



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 24-02-2021 r.

Adam Bodnar

V.071.4.2021.ET

**Pan
Bartłomiej Chmielowiec**

Rzecznik Praw Pacjenta
ePUAP

Wielce Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na pismo z 8 stycznia 2021 r. (RzPP-DSD.033.3.2020.MR) zawierające prośbę o przekazanie informacji do sprawozdania z przestrzegania praw pacjenta w 2020 r, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Rok 2020 był okresem moich licznych trosk związanych z rozprzestrzenianiem się Covid-19 i działaniami władz publicznych podejmowanych w celu przeciwdziałania pandemii. W konsekwencji był to czas moich licznych wystąpień, jakie kierowałem do Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawiając swoje wątpliwości bądź zastrzeżenia dotyczące stanu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i praw pacjentów.

W związku z tym, niniejszym chciałbym zwrócić uwagę Pana Rzecznika 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. Przedstawione problemy w znacznej mierze pozostają przy tym aktualne również dziś.

1. Dramatyczna sytuacja w szpitalach w czasie pandemii.

Z narastającym niepokojem odbierałem 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 najciężej chorych, występujących brakach środków

ochrony osobistej, tj. kombinezonów czy maseczek. Nerozwieszana pozostaje również kwestia znacznych braków kadrowych.

1.1. **Brak efektywnej koordynacji pogotowia ratunkowego.**

Moje głębokie zaniepokojenie budziły 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). Występował brak koordynacji działań między pogotowiem a szpitalem. W powyższym kontekście ze szczególnym niepokojem przyjąłem informację o śmierci we Włoszczowej 26 – letniego pacjenta, który czekał 8 godzin na przyjęcie do szpitala. Ten i podobne przypadki generowały głosy, że jesteśmy o krok od „narodowego umierania”

1.2. **Brak miejsc w szpitalach.**

Powszechne było przepełnienie szpitali i bezsilność ratowników wobec braku miejsc w placówkach². Dochodziło do niepokojących sytuacji, w których pacjent nie zostaje przyjęty nawet w czterech kolejnych szpitalach³, a gdy w końcu to następuje na ratunek jest już za późno - pacjent umiera⁴. Wobec tego, za niezbędne uznawałem: tworzenie nowych miejsc dla pacjentów z COVID – 19 w szpitalach – bez ograniczania dostępu do opieki zdrowotnej dla pacjentów niezakażonych koronawirusem oraz koordynację 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.**

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 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>

³ *Ibidem*.

⁴ „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-miejsc-w-szpitalu-dla-zakazonego-kierowcy-karetki-Beda-kontrole.html>

Z docierających do mnie niepokojących informacji wynikało, że w szpitalach i karetkach pogotowia występowały braki tlenu dla pacjentów zakażonych koronawirusem⁵, a w szpitalach gdzie go jeszcze nie brakowało instalacje są przeciążone i mogło dojść do ich uszkodzenia. Wówczas grupa pacjentów nagle zostanie pozbawiona dostępu do niego⁶. Z doniesień medialnych wynikało, 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 niezbędnym było zapewnienie na poziomie centralnym ciągłości dostaw tlenu dla szpitali w całym kraju⁷.

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 pacjentom⁸. Sygnalizowałem, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów 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 medialnych⁹ w niektórych szpitalach do pomocy w opiece nad pacjentem są zaangażowani żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej, którzy mają pomagać w aktualizacji danych o wolnych łóżkach, 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

⁵ 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-tlenu-i-miejsc-w-szpitalach-w-warszawie-nagrana-z-karetek-4741872>

⁶ 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>

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ 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>.

część szpitali jest otwarta na pomoc techniczną lub administracyjną ze strony żołnierzy, ale w zakresie, w którym wyznaczyliby to sami dyrektorzy szpitali¹⁰. 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 uzyskiwali 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 było również informacji o jednolitych wytycznych oraz wyszkoleniu żołnierzy w tym zakresie.

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

Docierały 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. Dochodziło do sytuacji w których, szefowie szpitali, z obawy o zapewnienie możliwości udzielania świadczeń, 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 trwały zaledwie jeden dzień¹¹. Tymczasem, jak wynikało z doniesień medialnych, Szef Związku Zawodowego Anestezjologów Jerzy Wyszumirski ostrzegał, że tego nie da się nauczyć w tydzień: – „To wymaga nie tylko wiedzy, ale wieloletniego doświadczenia”¹².

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

W kierowanych do mnie skargach obywateli otrzymywałem informacje, 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

¹⁰ 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>

¹¹ 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>.

¹² 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>

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 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 11 miesięcy od początku pandemii sytuacja nie uległa poprawie, lecz dramatycznie pogarszała się, o czym świadczą liczne doniesienia medialne¹³.

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,

¹³ 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-przezyła-dramat,wia5-3266-46552.html#!>

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.

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 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 postępem 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 dentyków, 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-2¹⁴. 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 testów¹⁵. 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.

4. Dostęp do szczepionek na grypę.

Z całego kraju dochodziły sygnały o braku szczepionek przeciw grypie w czasie pandemii. Niepewność obywateli potęgował fakt, że nie mają informacji, kiedy szczepionka na grypę będzie rzeczywiście dostępna. Pacjenci uzyskiwali w aptekach informacje, że lista

¹⁴ <https://nil.org.pl/aktualnosci/4470-apel-pnrl-do-ministra-zdrowia>

¹⁵ 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>

chętnych na szczepionkę jest wyczerpana. Dotyczyło to aptek w regionie, czy oddalonych nawet o 150 km od ich miejsca zamieszkania. Szczególne obawy żywiłem w związku 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. 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. Przedmiotowa sytuacja to konsekwencja nie tylko pandemii, ale przede wszystkim apeli autorytetów medycznych - w tym płynących z Ministerstwa Zdrowia - o szczepienie się przeciwko grypie, szczególnie w grupach ryzyka (osoby po 65 roku życia, chorujące przewlekłe, dzieci).

5. Wynagrodzenie personelu medycznego.

Wielokrotnie podnosiłem, że personel medyczny nie jest jedynie dostarczycielem 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 załamał¹⁶.

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.¹⁷. Tymczasem przedstawiciele zawodów medycznych, tj. lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni oraz diagnosty laboratoryjni, którzy decydują się na wykonywanie swojego zawodu otrzymują niewystarczające

¹⁶ 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>

¹⁷ *Ibidem*.

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 mogły skorzystać z tego wsparcia.

6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta.

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 zdezinformowani. 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. 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.

Niejako w podsumowaniu pragnę nadmienić, że te i inne problemy systemowe w ochronie zdrowia przedstawiłem Ministrowi Zdrowia w wystąpieniu z dnia 12 listopada 2020 r.¹⁸. Część powyższych problemów była też przeze mnie sygnalizowana na bieżąco od początku pandemii w korespondencji kierowanej do właściwych organów władzy publicznej¹⁹.

Jednocześnie pragnę zauważyć, że jako Rzecznik Praw Obywatelskich corocznie przedstawiam informację roczną o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela. Informacja za rok 2020 jest publicznie dostępna²⁰.

Z wyrazami szacunku

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/

¹⁸ V.7013.145.2020.ET/GH/PM.

¹⁹ 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).

²⁰ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/informacje-roczne-o-dzialalnosci-rpo>