Prawa pacjenta w czasie epidemii

Wojciech Giermaziak¹, Patrycja Kurowska², Elżbieta Buczek³

¹Główna Biblioteka Lekarska, Warszawa, Polska

²Centrum Informacji Medycznej, Główna Biblioteka Lekarska, Warszawa, Polska

³Dubois i Wspólnicy Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.j., Warszawa, Polska

Farmacja Polska, ISSN 0014-8261 (print); ISSN 2544-8552 (on-line)

Patient's rights during the epidemic

The SARS-CoV-2 pandemic has disrupted the daily order of many countries around the world. The new situation is an occasion to reflect on the value of life and health. While adjusting to functioning in the era of the epidemic, health decisions began to emerge, which had been considered unimaginable before. Information about the lack of access to basic protective and emergency equipment, cancelled procedures, overcrowded hospitals, and making it impossible to say goodbye to relatives dying in the hospital dominated the media. While the new reality may be confusing and overwhelming to many people, it is a good time to reflect on human and patient rights. Patients' rights are defined in the Constitution of the Republic of Poland and in the Act of 6 November 2008 on Patients' Rights and Patients' Rights Ombudsman (Ustawa o praw pacjentów i Rzecznik Praw Pacjenta, UoPP). Among the rights listed in the AoPP, we can distinguish: the right to health services, the right to information, the right to medical documentation, the right to consent to health services, the right to information secrecy, the right to report adverse effects of medicinal products, the right to object to a doctor's opinion or ruling, the right to respect for intimacy and dignity, the right to respect private and family life. In the event of violation of rights, the patient may seek compensation before a civil court. Medical facilities, supported limiting patient's rights during pandemic with article 5 of UoPP, which points, that "the head of the healthcare provider or the medical doctor delegated by him may limit the exercise of patient rights in the event of an epidemic risk or for reasons of patient safety". It seems, that epidemic limited the right to health services the most. At the beginning of the pandemic outbreak, there were closures of health facilities, making registration and access to doctors impossible. The problem was partly solved by providing services to patients in the form of phone call consultation. The ongoing epidemic has highlighted the condition of the Polish health care system and has contributed to the exposure of problems that previously seemed to have been overlooked. The legislator should pay special attention to this clear message and try to work out the best solutions for the future.

Keywords: patient rights, SARS-CoV-2, COVID-19, patient advocacy, Patient Ombudsman, pharmacist's role.

Adres do korespondencji

Wojciech Giermaziak, Główna Biblioteka Lekarska, ul. Chocimska 22, 00-791, Warszawa, Polska; e-mail: cim@gb.l.waw.pl

Źródła finansowania

Nie wskazano źródeł finansowania.

Konflikt interesów

Nie istnieje konflikt interesów.

Otrzymano: 2021.02.04

Zaakceptowano: 2021.03.22

Opublikowano on-line: 2021.04.08

DOI

10.32383/farmapol/134754

ORCID

Wojciech Giermaziak

(ORCID id: 0000-0002-7263-4825)

Patrycja Kurowska (ORCID id: 0000-0002-0548-4572)

Elżbieta Buczek (ORCID id: 0000-0003-3205-7290)

Copyright

© Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

To jest artykuł o otwartym dostępie, na licencji CC BY NC <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Wstęp

Wskutek wybuchu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, w placówkach medycznych doszło do ograniczenia praw pacjenta. Utrudnione zostały: dostęp do świadczeń, możliwość uzyskania dokumentacji medycznej. W wielu miejscach zawieszono prawo do obecności osoby bliskiej przy działaniach personelu medycznego. Pacjenci zgłaszali również, że zakłady opieki zdrowotnej są zamknięte, nie odbierają telefonów, a na drzwiach brakuje jakiegokolwiek informacji na temat odwołania planowych wizyt. Nasuwają się zatem pytania, w jakich sytuacjach ograniczenie praw pacjenta ma charakter legalny, a w jakich staje się poważnym nadużyciem, w jaki sposób można zrekomensować pacjentom te okoliczności i czy istnieją grupy pacjentów, które powinny być szczególnie uprzywilejowane w korzystaniu z opieki zdrowotnej w czasach epidemii. W niniejszym opracowaniu próbowano odpowiedzieć na te pytania, korzystając z doświadczeń pacjentów oraz informacji przekazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta (RPP).

Prawa pacjenta

Prawa pacjenta zostały określone w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [1] oraz Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [2] (zwanej dalej UoPP). Ustawa ta reguluje też: zasady udostępniania dokumentacji medycznej; obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta; tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta; postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów; zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Przedstawiony w ustawie katalog praw pacjenta jest jednak katalogiem otwartym, co oznacza, że nie ogranicza się ściśle do praw wymienionych w ustawie, ale może dotyczyć również tych, które pacjent uzna za swoje prawa, a ostateczne rozstrzygnięcie tej kwestii leży w kompetencjach Rzecznika Praw Pacjenta lub/i sądu wydającego wyrok czy decyzję w przedmiotowej sprawie [3]. Wśród wymienionych w UoPP praw pacjenta możemy wyróżnić między innymi:

- prawo do świadczeń zdrowotnych,
- prawo do informacji,
- prawo do dokumentacji medycznej,
- prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prawo do tajemnicy informacji,
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych,
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,

- prawo do poszanowania intymności i godności,
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Ograniczenie praw pacjenta w dobie epidemii

Stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszono 14 marca 2020 r., natomiast rozporządzeniem ministra zdrowia z 20 marca 2020 r. wprowadzono stan epidemii [4]. Placówki medyczne, ograniczając podczas pandemii prawa pacjenta, oparły się na art. 5 UoPP, który wskazuje, że „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, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu”. Należy jednak zwrócić uwagę, że w przytoczonym artykule jest jedynie mowa o ograniczeniu praw, nie zaś o ich całkowitym wyłączeniu. Ponadto, normy konstytucyjne również wskazują na możliwość jedynie ograniczenia praw konstytucyjnych (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Prawo do świadczeń zdrowotnych

Wydaje się, że epidemia najmocniej ograniczyła prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych. Skargi, jakie wpływały do Rzecznika Praw Pacjenta w marcu i kwietniu 2020 r. dotyczyły głównie tego właśnie obszaru. Obywatele zgłaszali, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i specjaliści są niedostępni, zaś szpitale wstrzymują przeprowadzanie zabiegów nawet u pacjentów onkologicznych. Pracownicy biura RPP w czasie pandemii odnotowali aż czterokrotnie więcej zgłoszeń tygodniowo niż zazwyczaj [5]. Pacjenci skarżyli się, że nie mogą dodzwonić się do placówek oraz nie są informowani o przełożeniu zaplanowanych wizyt i badań [6].

W rozdziale 2 UoPP wskazano, że „pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.” Przykładem ograniczenia prawa do świadczeń zdrowotnych jest utworzenie szpitali jednoimiennych, w których zawężono udzielanie świadczeń medycznych u osób niepodlegających o zakażenie koronawirusem wyłącznie do sytuacji nagłego zagrożenia życia, gdy transport pacjenta do innej placówki jest niemożliwy ze względu na jego stan zdrowia [3].

Zamknięcie zakładu opieki zdrowotnej, przychodni jest naruszeniem praw pacjenta – jak już wspomniano, dostęp do świadczeń może być jedynie ograniczony, nie zaś całkowicie wyłączony, pozbawiający pacjenta opieki medycznej. Na początku wybuchu pandemii dochodziło do zamykania placówek ochrony zdrowia, uniemożliwienia rejestracji i dostępu do lekarza.

Częściowe rozwiązanie problemu stanowi udzielanie pacjentom świadczeń w formie teleporady. Inną opcją, jeśli jednostka ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), jest zgłoszenie zawieszenia działalności do funduszu. W przypadku zamknięcia placówki bez dopełnienia tych formalności, należy się liczyć z możliwością nałożenia kary. Rzecznik Praw Pacjenta, jeśli uzna, że działanie podmiotu nie stanowi „tylko” dozwolonego ograniczenia praw pacjenta ze względu na stan zagrożenia epidemicznego, a jest już wyłączeniem praw pacjenta, może na taką placówkę nałożyć karę w wysokości nawet do 500 000 złotych [7]. Poszkodowany pacjent może zaś złożyć pozew sądowy z żądaniem zadośćuczynienia [3]. Zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta nie stosuje się w przypadku zawinonego naruszenia w zakresie: przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie, dostępu do dokumentacji medycznej, informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych, zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Bywa jednak, że mimo skarg pacjentów na brak dostępu do świadczenia medycznego pracownicy biura RPP nie są w stanie nic zdziałać, bowiem nakazy zaprzestania udzielania świadczeń z powodu pandemii są wydawane ogólnie, np. przez NFZ, jak miało to miejsce w przypadku operacji usunięcia żołądka [5].

Etyka ograniczonych zasobów

U wielu pacjentów w czasie pandemii pojawiły się obawy przed niedostępnością odpowiedniej opieki zdrowotnej spowodowanej ograniczonymi zasobami sprzętu medycznego. Na początku pandemii pojawiły się doniesienia na temat kryzysowej sytuacji we Włoszech, Hiszpanii i wielu innych krajach, wskutek której lekarze musieli wybierać, komu w pierwszej kolejności przyznać dostęp do respiratora. W Stanach Zjednoczonych oszacowano, że na jeden dostępny respirator przypadnie kilku pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej [8]. Racjonowanie zasobów w czasie epidemii dotyczy też innych obszarów, takich jak: wykonywanie testów wykrywających zakażenie, farmakoterapia, zapewnienie środków ochrony indywidualnej. Najtrudniejsze jednak jest podejmowanie decyzji dotyczących sprzętu

przesądzającego o życiu pacjenta. Wśród pacjentów w podeszłym wieku, ze schorzeniami towarzyszącymi czy niepełnosprawnych pojawiła się obawa, że będą z tego powodu w ogonie „kolejki do respiratora” [9, 10]. Choć na razie nie istnieje obawa, aby dla polskich pacjentów miało zabraknąć respiratorów, trzeba zwrócić uwagę, że deficyt może dotyczyć nie tyle samych urządzeń, co personelu niezbędnego do ich prawidłowej obsługi. Mogą pojawić się też lokalne niedobory sprzętowe wskutek problemów logistycznych i braku koordynacji na poziomie krajowym [10].

Zgodnie z założeniami etyki utilitarnej, w medycynie podczas alokacji deficytowych zasobów, dokonuje się oceny stanu funkcjonalnego pacjentów. Według tej idei priorytetem i celem wyboru jest uratowanie jak największej liczby osób, a także maksymalne wydłużenie oczekiwanej dalszej długości trwania życia pacjentów [9]. We włoskich wytycznych dotyczących kwalifikacji do przyjęcia na oddział intensywnej terapii i zastosowania wentylacji mechanicznej wprowadzono kryterium wieku. W wytycznych hiszpańskich, oprócz sugestii klasyfikacji chorych ze względu na wiek, pojawiło się subiektywne kryterium społeczne (tj. ocena na podstawie „wartości społecznej” danej osoby). Klasyfikacja na podstawie kryterium wieku niejako ułatwia podejmowanie decyzji, jednak nie zawsze jest medycznie uzasadniona i trzeba ją stosować z ostrożnością, aby nie dopuścić do nierówności w traktowaniu i dyskryminacji ze względu na wiek [10]. W przypadku wielu chorób można zaobserwować różnice dotyczące chorobowości lub śmiertelności ze względu na czynniki takie jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy zamożność, jednak powoływanie się na nie przy podejmowaniu decyzji dotyczących podejmowania terapii ratującej życie byłoby skrajnie nieetyczne i nieuzasadnione medycznie [10]. W niektórych stanach USA (np. Alabama, Waszyngton, Arizona) wdrożono wytyczne wykluczające pacjentów z demencją i osoby z niepełnosprawnością intelektualną z dostępu do respiratora [11]. Z tego powodu do amerykańskiego Biura Praw Obywatelskich Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej wpłynęło wiele skarg, po których biuro zażądało zaprzestania dyskryminujących praktyk.

W etyce medycznej decyzje dotyczące racjonowania powinny się opierać wyłącznie na kryteriach medycznych. Jak podkreślono w Deklaracji Światowego Towarzystwa Lekarskiego ws. praw pacjenta z roku 1981: gdy trzeba dokonać wyboru, który z pacjentów powinien uzyskać świadczenie, dla którego dostępność jest ograniczona, wszyscy pacjenci powinni podlegać uczciwemu i równemu traktowaniu. Wybór musi się opierać na kryteriach medycznych i nie może być dyskryminujący, co

można wywodzić wprost z 32. artykułu Konstytucji, który mówi o zakazie dyskryminacji. Zgodnie z jego brzmieniem wszyscy są wobec prawa równi i mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. Jak również zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Mówiąc inaczej – w pierwszej kolejności należy udzielać pomocy tym, dla których jest ona konieczna do przeżycia, a w obrębie tej grupy – pacjentom mającym większe szanse przeżycia [10].

Podjęcie decyzji alokacyjnych w oparciu o kryteria medyczne nie jest jednak łatwe i stanowi poważne wyzwanie kliniczne i etyczne. Należy zatem opracować zasady sprawiedliwej klasyfikacji na wypadek, gdyby zaistniała taka konieczność. Decyzje dotyczące priorytetyzacji pacjentów i alokacji zasobów powinny podejmować osoby mające odpowiednią wiedzę, doświadczenie i umiejętności w zakresie intensywnej terapii [10].

Prawo do poszanowania intymności i godności

Prawo to obejmuje m.in. prawo do obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta, personel medyczny może nie wyrazić zgody na obecność osoby bliskiej, jednak taką odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej [12].

W efekcie pandemii również to prawo zostało ograniczone. W szpitalach zakazano odwiedzin pacjentów, rodzicom zabroniono przebywania z dziećmi na oddziałach szpitalnych, nie zezwolono również na obecność osoby towarzyszącej przy porodach rodzinnych. Narodowy Fundusz Zdrowia stoi na stanowisku, że osoba towarzysząca ma prawo do uczestnictwa w porodzie rodzinnym, mimo epidemii SARS-CoV-2. Prezes NFZ wydał zarządzenie [13] zwiększające finansowanie świadczeń odbywających się w zwiększonym reżimie sanitarnym. Według NFZ z tej dodatkowej puli, w wysokości ok. 100 złotych, można zapewnić m.in. środki ochrony osobistej dla osoby towarzyszącej pacjentce podczas porodu [14]. NFZ odniósł się też do wprowadzonego przez niektóre placówki wymogu przedstawienia wyników testu na COVID-19 przez osoby chcące towarzyszyć przy porodzie, krytykując to żądanie jako nieuzasadnione i nieracjonalne (test miałby być dostarczony w czasie 5 dni przed porodem, który jest

wydarzeniem o zazwyczaj nieplanowanym charakterze). Sugeruje się, aby w przypadku odmowy możliwości uczestniczenia osoby towarzyszącej z powodu niedostarczenia wyniku testu, zgłosić tę nieprawidłowość do Rzecznika Praw Pacjenta oraz oddziału wojewódzkiego NFZ [14].

W niektórych sytuacjach ograniczenia prawa do poszanowania intymności i godności mogą być w miarę możliwości rekompensowane – na przykład w razie zakazu odwiedzin, dobrą praktyką jest umożliwienie bliskim kontaktu telefonicznego z lekarzem, który omówi stan pacjenta i wyjaśni wątpliwości.

Telemedycyna a prawa pacjenta

Narodowy Fundusz Zdrowia 6 marca 2020 r. zaczął rekomendować teleporadę medyczną, co miało ochronić pacjentów i pracowników przed ewentualnym zakażeniem [15].

Przed wszystkim, aby można było zastosować telemedycynę, musi na to pozwalać stan kliniczny pacjenta czy problem, z jakim się zgłasza, a także specjalizacja lekarza. W formie rozmowy, z użyciem środków umożliwiających komunikację na odległość, można z powodzeniem np. wystawić e-zwolnienie, wypisać e-receptę dla leku przyjmowanego przez pacjenta przewlekłe czy udzielić porady pacjentowi z lżejszym objawem chorobowym. Teleporada służy też do wstępnej oceny, czy stan zdrowia pacjenta wymaga osobistego stawiennictwa w gabinecie lekarza. W przypadku, gdy pacjent wymaga osobistej konsultacji, a zastosowano poradę telefoniczną, mamy do czynienia z łamaniem praw pacjenta.

Udzielając świadczenia medycznego w formie telemedycyny należy zadbać o prawo pacjenta do poszanowania intymności oraz ochronę danych osobowych. Odpowiednio zabezpieczone muszą być dokumenty przesyłane w ramach teleporady, np. przesyłane wyniki badań. Wyciek nieodpowiednio zabezpieczonych danych mógłby rodzić poważne skutki dla placówki medycznej [16].

W marcu wiele placówek zdrowotnych wstrzymało przyjmowanie pacjentów i świadczyła usługi wyłącznie w formie konsultacji telefonicznej. Mimo zalet programu teleporady medycznej, ta forma udzielania świadczeń była wykluczająca dla osób posiadających ograniczenia telefoniczne, m.in. dla pacjentów niesłyszących, toteż od kwietnia Polski Związek Głuchych i Fundacja PGNiG im. Ignacego Łukasiewicza, przy wsparciu Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, uruchomiły infolinię dla osób głuchych, zapewniającą wsparcie tłumacza języka migowego [17]. Dziwi założenie, jakoby wszyscy głusi korzystali z języka migowego, ale za pomocą infolinii jest również

możliwy kontakt z tłumaczem poprzez czat tekstowy na Skypie. Nie jest to jednak rozwiązanie satysfakcjonujące dla osób, które nie chcą korzystać z usług pośrednika ze względu na wrażliwe dane zdrowotne (trzeba w tym miejscu podkreślić, że świat głuchych i tłumaczy języka migowego jest dość hermetyczny i w wielu przypadkach niesłyszący i tłumacze znają się na gruncie towarzyskim). Rozwiązaniem tej sytuacji może być umożliwienie bezpośredniego kontaktu z lekarzem za pomocą czatu, np. Skype'a czy Messengera. Komunikatory internetowe są w obecnych czasach równorzędne z innymi kanałami przekazywania informacji i są wykorzystywane powszechnie w komunikacji z podmiotami administracji publicznej. W kontekście bezpieczeństwa poufności przekazywanych danych Messenger i Skype uznawane są przez specjalistów z zakresu cyberbezpieczeństwa za bezpieczne, ze względu na szyfrowanie przekazywanych między użytkownikami wiadomości. Oznacza to, że mimo przechwycenia tej wiadomości przez osoby postronne, pozostaną one zaszyfrowane i ich treść będzie nieczytelna. Gwarantem bezpieczeństwa przekazywanych danych są m.in. procedury i regulaminy, które podczas rejestracji poznaje i akceptuje użytkownik końcowy, w tym przypadku lekarz i pacjent. Zarówno Messenger, jak i Skype w swoich politykach bezpieczeństwa i regulaminach zapewniają wysoką dbałość o ochronę danych, a także wprowadzają procedury to bezpieczeństwo zwiększające.

Telemedycyna nie ogranicza się wyłącznie do kontaktu telefonicznego pacjenta z lekarzem, ale obejmuje także informatyzację ochrony zdrowia. Kolejnym wyzwaniem może się okazać dotarcie do pacjentów wykluczonych informatycznie. Wsparciem może być, dobrze poinformowana o potrzebach swoich podopiecznych, pomoc społeczna.

Minister zdrowia 12 sierpnia 2020 r. wydał rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent podczas teleporady musi być poinformowany o ewentualnej konieczności osobistej wizyty u lekarza, zapewnieniu poufności i bezpieczeństwa podczas cyfrowego przesyłania dokumentacji medycznej. Jednocześnie musi być odpowiednio potwierdzona tożsamość rozmówcy [18].

Prawa człowieka i prawa pacjenta a kwarantanna

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [19] definiuje kwarantannę jako „odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” (pkt 12 art. 2). Osoba objęta

kwarantanną musi ją przejść w tzw. miejscu kwarantanny, którego definicję wprowadziła specustawa z 2 marca 2020 r. [20]. Miejszem takim jest odrębny obiekt budowlany czasowego pobytu osób chorych lub podejrzanych o zachorowanie, w którym prowadzi się kwarantannę.

W przypadku kwarantanny mamy do czynienia z ograniczeniem praw pacjenta, a także praw konstytucyjnych, takich jak wolność poruszania się i wolność osobista [21, 22]. Zawieszenie tych praw jest możliwe w sytuacji wprowadzenia stanu nadzwyczajnego (stanu wyjątkowego, stanu klęski żywiołowej bądź stanu wojennego). Prawa pacjenta stanowią rozszerzenie praw człowieka i obywatela, a te zostały w Polsce złamane w czasie pandemii COVID-19, która w rzeczywistości wypełniała wszystkie znamiona klęski żywiołowej, regulowanej ustawą z 18 kwietnia 2020 r. o stanie klęski żywiołowej [23, 24].

Uprzywilejowane grupy pacjentów

Jak wskazuje Biuro Prasowe Rzecznika Praw Pacjenta, interwencje są podejmowane obligatoryjnie w przypadku pacjentów starszych, niepełnosprawnych, kobiet w ciąży, chorych onkologicznie i zagrożonych wykluczeniem społecznym [5].

Grupą pacjentów szczególnej troski są też pacjenci niesłyszący czy doświadczający trudności w komunikowaniu się z powodu innych niepełnosprawności. Im również odmawia się obecności wsparcia osoby towarzyszącej, pełniącej funkcję tłumacza, powołując się na art. 5 UoPP, umożliwiający ograniczenie praw pacjenta w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego. Prawem, które podmioty lecznicze mają na myśli wskazując takie obostrzenia, jest prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, a konkretniej art. 21 ust. 1 UoPP: „Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”, czyli małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Tymczasem trzeba zauważyć, że pacjent niesłyszący może chcieć skorzystać z prawa do obecności tzw. osoby przybranej, a nie osoby bliskiej. Osoba przybrana to osoba, która ukończyła 16 lat i została wybrana przez osobę uprawnioną (doświadczającą trudności w komunikowaniu się) w celu ułatwienia porozumienia z osobą uprawnioną i udzielenia jej pomocy w załatwieniu spraw, m.in. w podmiotach leczniczych. Prawo do obecności osoby przybranej w kontaktach z podmiotami leczniczymi gwarantuje pacjentowi Ustawa o języku migowym (art. 7 ust. 1) [25]. W ust. 2 tego samego artykułu dowiadujemy się, że prawo to może być ograniczone

wylącznie ze względu na zasady określone w przepisach ustawy z 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1167 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 935). Żadna z ustaw wprowadzonych w związku z pandemią COVID-19 nie odnosi się do odmowy obecności osoby przybranej w trakcie wizyty u lekarza ani nie nowelizuje postanowień ustawy o języku migowym. W związku z tym, uniemożliwianie pacjentom niesłyszącym wsparcia wybranego asystenta podczas wizyty w placówce medycznej nie znajduje żadnego prawnego uzasadnienia, nawet w dobie pandemii.

Kwestia przekazywania informacji zdrowotnej pacjentom z niepełnosprawnością słuchu jest problemem systemowym, a do łamania praw pacjenta głuchego dochodziło również przed wybuchem epidemii – notowano przypadki niechęci personelu medycznego do obecności osoby przybranej, dochodziło do prób jej wyproszenia, a niesłyszący pacjent nie był informowany o swoim stanie zdrowia [26]. Kwestia prawa pacjenta niesłyszącego (i innych pacjentów ze szczególnymi potrzebami) do otrzymywania dostępnych informacji o swoim stanie zdrowia oraz do możliwości komunikowania się z placówką, np. w formie e-mailowej ma zostać uregulowana w III kwartale 2021 r. W przypadku niespełnienia przez placówkę wymogów tzw. Ustawy o dostępności [27], poszkodowane osoby będą mogły wnioskować o zapewnienie dostępności, a w przypadku braku reakcji, będzie im przysługiwała skarga na brak dostępności.

Inną, szczególną grupą pacjentów są mieszkańcy domów pomocy społecznej (DPS-ów), czyli osoby wymagające całodobowej opieki: starsze, schorowane, niepełnosprawne. Wybuch epidemii w Polsce sparaliżował wiele DPS-ów. W placówkach zarażeni zostali zarówno podopieczni, jak i ich opiekunowie.

Pandemia obnażyła niejasny status i wadliwość regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania tych ośrodków. Nie są one podmiotami leczniczymi, a co za tym idzie – nie dotyczą ich np. wymogi dotyczące zapewnienia odpowiedniej obsady medycznej. Ich mieszkańcy są też niejako wylączeni spod nadzoru Rzecznika Praw Pacjenta, gdyż z powodów formalnych niemożliwa staje się kontrola poprawności wykonywanych procedur, tak jak to ma miejsce w placówkach medycznych.

Przyszłościowym kierunkiem wydaje się więc integracja pomocy społecznej z ochroną zdrowia, poniekąd powrót do dawnej organizacji. Wielu ekspertów wskazuje, że całkowity rozdział pomocy społecznej i opieki zdrowotnej był błędem, co widać choćby na przykładzie funkcjonowania DPS-ów [28].

W przypadku naruszenia praw, pacjent może domagać się zadośćuczynienia przed sądem

cywilnym, nawet w sytuacji, gdy nie poniósł żadnej szkody majątkowej ani nie doznał pogorszenia stanu zdrowia czy uszkodzenia ciała. W ostatnim czasie obserwuje się wyraźny wzrost liczby sporów sądowych, w których pacjenci ubiegają się o rekompensatę z powodu naruszenia np. prawa do informacji czy poszanowania intymności [7].

Prawa pacjenta a rola farmaceuty i dostęp do leków

Zgodnie z art. 27 ustawy z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, „farmaceuta ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, dostępnymi mu metodami oraz zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej”. Zgodnie z art. 28 ww. ustawy „farmaceuta ma obowiązek udzielać, na podstawie dostępnej wiedzy oraz informacji uzyskanych od pacjenta, pełnej i przystępnej informacji w ramach wykonywanej opieki farmaceutycznej oraz usługi farmaceutycznej, a w szczególności informować o produktach leczniczych i wyrobach medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych oraz o ich działaniu, stosowaniu, środkach ostrożności i ewentualnych interakcjach, a także o zasadach ich przechowywania i utylizacji” [29].

Obecnie pacjent zgłaszający się do lekarza może uzyskać receptę w ramach teleporady. W nagłych sytuacjach ma również możliwość uzyskania recepty farmaceutycznej w aptece. Aktualnie do zrealizowania recepty wystarczy jej numer i numer PESEL pacjenta. Jeżeli pacjent nie może skontaktować się z lekarzem, a pilnie potrzebuje leku, który wymaga recepty, może udać się do apteki, gdzie farmaceuta ma prawo wystawić e-receptę (tzw. receptę farmaceutyczną). Może być ona wystawiona jedynie przez farmaceutę, który posiada prawo wykonywania zawodu farmaceuty. Recepta farmaceutyczna może być wystawiona maksymalnie na 180 dni kuracji. Na takiej receptce nie można przepisać leków zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe. Przy wystawianiu e-recepty, farmaceuta może przeprowadzić z pacjentem wywiad medyczny i poprosić go o podpisanie oświadczenia o aktualnie zażywanych lekach lub aktualnym stanie zdrowia. Recepta farmaceutyczna jest realizowana z odpłatnością 100% [30].

Trzynastego marca 2020 r. został opublikowany „Komunikat Ministra Zdrowia dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem”. W związku z rozwiązaniami

mającymi zapobiegać rozprzestrzenianiu się epidemii, minister zdrowia rekomenduje w przypadku wizyty pacjenta, która miałaby się odbyć wyłącznie w celu wydania leku, dostarczenie leku przez szpital bezpośrednio do pacjenta w miejscu jego zamieszkania lub do jego przedstawiciela ustawowego. W sytuacji, gdy nie będzie to możliwe lub będzie utrudnione, rekomenduje wydanie leku z apteki szpitalnej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie przez niego upoważnionej [31].

Zgodnie z art. 106. ust. 3. ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, apteka szpitalna może zaopatrywać w leki pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych oraz pacjentów korzystających z chemioterapii w trybie ambulatoryjnym [32].

Możliwość wydania leku osobie upoważnionej przewidziana jest w Zarządzeniu nr 20/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 lutego 2020 r. Załącznik do zarządzenia – „Karta wydania leku” przewiduje podpisanie oświadczenia przez osobę upoważnioną. Jednak nie zapewnia to ochrony w dobie epidemii, ponieważ ktoś musi się po ten lek zgłosić [31].

Minister zdrowia zobowiązuje szpital, w którego skład wchodzi apteka szpitalna do realizacji i zorganizowania dostawy. Sposób dostarczenia leku z apteki szpitalnej bezpośrednio do pacjenta nie jest uregulowany w przepisach prawa. Konieczne jest uregulowanie tej kwestii. Obecne przepisy ustawy Prawo farmaceutyczne są niewystarczające do właściwej realizacji takiego zadania przez apteki szpitalne [31].

Z obowiązku państwa do zapewnienia ochrony zdrowia swoich obywateli wynika konieczność zagwarantowania pacjentom realnego dostępu do leków. Dostępność leków jest bardzo istotnym elementem zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa farmaceutycznego. Dostęp do leków może być rozpatrywany także w kategorii praw człowieka. Zapewnienie przez państwo dostępu do leku jest możliwe tylko w przypadku, gdy znajduje się on fizycznie w obrocie i na rynku jest jego wystarczająca ilość. Utrudnienia w dostępie do niektórych leków stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego obywateli. Brak dostępności produktów leczniczych może prowadzić do: zmiany niedostępnego leku na inny, mniej sprawdzony; wzrostu kosztów związanych ze sprowadzeniem leku; braku nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii produktami leczniczymi sprowadzanymi indywidualnie dla pacjentów; wzrostu kosztów ponoszonych przez pacjenta (alternatywna farmakoterapia może być znacznie droższa, może nie być refundowana); zagrożenia zdrowia publicznego w przypadku nieefektywnego leczenia niektórych

chorób; prób zdobywania leków z niesprawdzonych źródeł [33].

Przy zagrożeniu braku dostępności leków, pacjenci i placówki zdrowotne gromadzą zapasy. Aby zminimalizować ten stan, niektóre państwa członkowskie UE wprowadziły reglamentację na leki. W Polsce takie ograniczenie podczas pandemii COVID-19 dotknęło niektóre produkty, np.: Arechin (chlorochina) i Plaquenil (hydroksychlorochina). Minister zdrowia w obwieszczeniu z 1 kwietnia 2020 r. wprowadził ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu tych produktów leczniczych na jednego pacjenta [34]. Ograniczenie to zostało zniesione od 1 września 2020 r. [35]. Minister zdrowia 30 listopada wprowadził także ograniczenie w ordynowaniu i wydawaniu produktu Viregyt-K (*Amantadini chydrochloridum*) [36].

W Polsce, minister zdrowia na mocy wprowadzonej tzw. specustawy koronawirusowej z 2 marca 2020 r. może wprowadzać wspomnianą powyżej reglamentację produktów leczniczych oraz ustalać maksymalne ceny zbytu leków (także OTC), wyrobów medycznych (np. maseczek, rękawiczek) oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego [37]. Daje to możliwość walki z nielegalnym handlem oraz spekulacjami cenowymi wobec produktów leczniczych, które cieszą się dużym zainteresowaniem w czasie pandemii. Większą kontrolę nad obrotem lekami zapewnia nakazanie hurtowniom farmaceutycznym sprzedaży leków wyłącznie do aptek, bez umożliwienia dystrybucji do punktów pozaptecznych [38].

Farmaceuci odgrywają znaczącą rolę w ograniczaniu pojawiających się niedoborów lekowych związanych z pandemią COVID-19. Zadaniem ich jest zabezpieczanie leków dla pacjentów, którzy stosują je w zarejestrowanych wskazaniach. Farmaceuci szpitalni i farmaceuci kliniczni współpracujący z lekarzami uczestniczą w wyborze leków i optymalizacji farmakoterapii. Farmaceuci szpitalni znają politykę dotyczącą stosowania produktów leczniczych w placówkach, system skomputeryzowanego wprowadzania zamówień (CPOE), stany magazynowe i wytyczne dotyczące leków, co pozwala im wspierać innych pracowników ochrony zdrowia w czasie pandemii w tych nowych wyzwaniach, a przy tym wzmacniać bezpieczeństwo pacjentów [39].

Dobre praktyki na przyszłość

Trwająca epidemia jedynie unaoczniała kondycję polskiego systemu ochrony zdrowia i przyczyniła się do obnażenia problemów, które wcześniej zdawały się być niedostrzegane. Na ten wyraźny przekaz ustawodawca powinien zwrócić szczególną

uwagę i starać się wypracować najlepsze rozwiązania na przyszłość.

Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta wydała rekomendacje dotyczące ochrony zdrowia w obecnej sytuacji związanej z koronawirusem. W związku z przewidywaniami drugiej fali epidemii sugerowała wprowadzenie strategii przeciwepidemicznej, uwzględniającej bezpieczeństwo i potrzeby pacjentów oraz personelu medycznego. Aby nie pozostawiać pacjentów psychiatrycznych bez opieki, a jednocześnie zapewnić należyte bezpieczeństwo im oraz personelowi, zaproponowano prowadzenie konsultacji na przemian w formie kontaktu bezpośredniego i w trybie zdalnym.

Szczególne nacisk położono na wzmocnienie roli telemedycyny oraz dopracowanie rozwiązań wprowadzanych w maju 2020 r. niedbale i w pośpiechu. Zwrócono uwagę na pacjentów zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym (osoby starsze, z niepełnosprawnościami, wymagające asysty opiekuna, pacjentów onkologicznych oraz mieszkańców DPS-ów). Rada zwróciła uwagę, że podejmowanie decyzji terapeutycznych w stosunku do pacjentów powinno zostać oparte o indywidualną ocenę zagrożenia w danej placówce, a nie o narzucany odgórnie schemat organizacji pracy [40].

Aktualna pandemia COVID-19 nie będzie jedyną, której przyjdzie nam stawić czoła. Na stronie ECDC zwrócono uwagę na światowe zagrożenie nowymi chorobami zakaźnymi, wywoławanymi przez choroby odzwierzęce. Jak przypomina wirusolog z Centrum Medycznego Uniwersytetu Erazma, Bart Haagmans: „Ludzie mają coraz częstszy kontakt ze zwierzętami. Także najnowszą epidemię, zapoczątkowaną w Chinach, prawdopodobnie zainicjowały kontakty na targach zwierząt”. Dodatkowo, wskutek zmian klimatu choroby dotychczas pojawiające się lokalnie będą rozwijać swój zasięg. Mogą być przenoszone przez owady i docierać na nowe obszary, tak jak w przypadku choroby przeżuwaczy wywołanej wirusem Schmallenberg czy choroby niebieskiego języka [41]. Należy zatem z aktualnej sytuacji spowodowanej COVID-19 wyciągnąć odpowiednie wnioski, przetestować różne rozwiązania i opracować procedury szybkiego reagowania na wypadek podobnych katastrof zdrowotnych w przyszłości [41].

Podsumowanie

1. Pandemia COVID-19 znacznie ograniczyła prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych.
2. Przy ograniczeniu dostępności świadczeń zdrowotnych, wszyscy pacjenci zasługują na równe traktowanie w dostępie do tych świadczeń, oparte na kryteriach medycznych.

3. Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 wpłynęła na ograniczenie prawa pacjenta do obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie usług telemedycznych powinno zabezpieczać prawa pacjenta do poszanowania intymności oraz ochronę danych osobowych.
5. Kwarantanna ogranicza prawa pacjenta i prawa wolności osobistej.
6. Farmaceuci odgrywają istotną rolę w ograniczaniu niedoborów lekowych związanych z pandemią COVID-19.
7. Farmaceuci i inni pracownicy ochrony zdrowia powinni działać na rzecz ograniczenia wpływu pandemii na zdrowie pacjentów.
8. Należy opracować odpowiednie procedury szybkiego reagowania na wypadek kolejnych zagrożeń epidemiologicznych.

Piśmiennictwo

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.). Dostępny w Internecie: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>Dostęp 3.09.2020.
2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r. poz. 849). Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000849/O/D20200849.pdf>. Dostęp 3.09.2020.
3. Naworska A. Prawa pacjenta w dobie koronawirusa – e-poradnik dla placówek medycznych. Warszawa: Wiedza i Praktyka, 2020. Dostępny w Internecie: https://www.profitest.pl/sites/profitest.pl/attachments/059/59481_21ad41402ecb1862.pdf. Dostęp 25.07.2020.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. poz. 491 z późn. zm.). Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000491/O/D20200491.pdf>. Dostęp 3.09.2020.
5. Nowosielska K. Rekordero dużo skarg, bo niektóre przychodnie zamknęły się przed pacjentami. Dostępny w Internecie: <https://www.prawo.pl/zdrowie/ograniczenie-praw-pacjenta-w-czasie-epidemii-koronawirusa,499601.html>. Dostęp 25.07.2020.
6. Gierblińska K. Telegram pacjencki: co z prawami pacjenta w okresie epidemii? Dostępny w Internecie: <https://www.medexpress.pl/telegram-pacjencki-co-z-prawami-pacjenta-w-okresie-epidemii/77257>. Dostęp 25.07.2020.
7. Strzelec P. Prawa pacjenta w czasie epidemii. Dostępny w Internecie: <https://interpolska.pl/blog/prawa-pacjenta-w-czasie-epidemii-2/>. Dostęp 20.08.2020.
8. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The toughest triage – allocating ventilators in a pandemic. *N Engl J Med*. 2020; 382: 1973–1975.
9. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382(21): 2049–2055.
10. Pawlikowski J.: Etyczny wymiar decyzji priorytetowych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19. *Med. Prakt.* 2020; 4: 151–158
11. Greniuk A. USA. „Segregacja do respiratora”. Osoby z niepełnosprawnością na straconej pozycji. Protestują. Dostępny w Internecie: http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/954253?action=table.ToggleExpandedAll&ci=document_add_comment&tableId=372. Dostęp 3.09.2020.
12. Rzecznik Praw Pacjenta. Prawo do poszanowania intymności i godności. Dostępny w Internecie: <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-poszanowania-intymnosci-i-godnosci>. Dostęp 20.08.2020.
13. Zarządzenie nr 104/2020/DSOZ z 8 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem,

- przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Dostępny w Internecie: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarzadzanie-nr-1042020dsoz,7207.html>. Dostęp 3.09.2020.
14. Narodowy Fundusz Zdrowia. Poród rodzinny w czasie epidemii Covid-19. Dostępny w Internecie: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/porod-rodzinny-w-czasie-epidemii-covid-19,414.html>. Dostęp 20.08.2020.
15. Narodowy Fundusz Zdrowia. Aktualności Centrali. Teleporady dotyczące koronawirusa w przychodniach. Dostępny w Internecie: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-dotyczace-koronawirusa-w-przychodniach,7621.html>. Dostęp 20.08.2020.
16. Sztuwe A. Telemedycyna w dobie pandemii – jak stosować. Dostępny w Internecie: <https://serwiszoz.pl/sl/4326127359299b2c076c48449f004773>. Dostęp 20.08.2020.
17. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej gov.pl. Infolinia w sprawie koronawirusa dla osób głuchych – efekt współpracy dla dostępności. Dostępny w Internecie: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/infolinia-w-sprawie-koronawirusa-dla-osob-gluchych--efekt-wspolpracy-dla-dostepnosci>. Dostęp 20.08.2020.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 1395). Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001395/O/D20201395.pdf>. Dostęp 3.09.2020.
19. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2019 poz. 1239). Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20082341570/O/D20081570.pdf>. Dostęp 5.10.2020.
20. 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. 2020 poz. 374). Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000374/U/D20200374Lj.pdf>. Dostęp 5.10.2020.
21. Andrzejewicz M. Legalne ograniczenie praw pacjenta w związku z epidemią SARS-CoV-2. Dostępny w Internecie: <https://pulsmedycyny.pl/legalne-ograniczenie-praw-pacjenta-w-zwiazku-z-epidemia-sars-cov-2-987089>. Dostęp 20.08.2020.
22. Pankowska M. RPO: „Kwarantanna i zakaz poruszania się sprzeczne z Konstytucją”. Są do podważenia. Dostępny w Internecie: <https://oko.press/rpo-kwarantanna-i-zakaz-poruszania-sie-sprzeczne-z-konstytucja-sa-do-podwazenia/>. Dostęp 3.09.2020.
23. Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz.U.2017 poz. 1897). Dostępny w Internecie: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20020620558/U/D20020558Lj.pdf>. Dostęp 5.10.2020.
24. Turek R. Poszanowanie praw człowieka i obywatela w czasie pandemii COVID-19 na gruncie Konstytucji RP. W: Stępień K. (red.) Państwo i prawo w czasach COVID-19. Warszawa: Think & Make, 2020: 75–87.
25. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U.2017 poz. 1824). Dostępny w Internecie: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170001824/O/D20171824.pdf>. Dostęp 5.10.2020.
26. Kisil-Czajkowska M, Laskowska-Klimczewska A. CODA: Inność nierozpoznana. W: Świdziński M. (red). Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Warszawa, 2014.
27. Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U.2020 r. poz. 1062). Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001062/O/D20201062.pdf>. Dostęp 5.10.2020.
28. Pawłowska E, Przybyszewski M. Gość Integracji: Rzecznik Praw Pacjenta. Integracja 3/2020. Dostępny w Internecie: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1116866>. Dostęp 5.10.2020.
29. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Dz.U. 2021 poz. 97. Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000097/O/D20210097.pdf>. Dostęp: 22.02.2021.
30. Smółka B. Poradnik prawny. Prawa pacjenta w dobie koronawirusa. Dostępny w Internecie: <https://bip.powiatraciborski.pl/main/szukaj/www/poradnik%20prawny.html>. Dostęp 22.02.2021.
31. Janiszewski R. Czy aptekarz zapuka do drzwi chorego? Dostępny w Internecie <https://www.medexpress.pl/czy-aptekarz-zapuka-do-drzwi-chorego/77013>. Dostęp 22.02.2021
32. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. 2001 Nr 126 poz. 1381. Dostępny w Internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261381>. Dostęp 22.02.21.
33. Gałzka-Sobotka M, Zysk R, Piekłak M, Czarnuch M, Mądry M, Arnaudow W, Rumiancew K, Duszyńska M (2019). Przyczyny ograniczonej dostępności leków w Polsce: diagnoza i propozycje rozwiązań. Warszawa, Uczelnia Łazarskiego.
34. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2020 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 28). Dostępny w Internecie: <https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2020.024.0000028.obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-ograniczenia-w-ordynowaniu-i-wydawaniu-produktow-leczniczych-na-jednego-pacjenta.html>. Dostęp 22.02.2021.
35. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. uchylające obwieszczenie w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta (Dz. Urz.MZ.2020.62). Dostępny w Internecie: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-resortowe/uchylenie-obwieszczenia-w-sprawie-ograniczenia-w-ordynowaniu-i-35797894>. Dostęp 22.02.2021.
36. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 102). Dostępny w Internecie: <https://www.oia.krakow.pl/index.php/aktualnosci/1139-obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-30-listopada-2020-r-w-sprawie-ograniczenia-w-ordynowaniu-i-wydawaniu-produktow-leczniczych-na-jednego-pacjenta>. Dostęp 22.02.2021.
37. 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. 2020 poz. 374. Dostępny w Internecie: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000374/U/D20200374Lj.pdf>. Dostęp 22.02.2021.
38. Kurowska P, Giermaziak W. Epidemia koronawirusa COVID-19 a dostęp do leków. *Farm. Pol.* 2020; 76(9): 500–508.
39. Badreldin HA, Atallah B. Global drug shortages due to COVID-19: Impact on patient care and mitigation strategies. *Res Social Adm Pharm.* 2020; May 19: S1551–7411(20)30569–6.
40. Pieniążek-Osińska B. Druga fala koronawirusa na jesieni, Jak się przygotować? Dostępny w Internecie: <https://www.politykazdrowotna.com/61638,druga-fala-koronawirusa-na-jesieni-jak-sie-pozygotowac>. Dostęp 5.10.2020.
41. Świat po COVID-19: przygotowania do następnej pandemii. Dostępny w Internecie: <https://cordis.europa.eu/article/id/418256-beyond-covid-19-preparing-for-the-next-pandemic/pl>. Dostęp 10.11.2020.