Zdrowia lub inny organ centralny powinien wydać przystępny i krótki dokument wytycznych kierowany do pacjentów co do wiarygodności poszczególnych rodzajów testów, który następnie powinien być upowszechniany przez wszystkie organy administracji rządowej i samorządowej
– postepowanie to powinno mieć charakter cykliczny, a informacje winny być modyfikowane stosownie do postępu wiedzy w tym zakresie.

II. Rekomendacje w zakresie polityk publicznych

1. W związku z epidemią COVID-19 niezbędna będzie aktualizacja dokumentów strategicznych, w tym również regionalnych programów polityki zdrowotnej.

Skala zmian zachodzących w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństwa w związku z epidemią (w tym również oszacowanie jej skutków) nie są w chwili obecnej możliwe do przewidzenia, biorąc w szczególności pod uwagę trudność w przeprowadzeniu badań na reprezentatywnej grupie osób. Niemniej jednak wniosek o konieczności dokonania aktualizacji potrzeb i dostępnych zasobów w ochronie zdrowia ludności został postawiony na podstawie bieżącej obserwacji doniesień m.in. o możliwym pogorszeniu się stanu zdrowia psychicznego.

2. Należy rozważyć prowadzenie przez organ administracji państwowej na szczeblu centralnym rachunku ewidencyjnego (“Public Value Account”).

Przedmiotowa analiza określałaby korzyści i straty związane z potencjalnymi ingerencjami w politykę państwa (w szczególności: utracone/uratowane życia, miejsca pracy, koszty dla państwa, biznesu, obywateli, praw człowieka, wzrost nierówności w zdrowiu). Takie narzędzie analityczne ułatwiałoby podejmowanie decyzji w zakresie konkretnych zarządzeń związanych ze stanem epidemii. Zapobiegało by także negatywnym skutkom zdrowotnym wprowadzonych i wprowadzanych ograniczeń w zakresie życia osobistego, zawodowego, społecznego i publicznego Polaków

III. Wnioski w toku epidemii COVID-19 w odniesieniu do poszczególnych grup obywateli, związane z nową perspektywą czasu jej trwania

1. Sytuacja osób starszych.

- Strategia proponowana dla osób starszych, tj. ograniczenie aktywności życiowej, może długoterminowo skutkować pogorszeniem się stanu zdrowia seniorów, dla których ruch jest istotnym elementem, wpływającym na ogólne samopoczucie i zdrowie.

Wobec nowych informacji o czasie trwania epidemii, ważne pozostaje zdefiniowanie możliwości wykonywania rehabilitacji geriatrycznej, aktywności ruchowej, a także promowa-

nie kontaktów międzyludzkich za pośrednictwem spotkań na odległość celem ograniczenia objawów depresji u osób starszych.

- Przekazywane informacje w mediach ogólnodostępnych nie są dostosowane do osób, u których występują objawy otępienne.

W zakresie przygotowania komunikatów dla tej grupy pacjentów, należy brać pod uwagę, iż część osób zamieszkuje w jednoosobowych gospodarstwach domowych.

2. Domy pomocy społecznej jako instytucje opieki o charakterze terapeutycznym.

- Konieczne jest zwrócenie uwagi na sytuację domów pomocy społecznej i przygotowanie wytycznych organizacyjnych mających na celu zminimalizowanie ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, w tym opracowane kompleksowych, nowych procedur oraz standardów, a w ślad za tym zabezpieczenie kadrowe, sprzętowe i materiałowe.
- Założenie przyjęte przez ustawodawcę, że domy pomocy społecznej pełnią głównie funkcje opiekuńczą, wymaga korekty. W tych instytucjach przebywają osoby wymagające wzmożonego nadzoru medycznego, a zatem są to instytucje pośredniczące pomiędzy polityką społeczną, a ochroną zdrowia. Ostatnie problemy osób przebywających w DPS udowodniły, iż nie można mówić o rozdziale zarządzenia pomocą społeczną i opieką zdrowotną.

3. Problemy opiekunów osób z niepełnosprawnością.

o Obecnie, pacjenci z tej grupy pozostają często bez możliwości kontynuowania terapii zajęciowych. Powyższe ma duży wpływ na pogorszenie się ich stanu zdrowia, a także zwiększa ryzyko wystąpienia kryzysów psychicznych w rodzinach pozbawionych zinstytucjonalizowanego wsparcia – w modelu polityki dystansowania społecznego.

o Należy również przygotować strategie na wypadek zachorowań opiekunów takich osób, celem uniknięcia sytuacji, w której osoba niepełnosprawna pozostanie bez opieki.

4. Sytuacja pacjentów onkologicznych.

o W zakresie leczenia chorób onkologicznych istotny pozostaje czas wdrożenia poszczególnych jego etapów, a tym samym zapewnienie ciągłości pracy poszczególnych podmiotów leczniczych. Należy rozważyć określenie awaryjnych ośrodków w poszczególnych powiatach, województwach, a także zapewnienie transportu pomiędzy tymi ośrodkami – zarówno w zakresie polityki ochrony zdrowia, jak również polityki transportu publicznego (czasowe połączenia pomiędzy podmiotami leczniczymi poddawanymi kwarantannie).

o Pacjenci powinni mieć zagwarantowany dostęp do zalecanej przez standardy kliniczne terapii – zarówno w aspekcie kontynuacji rozpoczętego leczenia, jak i w przypadku nowych zachorowań.

Rekomendacje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta
„Ochrona zdrowia w czasie epidemii"

Aktualizacja

Odbyło się zdalne posiedzenie Rady Ekspertów, poświęcone zaktualizowaniu Rekomendacji Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta wydanych na posiedzeniu w dniu 22 kwietnia 2020 r. w temacie: *„Ochrona zdrowia w czasie epidemii"*. W związku z powyższym, uwzględniając obecny stan rozwoju epidemii, a także przewidywania co do II fali epidemii, Rada Ekspertów zauważa co następuje:

1. Realne pozostaje zagrożenie, że w okresie jesiennym nastąpi kolejny rzut epidemii.

1.1. Postęp w proponowanej terapii dla pacjentów z COVID-19 jest zauważalny, jednakże w dalszym ciągu nie wypracowano narzędzia, poza dystansowaniem społecznym i środkami ochrony indywidualnej, które ograniczyłoby skalę zachorowań.

1.2. Za takie narzędzie uznaje się szczepionkę, jeśli zostanie skutecznie opracowana. W tym kontekście należy podnieść zjawisko ruchu przeciwników szczepień jako potencjalnego zagrożenia zdrowia publicznego, a także rolę celebrytów, którzy swoimi opiniami niepopartymi wiedzą medyczną wpływają negatywnie na temat. Należy zatem inicjować działania zwracające uwagę na odpowiedzialność przekazów medialnych w odniesieniu do ich wpływu na zdrowie publiczne.

2. Konieczne jest zintensyfikowanie działań prowadzących do ponownego uruchomienia właściwych zachowań społecznych na jesieni.

2.1. Nastąpiła zbyt duża liberalizacja w zakresie braku kontroli nad noszeniem maseczek w miejscach, w których wirus może się utrzymywać.

2.2. Należy utrzymać obowiązek stosowania środków ochrony indywidualnej i dezynfekcji rąk (co najmniej w podmiotach leczniczych, obszarach handlowych i sklepach, środkach transportu).

2.3. Niezbędna jest szeroko zakrojona działalność informacyjna skierowana do ogółu społeczeństwa z wyjaśnieniem konieczności stosowania ograniczeń, gdyż tylko zrozumienie i powszechna akceptacja pozwolą na ograniczenie poziomu zachorowań. Przekaz płynący ze strony władz publicznych musi być zrozumiały i konsekwentny, zarówno na szczeblu ogólnokrajowym jak i wojewódzkim.

3. Pacjenci z podejrzeniem zachorowania na COVID-19 otrzymali konkretną ścieżkę postępowania i zdefiniowane procedury. Natomiast błędy organizacyjne w zakresie odnalezienia się systemu opieki zdrowotnej wobec pacjentów, których istotnym problemem nie pozostawało zachorowanie na COVID-19, a choroba zasadnicza, zostały skorygowane tylko częściowo.

3.1 Organizacja pracy podmiotów leczniczych nadal utrudnia kontynuacje terapii pacjentów przewlekle chorych. Dlatego działalność podmiotów leczniczych w wyższym niż dotychczas stopniu powinna zostać uzależniona od indywidualnej oceny zagrożenia w konkretnym podmiocie leczniczym, co pozwoli na większą elastyczność w zakresie podejmowanych decyzji terapeutycznych wobec pacjentów.

3.2 Sytuacje indywidualnych pacjentów nie są miarą funkcjonowania całego systemu, ale pozwalają na określenie, w którym miejscu system wymaga naprawy. Należy w związku z powyższym kontynuować przez organy władzy publicznej monitoring skarg i wniosków zgłaszanych w tym okresie.

4. W związku z możliwą drugiej falą epidemii, powinna zostać przyjęta strategia przeciwepidemiczna, określająca różne scenariusze działania.

4.1 W szczególności istotnym jest projektowanie funkcjonowania poszczególnych podmiotów leczniczych w przypadku, gdy z powodu wykrycia zachorowania na COVID-19 część komórek organizacyjnych lub personelu zostanie objęta kwarantanną, celem uniknięcia paraliżu pracy całego podmiotu leczniczego, a także zamrożenia udzielania świadczeń z danej dziedziny w regionie.

4.2 Należy dążyć do sytuacji, w której personel medyczny przebywa jak najkrócej na kwarantannie m.in. poprzez sprawne selekcjonowanie i testowanie personelu w przypadku wystąpienia podejrzenia styczności z chorym, a w szczególności wprowadzenie jednolitych zasad postępowania przez organy epidemiologiczne z różnych lokalizacji.

4.3 Wdrożone dotychczas narzędzia e-zdrowia pozwoliły na sprawną reorganizacje technik udzielania świadczeń zdrowotnych. Proponuje się wzmocnienie roli telemedycyny w systemie ochrony zdrowia poprzez dalsze popularyzowanie e- narzędzi wśród pacjentów i świadczeniodawców, a także poszukiwania rozwiązań technicznych umożliwiających porady na odległość, które jednocześnie wytwarzają wpisy w dokumentacji medycznej z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych. Rozwiązania techniczne organizowane z uwagi na epidemie w pośpiechu, a co za tym idzie niesatysfakcjonujące technicznie, mogą zniechęcić zarówno personel, jak i pacjentów, a także niosą zagrożenie co do bezpieczeństwa danych osobowych, stąd ważna jest inicjująca rola państwa w zakresie propozycji nowych technologii.

4.4 Strategia musi dążyć do wytworzenie takiego systemu organizacyjnego, które pozwoli na zapewnienie bezpieczeństwa personelu i pacjentów. W związku z powyższym należy rozważnie określać stopień fizycznego otwarcia opieki ambulatoryjnej, gdyż z uwagi na sytuacje epidemiologiczną nie będzie on taki jak w czasach przed epidemią. Preferowany schemat organizacyjny udzielania świadczeń powinien uwzględniać: rejestracje przygotowaną na zwiększone zapotrzebowanie pacjentów na kontakt na odległość, która powinna odbywać się elektronicznie lub telefonicznie; pierwsza porada co do zasady powinna być realizowana jako teleporada przez personel z odpowiednim doświadczeniem zawodowym i na jej podstawie podejmowane byłyby dalsze decyzje terapeutyczne, w tym o zaproszeniu do przychodni w przypadku każdego pacjenta którego stan zdrowia tego wymaga; wizyty osobiste pacjentów powinny być umówione na ścisłe określoną godzinę celem izolacji.

4.5 Proponuje się finansowanie środków ochrony indywidualnej z rezerw państwowych, gdyż ograniczają zakażenie w trakcie kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia. Tym samym trudności w ich nabywaniu i możliwość ich ograniczonego stosowania przez pracowników podmiotów leczniczych wywoła skutek w postaci zwiększenia zakażeń i trudności w dostępności do świadczeń w regionie – w przypadku czasowego zawieszenia udzielenia świadczeń z uwagi na kwarantannę.

4.6 Należy opracować aktualne zasady dla funkcjonowania placówek opieki psychiatrycznej, czerpiąc z doświadczeń początku I fazy epidemii. Warto jest rozważyć naprzemienne konsultacje osobiste i telekonsultacje, a także zaplanować rotacje grup terapeutycznych celem zmniejszenia zagrożenia epidemiologicznego.

4.7 Trudna sytuacja osób starszych w czasie epidemii tj. osamotnienie, izolacja w sferze medycznej, społecznej, rodzinnej wymaga, aby w strategii zaadresowano dla tej grupy konkretne działania. Potrzebne jest wypracowanie nowych from dotarcia i opieki dla seniorów, szczególnie gdy ich opiekunowie mogą przebywać na kwarantannie lub izolacji z uwagi na COVID-19.

4.8 Koniecznym pozostaje określenie działań dla miejsc o szczególnym zagrożeniu rozprzestrzenia się epidemii z uwagi na ich organizacje i potrzeby zdrowotne osób tam przebywających. Przykładem są domy opieki społecznej i domy opieki nad osobami starszymi – należy wprowadzić wzmożony nadzór sanitarny, ale również zachowanie izolacji w taki sposób, aby nie upośledzała ona jakości życia podopiecznych systemu. Integracja ochrony zdrowia i opieki społecznej stanowi istotne wyzwanie na przyszłość, nie tylko z powodu epidemii SARS-CoV-2.

5. Niezmiernie ważna jest koordynacja działań i bieżąca weryfikacja wydawanych zaleceń, poleceń, procedur w sytuacji zmiennej skali zagrożenia lokalnego i ogólnokrajowego.

5.1 Wydawane zalecenia powinny być na bieżąco aktualizowane i dostosowane do sytuacji epidemiologicznej kraju i regionu.

5.2 Zagrożenie epidemiologiczne o obserwowanej skali pokazuje konieczność pilnego finansowego i kadrowego wzmocnienia inspekcji sanitarnej oraz jej dalszego przemodelowania organizacyjnego.

5.3 Biorąc pod uwagę obecne struktury organizacyjne państwa, należy wykorzystać w większym stopniu potencjał konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Rekomendacje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Mając na względzie dotychczasowe rekomendacje, a także uwzględniając wnioski z dyskusji na posiedzeniu w dniu 17 września 2020 r. z gościnnym udziałem Interdyscyplinarnego Zespołu Ekspertów Zdrowia „CONTINUE CURATIO", Rada Ekspertów:

1. Podtrzymuje rekomendacje w zakresie przywrócenie pełnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dla pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi niż COVID-19.

Powyższe pozostaje istotne w kontekście informacji o zwiększonej liczbie pacjentów zgłaszających się do Izb Przyjęć oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Dla sprawnego działania poszczególnych elementów systemu, wszystkie rodzaje świadczeń gwarantowanych muszą mieć zapewnione równomierne obciążenie.

2. Zauważa, iż system ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych musi być przygotowany na okres kumulacji przyjęć pacjentów, w tym również tych, którzy nie uzyskali świadczeń wiosną.

Ilość udzielonych konsultacji w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej zmniejszyła się w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego. Z tych względów można się spodziewać, iż część pacjentów, którzy uzyskali skierowanie na leczenie specjalistyczne z opóźnieniem, a także pacjenci kontynuujący leczenie, którzy nie otrzymali wiosną konsultacji specjalistycznych, będą próbowali uzyskać dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w tym samym okresie – jesienią.

3. Ważnym narzędziem stymulującym proces wzrostu ilości udzielanych świadczeń zdrowotnych dla systemu świadczeń gwarantowanych pozostaje możliwość zwiększenia finansowania przez płatnika w przypadku oszacowania nowych potrzeb w tym zakresie.

4. Eksperci z zakresu medycyny powinni przygotować standardy udzielania świadczeń za pośrednictwem narzędzi komunikowania się na odległość – w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Wiele konsultacji może odbywać się za pośrednictwem teleporady, wideoporady i telekonsultacji, ale nie powinien to być jedyny sposób udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom. Należy ostrożnie korzystać z tej formy kontaktu, w szczególności w przypadkach pacjentów pierwszorazowych lub w pogarszającym się stanie zdrowia. Ocena możliwości udzielenia konsultacji na odległość musi uwzględniać stan samodzielności pacjenta, w tym ocenę czy w konsultacji oprócz pacjenta powinna uczestniczyć inna osoba, wspomagająca pacjenta w zrozumieniu przedmiotu rozmowy i stosowaniu się do zaleceń. Odrębnym elementem tych standardów pozostaje przygotowanie wytycznych o charakterze medycznym, definiujących stany faktyczne pozwalające na skorzystanie z nowej metody organizacji udzielania świadczeń.

5. Celem uniknięcia zakażeń w podmiotach leczniczych, należy szczególną uwagę zwrócić na potencjalną możliwość krzyżowania się w szpitalach traktów pacjentów z COVID-19 i niezarażonych.

Zauważyć należy, iż wydzielenie pomieszczeń i łózek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19 będzie możliwe w większości podmiotów udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Jednakże, część szpitali nie ma organizacyjnej możliwo-

ści wydzielić traktów dla pacjentów zarażonych w obszarach diagnostycznych – powyższe związane jest z projektem architektonicznym budynku. Trudności mogą pojawić się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Izbie Przyjęć. W tych obszarach może dochodzić do szerzenia się zakażeń szpitalnych. Część podmiotów wykorzystuje jako obszar wstępnej segregacji namioty lub z uwagi na bezpieczeństwo epidemiologiczne prosi o oczekiwanie pacjentów na zewnątrz budynków, jednak wskazane rozwiązania mają swoje ograniczenia i nie mogą być stosowane wobec każdego pacjenta (np. osoby starszej). Z tych względów konieczne jest stałe i adekwatne do sytuacji planowanie w zakresie organizacji świadczeń w szpitalach.

6. Rada podtrzymuje rekomendacje, iż środki ochrony osobistej muszą być zapewnione dla personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, gdyż powyższe wpływa bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjenta.

7. Zauważalnym jest problem e-wykluczenia oraz pogorszenia się stanu psychofizycznego części seniorów w związku z przymusową izolacją. Tym samym, kwestia realizacji opieki nad osobami starszymi będzie jeszcze istotniejszym problemem społecznym niż przed epidemią.

8. Koniecznym do obserwacji elementem nowej strategii przeciwdziałaniu zachorowaniom na COVID-19, z uwagi na potencjał nieprawidłowości, jest etap postępowania z pacjentem z podejrzeniem COVID-19, ale bez jednoznacznej diagnozy.

W chwili obecnej obserwuje się wątpliwości co do potencjalnych sporów kompetencyjnych w tym obszarze – zarówno w przychodniach POZ, jak i szpitalach.

9. Rada podtrzymuje rekomendacje w przedmiocie konieczności wdrażania rozwoju technologii metod konsultacji na odległość.

Narzędzia realizujące e- zdrowie w sensie technicznym mają kluczowe znaczenie w organizacji udzielania świadczeń na odległość. Powyższe powinno być również wsparte odpowiednimi rozwiązaniami legislacyjnymi, definiującymi nowe procesy w organizacji udzielania konsultacji. Dla poprawy jakości świadczeń udzielanych pacjentom, należy również rozważyć określenie poziomu finansowania na różnym stopniu dla teleporady i telekonsultacji.

10. Konieczne jest wypracowanie jednolitych komunikatów w komunikacji ze społeczeństwem, które nie może otrzymywać sprzecznych sygnałów w zakresie zalecanych zachowań i sytuacji epidemiologicznej.

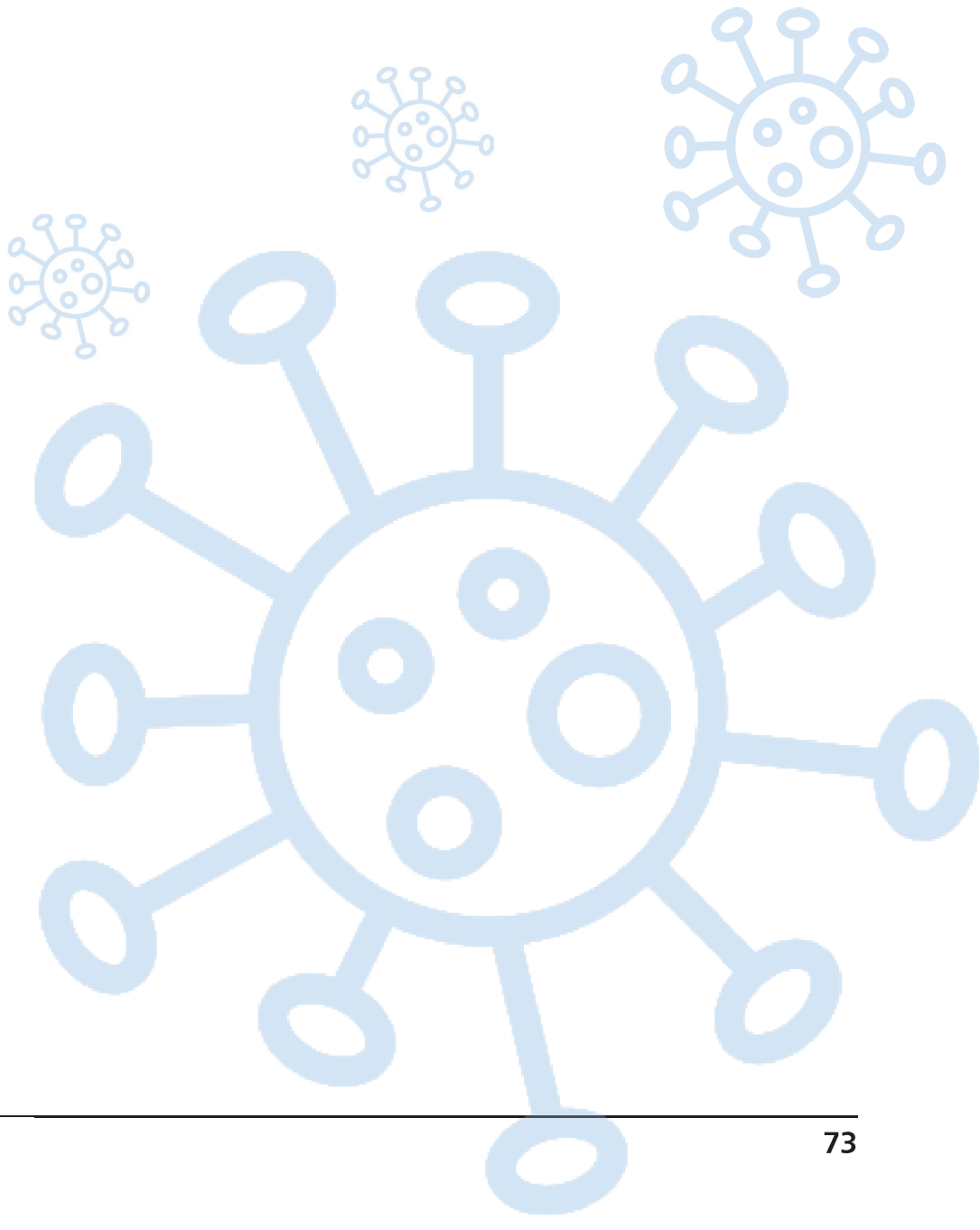
Powyższemu mogłoby służyć organizowane przez organy administracji centralnej kampanii edukacyjnych. Ważną pozostaje również dyskusja o określonych problemach systemu ochrony zdrowia w stanie epidemii, której skutkiem nie będzie negatywny odbiór żadnej grupy zawodowej w społeczeństwie.

11. Należy przypomnieć, iż rekomendacja Rady ze I spotkania dotyczącego problemów systemu ochrony zdrowia w stanie epidemii, obejmowała konieczność prowadzenia ewidencjowania działań („rachunek wartości publicznych").

Wiele z rekomendacji Rady zostało już zrealizowanych, jednakże powyższy postulat jest realizowany tylko częściowo – obecnie ewidencjonowane są skutki. Nie są ewidencjonowane działania, nie dokonuje się analizy powiązań konkretnych działań z rejestrowanymi skutkami.

12. **Rada podkreśla stałą potrzebę edukacji pacjentów w zakresie praw, ale również obowiązków wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia.**

13. **Rada uważa, iż istotnym elementem w budowaniu polityki zdrowotnej, szczególnie w okresie epidemii, jest stałe monitorowanie nowych zjawisk i śledzenie zmian dotyczących już istniejących problemów organizacji systemu ochrony zdrowia, zdrowia psychicznego, reakcji społeczeństwa na istniejące sytuacje itd., reasumując: prowadzenie szeroko zakrojonych badań z zakresu epidemiologii, psychologii społecznej, socjologii oraz organizacji i zarządzania.**



Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku pytań, wątpliwości lub sytuacji naruszenia praw pacjenta skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

Telefoniczna Informacja Pacjenta

800 190 590

czynna pn.–pt. w godz. 8:00–18:00

kancelaria@rpp.gov.pl
www.gov.pl/rpp