



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 12-11-2020 r.

Adam Bodnar

V.7013.145.2020.ET/GH/PM

Pan
dr n. ekon. Adam Niedzielski

Minister Zdrowia
via ePUAP

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

od początku objęcia przeze mnie stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym problemy pacjentów oraz personelu medycznego, stanowiącego integralną jego część, pozostaje w moim stałym zainteresowaniu. W szczególności czas pandemii jest okresem moich licznych trosk o stan zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i prawa pacjentów – a w konsekwencji moich wystąpień, jakie kierowałem do Pana Ministra, jak i Pana Poprzednika. Znaleźliśmy się w sytuacji trudnej, bezprecedensowej, a jednocześnie nieprzewidywalnej. Zagrożenie związane z pandemią koronawirusa staje się testem dla przygotowania instytucji państwowych do poradzenia sobie z tym kryzysem. Nie ulega wątpliwości, że polski system ochrony zdrowia przechodzi jedną z najtrudniejszych prób ostatnich lat. Obecnie, system ten, oprócz wymagań związanych z pandemią, musi mierzyć się nadto z nierozwiązanymi dotychczas i nawarstwiającymi się problemami, m.in. kadrowymi, zaopatrzeniem w sprzęt czy dostępnością świadczeń. Z napływających do mnie informacji rodzą się obawy, czy system opieki zdrowotnej jest w stanie sprostać aktualnej sytuacji, która obnażyła i jeszcze bardziej uwidoczniała obszary wymagające natychmiastowej naprawy. Budzi to mój poważny niepokój o nasze wspólne bezpieczeństwo.

Zdaję sobie sprawę z wysiłku, jaki podejmują instytucje publiczne w celu przeciwdziałania skutkom rozprzestrzenia się koronawirusa. Wydaje się jednak, że w tym obszarze pozostaje jeszcze wiele do zrobienia. Obecny stan faktyczny jest wciąż niezadawalający, co potwierdzają liczne skargi obywateli kierowane do mojego Biura. W tym kontekście ważną rolę odgrywają rozwiązania systemowe, wspomagające zadbanie o zdrowie każdego obywatela.

Kierując niniejsze wystąpienie, pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na naruszenia i zagrożenia praw pacjentów w okresie pandemii, które stwierdziłem na podstawie kierowanych do mnie skarg, doniesień medialnych, jak i sygnałów od obywateli wyrażanych poprzez media społecznościowe.

1. Dramatyczna sytuacja w szpitalach w czasie pandemii.

Z narastającym niepokojem odbieram sygnały napływające w skargach obywateli, z doniesień medialnych, jak i portali społecznościowych o dramatycznej sytuacji w szpitalach w czasie pandemii. Chodzi m.in. o informacje o: braku wolnych miejsc w szpitalach dla pacjentów – covidowych oraz cierpiących na inne choroby, braku sprzętu medycznego – respiratorów, niewystarczającej liczbie stanowisk intensywnej terapii i personelu, zdolnego do leczenia najcięższych chorych, występujących brakach środków ochrony osobistej, tj. kombinezonów czy maseczek. Nierozwiązana pozostaje również kwestia znacznych braków kadrowych.

1.1. Brak efektywnej koordynacji pogotowia ratunkowego.

Moje zaniepokojenie budzą doniesienia o kolejkach karettek przed szpitalami¹, zgonach pacjentów w karetkach, wyłączaniu oddziałów i szpitali z dedykowanej działalności leczniczej i tworzeniu oddziałów covidowych niejednokrotnie bez sprawdzenia, czy w danym miejscu występują właściwe warunki techniczne (np. czy pozwala na to system wentylacji, czy istnieje możliwość instalacji śluz, czy instalacja tlenowa jest wystarczająco wydajna i sprawna by wspomagać zakładaną *ad hoc* liczbę pacjentów). Występuje brak koordynacji działań między pogotowiem a szpitalem. W powyższym kontekście ze szczególnym niepokojem przyjąłem informację o śmierci we Włoszczowie 26 – letniego pacjenta, który czekał 8 godzin na przyjęcie do szpitala, co rodzi obawę społeczeństwa, że jesteśmy o krok od „narodowego umierania”².

1.2. Brak miejsc w szpitalach.

Szpitaly są przepelnione, a ratownicy wobec braku miejsc w placówkach bezsilni³. Dochodzi do niepokojących sytuacji, w których pacjent nie zostaje przyjęty nawet w

¹ Koronawirus w Polsce. Prof. Mateja o systemie walki z COVID-19: „Ogromny chaos, brak jakiegokolwiek systemu działań” <https://portal.abczdrowie.pl/koronawirus-w-polsce-prof-mateja-o-systemie-walki-z-covid-19-ogromny-chaos-brak-jakiegokolwiek-systemu-dziala>

² <https://twitter.com/okladrewnowicz?s=11>

³ Szymon Jadczyk „Możecie sobie dzwonić nawet do papieża”. Doktor nie przyjmie pacjenta, bo „szpital jest zamknięty”, opubl. 29.10.2020 r. <https://tvn24.pl/polska/koronawirus-w-polsce-nagrania-z-karetek-w-warszawie-brak-miejsc-w-szpitalach-4735344>

czterech kolejnych szpitalach⁴, a gdy w końcu to następuje na ratunek jest już za późno - pacjent umiera⁵. Wobec tego, za niezbędne uznać należy: tworzenie nowych miejsc dla pacjentów z COVID – 19 w szpitalach – bez ograniczania dostępu do opieki zdrowotnej dla pacjentów niezakażonych koronawirusem oraz koordynacja pracy ratowników medycznych, przy jednoczesnym efektywniejszym funkcjonowaniu systemu informacji o dostępnych miejscach w szpitalach.

1.3. **Brak tlenu w szpitalach i karetkach dla pacjentów chorych na COVID-19.**

Z docierających do mnie niepokojących informacji wynika, że w szpitalach i karetkach pogotowia występują braki tlenu dla pacjentów zakażonych koronawirusem⁶, a w szpitalach gdzie go jeszcze nie brakuje instalacje są przeciążone i może dojść do ich uszkodzenia. Wówczas grupa pacjentów nagle zostanie pozbawiona dostępu do niego⁷. Z doniesień medialnych wynika, że dochodzi do dramatycznych sytuacji, w których załogi karetek „podrzucają” chorych pacjentów i odjeżdżają, pomimo odmowy przyjęcia przez szpital z uwagi na brak tlenu - *de facto* jednego z podstawowych elementów, by utrzymać chorego na COVID-19 przy życiu. Mając na uwadze powyższy problem niezbędne jest zapewnienie na poziomie centralnym ciągłości dostaw tlenu dla szpitali w całym kraju⁸.

1.4. **Ograniczenie dokumentacji medycznej w szpitalach tymczasowych do niezbędnego minimum.**

Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2 nie powinien skupiać się na wypełnianiu nadmiernej dokumentacji medycznej a na pomocy pacjentom⁹. Należy zauważyć, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów

⁴ *Ibidem.*

⁵ „Nie było miejsca w szpitalu dla zakażonego kierowcy karetki. Będą kontrole” opubl. 18.10.2020 r. <https://www.rp.pl/Covid-19/201019375-Nie-bylo-miejsca-w-szpitalu-dla-zakazonego-kierowcy-karetki-Beda-kontrole.html>

⁶ Szymon Jadczyk „No to trudno. Pacjentka umrze, bo szpital nie ma tlenu” opubl. 05.11.2020 r. <https://tvn24.pl/polska/koronawirus-w-polsce-brakuje-teniu-i-miejsc-w-szpitalach-w-warszawie-nagrania-z-karetek-4741872>

⁷ Klara Klinger, Grzegorz Osiecki, Patrycja Otto, Tomasz Żółciak, „ Szpitalom zaczyna brakować tlenu dla pacjentów covidowych”, opubl. 04.11.2020 r. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1495300.respiratory-wala-z-koronawirusem-pacjenci.html>

⁸ Stanowisko Nr 9/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie propozycji zmiany strategii walki z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 i COVID-19.

⁹ Stanowisko 127/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, utrzymuje niemal cały zakres szczegółowości dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiocie leczniczym.

1.5. Status żołnierzy w szpitalach

Jak wynika z napływających do mnie skarg obywateli jak i z informacji medialnych¹⁰ w niektórych szpitalach do pomocy w opiece nad pacjentem są zaangażowani żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej, którzy mają pomagać w aktualizacji danych o wolnych łózkach, transporcie pacjentów, mierzeniu temperatury pacjentom przed wejściem do placówki medycznej i opiece nad nimi. Pragnę przy tym nadmienić, że z kierowanych do mnie skarg obywateli wynika, że pacjenci są zmuszeni do podporządkowania się rygorowi obsługi żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej w danej placówce. Należy zauważyć, że część szpitali jest otwarta na pomoc techniczną lub administracyjną ze strony żołnierzy, ale w zakresie, w którym wyznaczyliby to sami dyrektorzy szpitali¹¹. Odgórne narzucenie zadań WOT w szpitalach stanowi wkroczenie w zakres i podważanie kompetencji dyrektorów, którzy kierują szpitalami oraz biorą odpowiedzialność za ich prowadzenie. Powyższe może wpływać na zaufanie pacjentów do lekarzy oraz na relację pacjent – lekarz, poprzez ingerencję osób nieudzielających świadczeń zdrowotnych bez zgody dyrektora danego podmiotu. Jednocześnie pacjenci nie uzyskują informacji, np. na tablicach ogłoszeń szpitala, stanowiących wyjaśnienie, że w związku z zaistniałą sytuacją związaną z pandemią dany podmiot leczniczy wprowadza wojsko w celu pomocy przy obsłudze przyjęć pacjentów. Brak jest również informacji o jednolitych wytycznych oraz wyszkoleniu żołnierzy w tym zakresie.

1.6. Niewystarczające szkolenia oraz brak personelu medycznego do obsługi respiratorów.

Docierają do mnie sygnały, że podmioty lecznicze borykają się nie tylko z niedostatkami respiratorów, ale również z brakami kadrowymi do ich obsługi oraz niewystarczającymi szkoleniami w zakresie korzystania z tych urządzeń. Dochodzi do sytuacji w których, szefowie szpitali z obawy na własną rękę szukają lekarzy do dodatkowych urządzeń oraz proszą o zgłaszanie się chętnych do nauki podstawowej obsługi respiratorów. Natomiast w niektórych szpitalach szkolenia w zakresie obsługi respiratorów

¹⁰ Przemysław Jedlecki „**Wojsko w szpitalach. Mają pomóc w liczeniu wolnych łóżek dla zakażonych**”, opubl. 04.11.2020 r. <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,26478592,wojsko-w-szpitalach-maja-pomoc-w-liczeniu-wolnych-lozek-dla.html>.

¹¹ Mariusz Piekarski, „**Wojsko w szpitalach: Część dyrektorów lecznic wyraża sprzeciw. To podważanie naszych kompetencji**”, opubl. 05.11.2020 r. https://www.rmfm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/polska/news-wojsko-w-szpitalach-czesc-dyrektorow-lecznic-wyraza-sprzeciw_nId,4837070

trwają zaledwie jeden dzień¹². Tymczasem, jak wynika z doniesień medialnych, Szef Związku Zawodowego Anestezjologów Jerzy Wyszumirski ostrzega, że tego nie da się nauczyć w tydzień: – „To wymaga nie tylko wiedzy, ale wieloletniego doświadczenia”¹³.

1.7. Uzależnienie przyjęcia na zabieg operacyjny od wykazania się przez pacjenta bezobjawowego negatywnym wynikiem testu.

W kierowanych do mnie skargach obywateli otrzymuję informację, że szpitale w momencie planowanego zabiegu wymagają przeprowadzenia przez pacjenta testu na COVID-19 u osoby zdrowej, nie posiadającej objawów charakterystycznych dla tego zakażenia. Powyższe warunkuje przyjęcie do szpitala oraz przeprowadzenie niezbędnej operacji planowej. Oczekiwanie od pacjenta potwierdzenia braku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz uzależnienie od tego warunku wykonania operacji planowej może godzić w prawa pacjenta. Jednocześnie brak jest ogólnych jednolitych wytycznych dotyczących tej procedury stosowanej w placówkach medycznych.

2. Zapewnienie opieki zdrowotnej dla pacjentów „niecovidowych”.

Od początku pandemii napływają do mnie skargi sygnalizujące, że następstwem nieprzygotowywania służby zdrowia do walki z pandemią są problemy pacjentów cierpiących na inne choroby lub dolegliwości w dostępie do uzyskania adekwatnych świadczeń zdrowotnych. Przede wszystkim nie jest w pełni zapewniona opieka zdrowotna osobom w stanie nagłym, w szczególności w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji, np. po wypadku samochodowym. Chaos w funkcjonowaniu publicznej służby zdrowia pogłębia odwoływanie planowych wizyt i operacji. Poradnie anulują wizyty kontrolne, odwoływane są również badania diagnostyczne dla kobiet w ciąży takie jak USG, zamykane są ginekologiczne gabinety lekarskie, odwoływane zajęcia szkoły rodzenia, występuje brak opieki położnej środowiskowej, jak i odwoływane są i przesuwane zabiegi kardiologiczne przy jednoczesnym braku wyznaczania nowych terminów – co w przyszłości spowoduje drastyczne wydłużenie kolejki do zabiegów kardiochirurgicznych. Jednocześnie pacjenci nie posiadają jasnej informacji, gdzie mogą otrzymać świadczenie zdrowotne w przypadku ograniczenia przyjęć w danej placówce medycznej. Sytuacja ta stanowi bez wątpienia realne zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego. Występują sytuacje, w których teleporada oraz

¹² Sara Bounaoui, Karol Pawłowicki, Marcin Zaborski Krystyna Ptok: „W jednym ze szpitali pielęgniarki przeszły szkolenie z obsługi respiratora. Jednodniowe”, opubl. 19.10.2020 r. <https://www.rmfm24.pl/tylko-w-rmf24/popoludniowa-rozmowa/news-krystyna-ptok-w-jednym-ze-szpitali-piellegniarki-przeszly-szk,nId,4802195>.

¹³ Karolina Kowalska, „Respiratory są, ale brakuje personelu do ich obsługi”, opubl. 12.10.2020 r. <https://www.rp.pl/Lekarze-i-piellegniarki/310119952-Respiratory-sa-ale-brakuje-personelu-do-ich-obsługi.html>

odwołanie czy przesunięcie wizyty są niemożliwe. Wobec powyższego istnieje realne niebezpieczeństwo, że pacjenci, którzy potrzebują udzielania świadczenia w podmiocie leczniczym podczas fizycznej wizyty w gabinecie lekarskim nie uzyskają jej w sposób rzeczywisty. Mimo upływu ponad 7 miesięcy od początku pandemii sytuacja nie tylko nie uległa poprawie, lecz dramatycznie pogorszyła się, o czym świadczą liczne doniesienia medialne¹⁴.

2.1. Ograniczony dostęp seniorów do świadczeń zdrowotnych.

Z kierowanych do mnie skarg obywateli wyłania się obraz, w którym seniorzy mają znaczne trudności z dostępem do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast udzielenie świadczeń w formie teleporady jest dla tych pacjentów niewystarczające, a często niemożliwe z uwagi na trudności w kontaktach z daną placówką medyczną za pomocą środków komunikowania się na odległość czy z uwagi na brak umiejętności w posługiwaniu się nowoczesnymi środkami komunikacji elektronicznej. Jestem przekonany, że potrzeba zapewnienia seniorom dostępu do skutecznego leczenia musi pozostać jednym z najwyższych priorytetów systemu ochrony zdrowia w dobie pandemii.

2.2. Dostęp pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane (SM) do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii.

Szczególnie dotkniętą grupą pacjentów „niecovidowych” wydają się być pacjenci cierpiący na stwardnienie rozsiane. Pandemia pogłębiła to, co do tej pory z ich perspektywy nie było dobrze dopracowane, czyli dostęp do kontynuowania opieki nad pacjentem przewlekle chorym. Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z chorobami neurologicznymi, którzy wymagają regularnej rehabilitacji, żeby ich stan chorobowy się nie pogłębił. Niestety powyższe wizyty są odkładane. Brak dostępu do rehabilitacji może spowodować zwiększone wydatki na leczenie w późniejszym okresie, a także cofnięcie tych rezultatów, które zostały osiągnięte w procesie rehabilitacji. Problemem dla pacjentów jest także odbiór leków w szpitalu. Nie ma opracowanego systemu, w sytuacji, gdy pacjent z różnych powodów nie może odebrać leków osobiście oraz upoważnić innej osoby do ich odbioru. Lekarze w szpitalu nie są zaś przygotowani, żeby np. wysłać leki kurierem.

2.3. Sytuacja pacjentów onkologicznych, w szczególności cierpiących na nowotwór płuca.

Z ogromnym niepokojem odbieram sygnały, wskazujące na utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych osób cierpiących na nowotwory, a zatem obywateli, którzy powinni być przez system opieki zdrowotnej otoczeni szczególną troską. W dniu 21 października

¹⁴ Np. Aleksandra Bienias, opubl. 4 listopada 2020 r., „Pacjent „niecovidowy” na szarym końcu? Rodzina przeżyła dramat”, <https://www.rybnik.com.pl/wiadomosci,pacjent-niecovidowy-na-szarym-koncu-rodzina-przezyla-dramat,wia5-3266-46552.html#!>

2020 r. odbyło się spotkanie eksperckie poświęcone wyzwaniom w obszarze raka płuca oraz aktualnej sytuacji pacjentów z rakiem płuca w dobie pandemii COVID-19. Zostały mi przekazane w imieniu środowiska pacjentów przez Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca Oddział w Szczecinie najpilniejsze postulaty z tego spotkania. Pacjenci i ich rodziny apelują m.in. o zapewnienie zgodnej ze standardami, pełnej, dobrej jakości diagnostyki oraz dostępu do innowacyjnego, skutecznego leczenia zgodnego ze standardami i postępowaniem nauki, a także jak najszybsze wprowadzenie zmian systemowych – takich jak prewencja pierwotna, badania przesiewowe, tzw. Lung Cancer Units, koordynacja procesu leczenia, ale też proste usprawnienia w placówkach medycznych, jak np. kierowanie na kompleksowe badania patomorfologiczne i immunohistochemiczne, pozwalające na istotne skrócenie ścieżki pacjenta.

2.4. Sytuacja szkolnych gabinetów stomatologicznych oraz ograniczenia w dostępie pacjentów do świadczeń w zakresie stomatologii.

W okresie pandemii szkolne gabinety stomatologiczne utraciły płynność finansową. Należy podkreślić, że duża część szkolnych gabinetów stomatologicznych powstała dzięki zaangażowaniu lekarzy dentyistów, którzy niejednokrotnie wyłożyli swoje oszczędności, aby zakupić niezbędne wyposażenie oraz sprzęt w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Powyższa trudna sytuacja może spowodować całkowitą likwidację szkolnych gabinetów stomatologicznych.

Alarmująca jest również sytuacja pozostałych lekarzy dentyistów realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z epidemią koronawirusa pojawiły się wytyczne dla gabinetów stomatologicznych, nakładające znaczny reżim sanitarny: dentyści byli zmuszeni zakupić z własnych środków drogi sprzęt i środki podwyższonej ochrony osobistej. Szacują oni, że nastąpił kilkusetkrotny wzrost poniesionych przez nich kosztów. Sytuacja jest o tyle trudna, że w czasie epidemii oprócz wprowadzonego rygoru sanitarnego, ograniczono częstotliwość przyjęć, a ceny, zwłaszcza środków ochrony, wzrosły wielokrotnie. Obecnie, zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, jeden pacjent ma być przyjmowany co jedną godzinę pracy gabinetu. Tym samym lekarze dentyści będą przyjmować mniej pacjentów. Sytuacja ta stanowi także zagrożenie dla pacjentów, którzy wskutek zamykania gabinetów przez lekarzy dentyistów mogą być pozbawieni dostępu do świadczeń stomatologicznych.

3. Dostęp obywateli do testów na obecność SARS-CoV-2.

Od początku pandemii problemem pozostaje dostęp do testów na obecność koronawirusa. Już w dniu 12 marca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do Pana Ministra o radykalne zwiększenie dostępu do badań na wykrycie

obecności koronawirusa SARS-Cov-2¹⁵. Jednakże dopiero wraz z wejściem w życie rozporządzenia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 1749) przyjęto zasadę, iż lekarz samodzielnie, przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej, ocenia zasadność wskazań do zlecenia wykonania takich badań. Problemem pozostaje jednak faktyczny dostęp do testów¹⁶. Problematyka ta jest niezmiennie przedmiotem kierowanych do mnie skarg. Skarżący wskazują przykładowo na brak możliwości wykonania testu bezpłatnie, utrzymujące się kolejki do jego wykonania, długi czas oczekiwania na jego wynik czy też brak procedury umożliwiającej powtórzenia pozytywnego testu.

3.1. Zwiększenie diagnostyki zakażeń SARS-CoV-2.

Niepokojące jest ocena prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Pani Aliny Niewiadomskiej, że w aktualnej sytuacji doszliśmy do granicy wydolności laboratoriów wykonujących testy genowe wykrywające kwas nukleinowy wirusa SARS-CoV-2¹⁷. Pragnę zgodzić się ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej¹⁸ dostrzegającej niedostatki obecnej strategii oraz postulującej zwiększenie dostępu do diagnostyki molekularnej poprzez wsparcie i ułatwienie procedur rejestracji dodatkowych punktów pobrań wymazów w dużych miastach i w mniejszych miejscowościach. Obecnie procedura rejestracji *de novo* zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego punkt wymazowy w urzędach wojewódzkich może trwać nawet miesiąc i napotyka na liczne utrudnienia biurokratyczne. Zauważono konieczność szerokiego rozpowszechnienia i objęcie finansowaniem NFZ zwalidowanych szybkich testów antygenowych w kierunku identyfikacji zakażeń dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą zarówno w szpitalach, jak i w innych rodzajach świadczeń, w tym zabiegowych, z określeniem jasnych wskazań do ich stosowania, tj. do stosowania u osób z objawami – tylko wówczas testy te mają wysoką czułość oraz bardzo wysoką swoistość. Nadto potrzebne jest określenie wytycznych dla bezpłatnego przesiewowego testowania na obecność SARS-CoV-2 dla pracowników medycznych i DPS oraz personelu pomocniczego i służb wspomagających opiekę medyczną oraz wprowadzenie pilnych zmian w systemach informatycznych służących gromadzeniu danych o zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (EWP, IKR) celem

¹⁵ <https://nil.org.pl/aktualnosci/4470-apel-pnrl-do-ministra-zdrowia>

¹⁶ Sara Bounaoui, „Długie kolejki na testy na koronawirusa. NFZ: Powstają nowe punkty pobrań wymazów”; <https://www.rmfm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/polska/news-dlugie-kolejki-na-testy-na-koronawirusa-nfz-powstaja-nowe-pu,nId,4794777>

¹⁷ Klaudia Torchała „Alina Niewiadomska, prezes KRDL: doszliśmy do granicy wydolności laboratoriów” opubl. 09.11.2020 r. <https://pulsmedycyny.pl/alina-niewiadomska-prezes-krdl-doszlimy-do-granicy-wydolnosci-laboratoriow-1007831>

¹⁸ Stanowisko Nr 9/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie propozycji zmiany strategii walki z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 i COVID-19.

uwzględnienia nowych metod diagnostycznych (w tym testów antygenowych) oraz celem usprawnienia kontaktu z osobami o pozytywnym wyniku badania na obecność wirusa SARS-CoV-2.

3.2. Testy i kwarantanna dla personelu medycznego.

Dochodzi do niepokojących sytuacji - jeżeli ktoś z personelu medycznego ma wynik dodatni, pozostali członkowie personelu nie są wysyłani na kwarantannę. Testy są u nich wykonywane dopiero, gdy rozwiną się objawy. W takiej sytuacji lekarze, pielęgniarki, czy technicy sprawują opiekę nad pacjentem bez pewności, czy sami nie staną się źródłem zakażenia. Ta budząca obawy praktyka stała się zgodna z prawem w następstwie wejścia w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 1931), które w § 1 pkt 2 lit. a wyłączyło stosowanie obowiązku poddania się kwarantannie do osoby wykonującej zawód medyczny. Stanowi to zagrożenie nie tylko dla zdrowia i życia personelu medycznego, ale również dla samych pacjentów.

4. Dostęp do szczepionek na grypę.

Z całego kraju dochodzą sygnały o braku szczepionek przeciw grypie w czasie pandemii. Niepewność obywateli potęguje fakt, że nie mają informacji, kiedy szczepionka na grypę będzie rzeczywiście dostępna. Pacjenci uzyskują w aptekach informacje, że lista chętnych na szczepionkę jest wyczerpana. Dotyczy to aptek w regionie, czy oddalonych nawet o 150 km od ich miejsca zamieszkania. Szczególne obawy Rzecznika są związane z sygnałami obywateli, którzy znajdują się w grupie ryzyka zachorowania i cierpią na inne choroby przewlekłe, a nie mają możliwości zaszczepienia się wobec braku szczepionek. Jest to bardzo trudna sytuacja zarówno dla pacjentów, którzy mają problem z nabyciem szczepionek w aptekach, jak również dla farmaceutów, którzy nie mogą zamówić tych preparatów w hurtowniach lub otrzymują jedynie niewielką część zamówienia, niewystarczającą do zapotrzebowania pacjentów. Obecna sytuacja jest konsekwencją nie tylko pandemii, ale przede wszystkim apeli autorytetów medycznych - w tym płynących do niedawna z Ministerstwa Zdrowia - o szczepienie się przeciwko grypie, szczególnie w grupach ryzyka (osoby po 65 roku życia, chorujące przewlekłe, dzieci). Ponadto szczepienia ochronne przeciw grypie są skuteczną i społecznie akceptowalną metodą zapobiegania zachorowaniom.

5. Wynagrodzenie personelu medycznego.

Wielokrotnie podnosiłem, że personel medyczny nie jest jedynie dostawcą usług, ale stanowi część etycznego systemu tworzącego solidarność społeczną i poczucie wspólnoty. Wobec tego bez przywrócenia im należytego znaczenia oraz wynagrodzenia, nawet usunięcie wad systemu nie doprowadzi do oczekiwanych rezultatów. Docierają do mnie niepokojące informacje, że kilkanaście procent personelu medycznego deklaruje, że chce odejść z pracy po pandemii. Na powyższą decyzję, mają wpływ niskie i niewystarczające zarobki oraz konieczność pracy na wielu etatach. Przedstawiciele zawodów medycznych zauważają, że w medycynie panuje ogromna presja na długą pracę, bo personelu jest za mało. Utrzymująca się od wielu lat płaca na niskim poziomie, wymusza na medykach wiele godzin pracy w celu pokrycia braków kadrowych. Przedstawiciele zawodów medycznych, zauważają, że w przeciwnym wypadku, gdyby zaczęli pracować po osiem godzin, system ochrony zdrowia by się załamał¹⁹.

Niepokojące jest to, że w polskim systemie ochrony zdrowia pracowników i pracownic brakuje na wszystkich szczeblach. Należy wskazać dla przykładu, iż lekarzy mamy 2,4 na 100 tys. mieszkańców - to najmniej w całej Europie. Problem jest też z diagnostami medycznymi oraz pielęgniarkami. Przeciętny wiek pielęgniarki to 52 lata, a w 2030 roku będzie to 60 lat. Według danych OECD na 100 tys. mieszkańców w Niemczech przypada 13 pielęgniarek, przeciętnie w Europie - 9. Natomiast w Polsce brakuje ich 200 tys.²⁰. Tymczasem przedstawiciele zawodów medycznych, tj. lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni oraz diagnosty laboratoryjni, którzy decydują się na wykonywanie swojego zawodu otrzymują niewystarczające wynagrodzenie. Powyższy problem systemu wynagradzania występuje również u psychologów zatrudnionych w szpitalach.

Próba rozwiązania tego problemu w aspekcie walki z pandemią jest art. 15 pkt. 5 ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Pragnę jednakże nadmienić, że w skierowanej do mnie korespondencji Przewodnicząca Regionu Katowice Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii wskazuje, że zawody nie posiadające samorządu zawodowego, tak jak ma to miejsce w przypadku przedstawicieli techników medycznych elektroradiologii, nie mogą skorzystać z tego wsparcia.

6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta.

¹⁹ Adrianna Rozwadowska, opubl. 2 listopada 2020 r. „System eksploatacji zdrowia: zarabiają mało, bo muszą pracować więcej”

<https://wyborcza.pl/7,155287,26458082,system-eksploatacji-zdrowia-pracownicy-medyczni-zarabiaja-malo.html>

²⁰ *Ibidem*.

Stan pandemii wpłynął na sposób i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie można jednak dopuścić, by ochrona przed zakażeniem była realizowana bez względu na inne fundamentalne dla pacjentów wartości. Prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz do kontaktu z innymi osobami zostało uregulowane w art. 21, art. 33 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849). Przepisy te również wskazują na to, że w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne innych osób mogą zostać ograniczone odwiedziny w szpitalach. Niemniej jednak, powyższe ograniczenie nie może stwarzać rzeczywistego zagrożenia dla więzi pacjentów i ich bliskich. Pragnę zwrócić uwagę, że przyjęte rozwiązania ochrony życia rodzinnego dotyczą każdego pacjenta, a zatem również dzieci. Problemem pozostaje również czuwanie w szpitalach przez osoby bliskie nad pacjentami w stanach terminalnych oraz możliwość godnego pożegnania osoby zmarłej.

6.1. Brak możliwości przebywania rodziców (opiekunów prawnych) z małymi pacjentami na oddziałach pediatrycznych.

Podmioty lecznicze mają możliwość wprowadzania pewnych ograniczeń w celu zabezpieczenia przed zakażeniem koronawirusem, niemniej przy jednoczesnym braku wytycznych na poziomie krajowym, wydają się one być działaniem chaotycznym oraz niejednolitym. Oznacza to, że placówki medyczne stosują różnorodną praktykę. Nie mam przy tym wątpliwości, że obecność rodzica przy dziecku podczas hospitalizacji jest istotna, jeśli chodzi o zabezpieczenie potrzeb emocjonalnych, ale również może przyczynić się do procesu zdrowienia i skrócenia okresu terapii.

6.2. Zawieszenie porodów rodzinnych w związku ze stanem pandemii.

Pacjentki, jak i środowisko związane z opieką zdrowotną wskazują na występujący w szpitalach świadczących usługi z zakresu ginekologii i położnictwa chaos i dezinformację w kwestii porodów z osobą towarzyszącą. Pacjentki, osoby im bliskie oraz personel medyczny odpowiedzialny za organizację świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej są zdeinformowani. Tym samym zarówno ochrona praw kobiet oraz ich ograniczenia w Polsce mogą być na nierównym poziomie. Dochodzi do sytuacji, że w niektórych szpitalach praktykowane są procedury polegające na tym, że ojciec nie może przebywać podczas zabiegu cesarskiego cięcia, jeśli nie okaże wcześniej negatywnego testu na SARS-COV-2 (który był robiony do 48 godzin wstecz), a gdyby poród odbył się bez cesarskiego cięcia, to ojciec może przy nim być i wtedy nie jest wymagane okazanie testu. Wobec powyższego, niezbędne jest pilne uporządkowanie zaleceń dotyczących możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii.

6.3. Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w związku z COVID-19.

Zostałem powiadomiony przez rodziny osób zmarłych z powodu choroby COVID-19, że procedury stosowane przed pochówkiem zwłok tych osób uniemożliwiają bliskim ich identyfikację. Rodziny zmarłych na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 nie mają zatem pewności, że podczas ceremonii pogrzebowej żegnają bliską im osobę oraz że do grobu zostaną złożone rzeczywiście szczątki tej osoby. Tymczasem pełne przekonanie, że w grobie rodzinnym zostały pochowane zwłoki konkretnej osoby bliskiej, ma doniosłe znaczenie z punktu widzenia prawa do pamięci i kultu osoby zmarłej, które jest samoistnym dobrem osobistym osób bliskich zmarłego. W związku z niebezpieczeństwem szerzenia się choroby COVID-19 zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych na tę chorobę muszą zawierać pewne rygory, które zagwarantują bezpieczeństwo sanitarne. Należałoby jednak wprowadzić choćby namiastkę standardowej identyfikacji w stosunku do zwłok osoby zmarłej na chorobę COVID-19. Rodziny osób zmarłych postulują, aby dopuścić możliwość wykonania zdjęcia zwłok w trumnie przed jej zamknięciem.

Należy też podkreślić, że rodziny zmarłych w szpitalnym zakładzie patomorfologii nie mogą zobaczyć oraz pożegnać ciał najbliższych osób. Prośby o zrobienie i pokazanie zdjęcia spotykają się z bezwzględną odmową. Z kierowanych do mnie skarg wynika, że obywatele w związku z takimi sytuacjami znajdują się na skraju wyczerpania psychicznego, dlatego też postulują o zmianę procedur na takie, aby rodziny miały możliwość pożegnania zmarłych, choćby przez szybę lub w formie zdjęcia.

6.4. Możliwość pożegnania się z osobą odchodzącą.

Należy ponownie podkreślić istotną rolę rodzica przy dziecku podczas hospitalizacji. Dochodzi do sytuacji, w których z powodu koronawirusa obywatele nie mogą pożegnać się ze swoimi hospitalizowanymi bliskimi – nastolatka kilka dni koniała w samotności, a zdruzgotana matka siedziała pod drzwiami nie mając możliwości pożegnać się z dzieckiem. Z napływających listów obywateli wynika, że problem ten dotyczy nie tylko dzieci, ale i pacjentów dorosłych. Zdarzają się sytuacje, gdy obywatele nie mogą się pożegnać z osobą odchodzącą, co jest dla nich traumatyczne. Jednocześnie nie posiadają aktualnej informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej. W konsekwencji zdarza się niestety, że bliscy żyją w błędnym przekonaniu co do stanu zdrowia pacjenta, który *de facto* już zmarł kilka dni wcześniej.

Wyrażam nadzieję, że przedstawione przeze mnie przykładowe problemy w zakresie realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w dobie pandemii doczekają się pozytywnego rozwiązania. W sytuacji obecnego kryzysu systemu ochrony zdrowia,

powodującego brak właściwych warunków do realizacji konstytucyjnych praw obywateli, jest to niezbędnie konieczne.

Pragnę nadmienić, że część powyższych problemów w systemie zdrowia była przeze mnie sygnalizowana na bieżąco od początku pandemii w korespondencji kierowanej do Ministerstwa Zdrowia²¹. Aktualna sytuacja pogłębia kryzys z końca pierwszego oraz początku drugiego kwartału bieżącego roku, kiedy to zwróciłem uwagę m.in. na konieczność: zapewnienia opieki zdrowotnej pacjentom w stanie nagłym w innych podmiotach niż szpitale zakaźne²², środków ochrony osobistej w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania medycznych czynności przez personel medyczny oraz mogące wynikać z powodu braku środków problemy kadrowe²³.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r. poz. 627), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonych przeze mnie licznych problemach pacjentów oraz personelu medycznego. W szczególności proszę o wskazanie, jak Ministerstwo Zdrowia zamierza poprawić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz, ze względu na fakt, że dotychczas udzielone wyjaśnienia w poruszanych przeze mnie kwestiach – uważam za niewystarczające - **jakie dokładnie podjęto i planuje się podjąć działania w każdym z przedstawionych powyżej problemowych obszarów w celu poprawy istniejącej sytuacji.**

Z wyrazami szacunku

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/

²¹ Pisma: z dnia 24 marca 2020 r. (V.7018.187.2020.GH/PM), z dnia 6 kwietnia 2020 r. (V.7010.57.2020.ET), z dnia 10 lipca 2020 r. (V.7010.131.2020.ET), z dnia 11 czerwca 2020 r. (V.7012.8.2020.ET), z dnia 25 marca 2020 r. (V.7013.25.2020.ET/PM), z dnia 31 marca 2020 r. (V.7010.45.2020.ET; z dnia 2 kwietnia 2020 r. (V.7013.27.2020.ET), z dnia 27 kwietnia 2020 r. (V.7018.290.2020.TS), z dnia 18 maja 2020 r. (V.7010.45.2020.ET); z dnia 8 lipca 2020 r. (V.7010.125.2020.ET); z dnia 3 czerwca 2020 r. (V.7010.114.2020.ET); z dnia 7 lipca 2020 r. (V.7010.45.2020.ET), dnia 22 maja 2020 r. (V.7016.46.2020.JK/PM), z dnia 19 października 2020 r. (V.7010.207.2020.ET), z dnia 15 października 2020 r., (V.7010.199.2020.ET/PM), z dnia 26 października 2020 r. (V.7018.903.2020.ET).

²² Pismo z dnia 24 marca 2020 r. sygn. V.7010.38.2020. ET/PM

²³ Pismo z dnia 17 marca 2020 r. sygn. V.7018.84.2020.ET.