

Wybrane zagadnienia zmian legislacyjnych w czasie pandemii

Iwona Wrześniewska-Wal^{1*}, Anna Augustynowicz¹, Dariusz Hajdukiewicz¹, Lidia Janiszewska¹, Michał Waszkiewicz¹, Wojciech Zgliczyński²

¹ Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, Polska

² Zakład Geriatrii i Gerontologii, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, Polska

SŁOWA KLUCZOWE:

- personel medyczny
- ochrona zdrowia
- epidemia
- legislacja

STRESZCZENIE

Celem artykułu było przedstawienie wybranych problemów polityki zdrowotnej w kontekście zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia na przykładzie działań związanych z epidemią wirusa SARS-CoV-2 a także pokazanie zakresu i tempa zmian i ich ocena. Pierwsza grupa zagadnień obejmuje analizę przepisów dotyczących wprowadzonych zmian organizacyjnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które od początku pandemii zmieniły zakres opieki stacjonarnej i rozwinęły działalność w ramach teleporad. Druga grupa to zmiany, które nałożyły się na regulacje przeciwdziałające zakażeniom wirusem SARS-CoV-2 w zakresie RODO i dokumentacji medycznej. Trzecia to już analiza przepisów prawa szczegółowo regulujących prawa i obowiązki personelu medycznego oraz pacjentów, które z jednej strony modyfikują odpowiedzialność prawną osób udzielających świadczeń, a z drugiej wprowadzają ograniczenia dostępu do nich.

KEYWORDS:

- medical personnel
- health protection
- epidemic
- legislation

ABSTRACT

The aim of the article was to present selected problems of health policy in the context of legislative changes in health care on the example of activities related to the SARS-CoV-2 virus epidemic, as well as to show the scope and pace of changes and their assessment. The first group of issues covers the analysis of the provisions introduced regarding organizational changes in entities providing medical activities, which, from the beginning of the pandemic, changed the scope of inpatient care and developed teleconsulting activities. The second group consists of changes that overlapped with regulations counteracting SARS-CoV-2 virus infections in the scope of GDPR and medical documentation. The third is an analysis of legal provisions regulating in detail the rights and obligations of medical personnel and patients, which on the one hand modify the legal liability of persons providing services, and on the other, introduce restrictions on access to them.

Wstęp

Wśród osób zatrudnionych w ochronie zdrowia pandemia COVID-19 wywołuje wiele pytań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w aspekcie ich organizacji a także z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej. Dynamiczne zmiany przepisów dotyczące ochrony zdrowia wymagają wyjaśnienia i komentarza.

Celem pracy jest przedstawienie i omówienie najważniejszych zmian legislacyjnych dla personelu medycznego, jakie miały miejsce w 2020 i 2021 r. Wszystkie z omówionych w tym artykule regulacji wiążą się z reakcją ustawodawcy na sytuację epidemiologiczną w kraju.

Dość szybko wdrożone zostały zmiany organizacyjne w placówkach medycznych polegające na dostosowaniu ich pracy do walki z wirusem. Ważnym rozwiązaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej okazało się wprowadzenie i upowszechnienie udzielania świadczeń on-line.

Oprócz zalet takie rozwiązanie ma też ograniczenia, w tym w szczególności brak możliwości przeprowadzenia badania przedmiotowego pacjenta. Dodatkowo epidemia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 oraz wywołane nią zakłócenia w funkcjonowaniu podmiotów udzielających świadczeń, upoważnia do podejmowania stale aktualnych tematów związanych z ochroną i dokumentowaniem danych osobowych pacjentów. Wśród rozwiązań legislacyjnych związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii nie sposób stawiać pytań o sposoby zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i realizacji prawa, jakim jest dostęp do opieki zdrowotnej.

W związku z wybuchem pandemii zmianie uległy regulacje prawne wpływające na system ochrony zdrowia. Aktem prawnym regulującym zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych u ludzi jest ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (1). Określa ona

Adres do korespondencji: *Iwona Wrześniewska-Wal, Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Kleczewska 61/63; 01-826 Warszawa, Polska; e-mail: iwresniewska@cmkp.edu.pl.

ISSN 2657-9669/ This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License. Copyright © 2021 CMKP.

Publikowane i finansowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; <https://doi.org/10.36553/wm.69>

zasady i tryb zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu likwidacji źródeł zakażenia. Jednak przepisy ww. ustawy miały zastosowanie tylko do zakażeń i chorób zakaźnych, których wykaz był określony w załączniku do tej ustawy. Naturalnym było, że w momencie wybuchu pandemii zakażenie wirusem SARS-CoV-2 było poza zakresem tego załącznika. Ta sytuacja uległa zmianie, gdyż na mocy rozporządzenia minister zdrowia objął zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przepisami ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (2).

Kolejne zmiany w przepisach i nowe regulacje związane były ze koniecznością podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Przepisy te miały niewątpliwą wpływ na kształt polskiego systemu ochrony zdrowia.

Zmiany organizacyjne w podmiotach leczniczych

Jednym z obszarów aktywności ustawodawcy w związku z zaistniałym zagrożeniem epidemicznym było wprowadzenie regulacji prawnych mających na celu zagwarantowanie opieki medycznej osobom podejrzany o zakażenie lub osobom zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z art. 7 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (3), świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (czyli m.in. szpitale, przychodnie) lub lekarzy i lekarzy dentyistów udzielających świadczeń za pomocą systemu teleinformatycznego, wpisanych do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą. Wykaz tych podmiotów jest ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wojewody oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia opieki zdrowotnej, są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Na początku walki z pandemią jedną z pierwszych decyzji było przekształcenie kilkunastu szpitali w szpitale zakaźne, które zajmowały się tylko i wyłącznie pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 lub chorymi na COVID-19 (tzw. szpitale jednoimienne). W obowiązującym stanie prawnym, jeżeli lekarz podejmuje decyzję o zastosowaniu wobec pacjenta hospitalizacji kieruje go do odpowiedniego szpitala. Od 15 września 2020 r. wprowadzono szpitale I, II lub III poziomu oraz szpitale zakaźne oraz szpitale mające w swojej strukturze oddziały zakaźne. Szpitale I poziomu mają zapewnić łóżka dla pacjentów

podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Szpitale II poziomu są zobowiązane do leczenia pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, którzy wymagają leczenia w warunkach szpitalnych. Natomiast szpitale III poziomu są zobowiązane do leczenia schorzeń innych niż COVID-19, które wymagają leczenia w warunkach szpitalnych u pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (4). Dodatkowo spośród szpitali sprawujących opiekę nad pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 wyznaczono tzw. szpitale koordynujące. Ponadto, na podstawie polecenia Prezesa Rady Ministrów wydanego na mocy art. 11h ust. 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, tworzone są tzw. szpitale tymczasowe. Funkcjonują one jako jednostki organizacyjne podmiotów leczniczych udzielające świadczeń zdrowotnych poza siedzibą tego podmiotu. Co do zasady podmioty te mają udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom skierowanym przez lekarza na obowiązkową hospitalizację. Dotychczasowe skromne doświadczenia z działalności takich podmiotów wskazują na potencjalny rozdział między regulacjami prawnymi, a ich realizacją.

Teleporada w COVID-19

W dobie pandemii COVID-19 udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość wkracza w nowy etap, choć zręby prawne do udzielania tego typu świadczeń istniały już od 2015 r. w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z tą ustawą działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (5). Oznacza to, że na gruncie prawa polskiego ustawodawca dość szeroko wyznacza zakres tej regulacji. Ze względu na zakres przedmiotowy kluczowym pojęciem jest definicja świadczenia zdrowotnego (6). Z punktu widzenia zakresu podmiotowego równolegle wprowadzone zostały zmiany w ustawach zawodowych, a istotne miejsce w tych regulacjach ma art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, który stanowi, że porada lekarska może się odbyć przy osobistej obecności lekarza i pacjenta, jak i za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (7). Podobne zmiany, wprowadzone zostały do regulacji dotyczących zasad wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej [art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (8) oraz w ograniczony sposób w art. 41 ust. 3 oraz 11 ust. 10a i 10b w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (9)].

Dodatkowo kwestia udzielania teleporad została uporządkowana jeszcze przed epidemią na mocy ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (10), kiedy to weszły w życie przepisy wprowadzające możliwość zbadania pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Dla rozwoju tego typu świadczeń zdrowotnych istotne również było, że od 5 listopada 2019 r. weszły w życie zmiany włączające do zakresu świadczeń gwarantowanych poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (11). Uzupełnieniem, a zarazem szczegółowym określeniem zakresu porady, jest zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (12). Było to *de facto* włączenie teleporady do systemu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

W 2020 r. w odpowiedzi na zagrożenia wywołane epidemią choroby COVID-19 ustawodawca zareagował wydaniem nowej ustawy 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 (ustawy o COVID-19) (13), która wprowadza na czas ograniczony, bo do 9 marca 2021 r. możliwość udzielania teleporad związanych z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z art. 7 ust. 4 ustawy o COVID-19 celem teleporady jest udzielenie informacji i pomocy osobom, które podejrzewają obecność wirusa SARS-CoV-2 w swoim organizmie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego (udostępnionego przez odpowiednią jednostkę podległą ministrowi zdrowia tj. CSIOZ – *Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia*). W celu szerokiego dostępu do teleporad związanych z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 ustawodawca wprowadził szereg ułatwień polegających na możliwości pominięcia wpisu takiej aktywności do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz braku konieczności prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej (wprowadzono kartę teleporady). W związku z tym, że diagnostyka, w tym różnicowa takich jednostek jak zakażenia wirusem SARS-CoV-2, zakażenia wirusem grypy oraz tzw. przeziębienia spoczywa na lekarzu/ach POZ, pojawił się problem standardów organizacyjnych teleporad. Zostały one wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej w formie rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (14).

Teleporady rozwinęły się jednak nie tylko w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, ale również ze względu na wprowadzenie w czasie epidemii ograniczeń w dostępie do niektórych świadczeń (15). Drugim elementem przyspieszającym rozwój tej formy opieki było włączenie części tych świadczeń do katalogu świadczeń gwarantowanych. Przykładem świadczeń telemedycznych (wprowadzanych przepisami bez ograniczeń czasowych) są m.in. świadczenie pielęgnacyjnej i opiekuńczej opieki długoterminowej, ambulatoryjna opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz porady lekarskie i pielęgniarstwo w ramach POZ (16). W efekcie telemedycyna, w dobie pandemii COVID-19 stała się dość powszechnie stosowanym sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych – nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, zdalne konsultacje stały się dominującą formą opieki nad pacjentami w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej. Na początku lipca 2020 r. aż 80 proc. porad w POZ-ach stanowiły teleporady (17).

Doświadczenia ostatnich miesięcy wskazują na szereg problemów dotyczących upowszechnienia teleporad, które wymusiły kolejne rozwiązania legislacyjne. Obecnie od 16 marca 2021 r. bezpośredniego kontaktu wymagają pacjenci:

- a) którzy nie wyrazili zgody na realizację świadczenia w formie teleporady;
- b) podczas pierwszej wizyty realizowanej przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ, wskazanych w deklaracji wyboru;
- c) z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów;
- d) w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej;
- e) dzieci do 6. roku życia poza poradami kontrolnymi w trakcie leczenia, ustalonego w wyniku osobistego badania pacjenta, których udzielenie jest możliwe bez badania fizykalnego. Jednak zgodnie z nową

regulacją w celu usprawnienia opieki w dwóch sytuacjach jest możliwe udzielenie teleporady pomimo braku zgody na konsultację w tej formie: gdy wizyta dotyczy wystawienia recepty do kontynuacji leczenia lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz gdy pacjent oczekuje wydania zaświadczenia lekarskiego (18).

Należy się spodziewać, że po wygaśnięciu epidemii teleporady utrzymają się – zwłaszcza w sytuacjach takich jak choroby przewlekłe, kiedy pacjent wymaga powtórzenia leków i badań diagnostycznych, które może wykonać w domu, a lekarz może to razem z pacjentem zobaczyć on-line. W tej sytuacji większego znaczenia nabrały kwestie zapewnienia bezpieczeństwa danych osobowych oraz kwestie prywatności, które będą wymagały rewizji dotychczas istniejących rozwiązań prawnych.

Ochrona danych osobowych pacjentów

Pandemia COVID-19 sprowokowała szereg pytań z zakresu ochrony danych osobowych. Szczególnie istotne wydają się pytania o zakres niezbędnych zmian w dotychczas funkcjonujących procedurach chroniących dane osobowe, a także czy dane pobierane w kontekście zapobiegania rozpowszechnianiu się pandemii są danymi osobowymi i jaka jest właściwa podstawa prawna ich przetwarzania.

Pierwszą z katalogu wątpliwości powiązanych z ochroną danych osobowych, która pojawiła się na początku epidemii COVID-19 było określenie czy ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO) w ogóle obowiązuje w sytuacji nadzwyczajnej? Zawieszenie norm unijnego rozporządzenia pojawiło się także jako jedno z elementów walki z pandemią COVID-19.

Normy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych mogą zostać ograniczone we wskazanym zakresie na mocy art. 23 RODO, na podstawie aktu prawnego państwa członkowskiego lub prawa Unii Europejskiej. Taką drogę obrały Węgry, wprowadzając dekret 179/2020, który został odebrany krytycznie m.in. ze względu na bezterminowość wprowadzonych ograniczeń (19). W prawodawstwie polskim brak jest jednak podobnego rozwiązania, a zatem RODO obowiązuje w pełni. Co więcej, trudno tutaj pominąć stanowisko Europejskiej Rady Ochrony Danych Osobowych (EROD), która wskazuje, że stan pandemii nie tylko nie wyłącza ochrony przewidzianej przez RODO (20), a rozporządzenie może wręcz stanowić dodatkowy mechanizm walki z rozprzestrzenianiem się COVID-19. EROD wprost wskazała, że RODO przewiduje właściwe i możliwe do stosowania nawet w czasie pandemii mechanizmy ochrony danych osobowych, a jednocześnie właśnie owe środki stanowić mogą dodatkową podstawę wzmocnienia zaufania społecznego dla działań państw członkowskich, w kontekście wszelkich ograniczeń wprowadzonych do przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Stan pandemii to także szereg regulacji wprowadzanych lub rozwijanych ściśle w powiązaniu z działaniami na rzecz zwalczania COVID-19, a jednocześnie obejmujących operacje przetwarzania danych osobowych. Do tego typu procedur niewątpliwie należy pomiar temperatury ciała przy wejściu do określonych budynków, w tym także podmiotów leczniczych. Początkowo istniało dużo wątpliwości w zakresie określenia tej informacji w kontekście ochrony danych osobowych (21). Na dzień dzisiejszy, poprzez komunikat EROD-u oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych

Osobowych, wynik pomiaru temperatury jest daną dotyczącą zdrowia, przetwarzaną w celu zwalczania pandemii na podstawie art. 9 ust. 2 lit. i RODO w powiązaniu z wspomnianą już ustawą o COVID-19.

Określenie temperatury ciała, jako danej szczególnej kategorii niesie za sobą konsekwencje na płaszczyźnie relacji pracodawca-pracownik. Pracodawcy nie wolno, bez odpowiedniej podstawy prawnej (np. decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego), pobrać tej danej od pracownika. Jednocześnie ewentualna zgoda pracownika na pobór temperatury nie może być tutaj rozpatrywana jako właściwa podstawa prawna do wykonywania tego typu pomiarów – trudno chociażby uznać jej dobrowolność w kontekście art. 7 RODO.

W związku ze zwalczaniem pandemii wiele instytucji w znacznie szerszym zakresie zaczęło także korzystać z pracy zdalnej oraz wideokonferencji. W tym zakresie w kwestii ochrony danych osobowych, tylko w ramach wskazania wybranych problemów, należy zwrócić uwagę na konieczność pisemności zarówno procedur pracy zdalnej, jak i poleceń wykonywania pracy zdalnej oraz szkoleń z zakresie bezpieczeństwa korzystania z rozwiązań informatycznych dostarczanych przez pracodawcę (np. higieny korzystania z poczty e-mail czy ustawienia kamery w trakcie wideokonferencji). Uwagi wymaga kwestia urzędzeń, które mają służyć pracy zdalnej, szczególnie gdy jest *de facto* sprzętem prywatnym pracownika (m.in. kwestie dostępu do tego sprzętu pozostałych domowników, określenie wymogów, z którym pracodawca będący administratorem danych osobowych wiąże poziom bezpieczeństwa dający gwarancje zgodnego z RODO przetwarzania danych osobowych). Konieczne jest także zwrócenie uwagi na właściwe procedury postępowania z dokumentacją papierową, która paradoksalnie jest często wykorzystywana w pracy zdalnej. W procedurze zatem powinny być zawarte m.in. zasady jej przechowywania po zakończeniu pełnienia obowiązków służbowych w trybie zdalnym oraz zasady jej transportowania pomiędzy siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania pracy (22).

Dokumentacja medyczna

Wprowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, jako podstawowej formy dokumentowania działalności leczniczej, planowano już wiele lat temu. Wszystko wskazuje na to, że ten milowy krok w procesie informatyzacji ochrony zdrowia zostanie zrobiony właśnie teraz w czasach pandemii COVID-19. Dnia 15 kwietnia 2020 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (24), które zastąpiło poprzednie pozwalające na hybrydową formę prowadzenia dokumentacji medycznej, czyli w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej (25). Rozporządzenie przewiduje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach, zdefiniowanych jako brak odpowiednich warunków organizacyjno-technicznych do prowadzenia dokumentacji w takiej formie oraz gdy przepis rozporządzenia tak stanowi, dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej. Wśród nowych rozwiązań wprowadzono również konieczność ujednolicenia dokumentacji medycznej w danym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, szereg uproszczeń w zakresie jej prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym ograniczenie zakresu przetwarzanych danych. Ponadto

wprowadzono szereg rozwiązań ułatwiających i przyspieszających wymianę informacji. Wyłączono między innymi obowiązek prowadzenia dokumentacji zbiorczej w przypadku, gdy dokumentacja indywidualna jest prowadzona w postaci elektronicznej. W konsekwencji wymaga wdrożenia rozwiązań, które z ww. informacji wygenerują dane do dokumentacji zbiorczej i nakłada na systemy informatyczne szereg nowych wymagań i funkcjonalności takich jak: wydruk raportów i danych, nowe mechanizmy bezpieczeństwa i zachowania integralności danych oraz dostępu osób uprawnionych, a także rozwiązania pozwalające na dołączanie i udostępnianie dokumentów dostarczonych przez pacjenta (odzworowania cyfrowe, mechanizmy udostępniania w chmurze, czy mechanizmy podpisywania oświadczeń przez pacjenta). Warto także zwrócić uwagę na zmianę dotyczącą karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, w myśl nowych przepisów podpisuje ją tylko lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony, a nie tak jak dotychczas lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony. Przyczyną zmiany upoważnienia ustawowego było między innymi włączenie fizjoterapeutów, jako grupy zobowiązanej do wypełniania dokumentacji medycznej. Fizjoterapeuta w ramach swojej praktyki zawodowej będzie prowadził kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej oraz wydawał zaświadczenia, orzeczenia i opinie, uwzględniając przy opisie stanu funkcjonowania pacjenta postanowienia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Nowością jest również ustanowienie podmiotu leczniczego Administratorem Danych Osobowych w myśl RODO oraz nałożenie na podmiot leczniczy obowiązku przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w określonym ustawowo czasie, w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji. W uzasadnieniu do rozwiązań podkreślono, że nowe rozwiązania mają służyć odejściu od postrzegania „dokumentacji medycznej, jako odrębnych dokumentów, często powielających te same dane, przenosząc punkt ciężkości na zbiór danych przetwarzanych w systemie teleinformatycznym, z którego mogą być generowane poszczególne rodzaje dokumentacji medycznej, czy dokumenty o charakterze sprawozdawczym”. Kolejną istotną zmianą dotyczy dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej. Będą one odąd uwierzytelniane kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Natomiast dokumentację wewnętrzną nadal będzie można podpisywać za pomocą wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podmiotu leczniczego. Rozporządzenie przewiduje asystentów medycznych, jako nową grupę osób uprawnionych do dokonywania wpisów. Na razie w ograniczonym zakresie, ale zapewne w przyszłości będzie on poszerzany. Nie określono natomiast w nowych przepisach tego jak pacjent ma się podpisywać na dokumentach medycznych. Określono, co prawda nowe funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, jednak część z nich nie jest nadal dostępna na tej platformie. Co zatem zrobić w takim przypadku? Pierwszy sposób to oczywiście zeskanowanie dokumentacji papierowej i wprowadzenie do naszego systemu elektronicznego, inny to udostępnienie indywidualnego zabezpieczonego profilu pacjenta w systemie podmiotu leczniczego, można również (wzorem usług kurierskich)

zbierać podpisy od pacjentów posługując się urządzeniem z ekranem dotykowym i rysikiem. To oczywiście jedynie przykładowe rozwiązania, które nie znalazły póki co swojego uregulowania w przepisach wykonawczych.

Należy również podkreślić, że cyfryzacja dokumentacji medycznej łączy się z kolejnymi zmianami, jakimi jest e-skierowanie wprowadzone od 8 stycznia 2021 roku. E-skierowanie stanowi cyfrową postać dokumentu umożliwiającego korzystanie ze świadczeń zdrowotnych we wszystkich wypadkach, w których konieczne jest zlecenie konkretnej procedury diagnostyczno-leczniczej, czy badania laboratoryjnego. Tak jak w przypadku elektronicznej dokumentacji medycznej celem e-skierowań jest przede wszystkim optymalizacja czasu po stronie lekarzy i pacjentów (26).

Ograniczenia prawa pacjentów

Ograniczenie prawa pacjenta jest działaniem albo zaniechaniem, posiadającym zwykle podstawę prawną, stosowanym w sytuacji nadzwyczajnej związanej z deficytem określonych zasobów. Na przykład kierownikowi podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych taką możliwość daje artykuł 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej UPP (27). Kierownik ten lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a nawet tylko ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu (w przypadku prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego). Obecnie w związku z pandemią COVID-19 mamy do czynienia z ograniczeniem praw pacjentów na bezprecedensową skalę.

Ograniczenie prawa nie może jednak oznaczać zaniechania jego stosowania. Ograniczone prawo nadal rodzi obowiązki po stronie podmiotu zobligowanego do jego poszanowania. Zmniejsza się jedynie zakres tego prawa. Dlatego wspomniany kierownik podmiotu leczniczego, który z przyczyn organizacyjnych zmuszony będzie ograniczyć odwiedzin w szpitalu, nie może całkowicie zabronić pacjentom kontaktów osobistych z osobami spoza szpitala. Podobnie ograniczenie udzielania świadczeń zdrowotnych nie powinno oznaczać całkowitego zaprzestania ich udzielania. Pozbawienia pacjenta prawa w całości nie znajduje legalnego usprawiedliwienia. Podobnie zresztą jak naruszenia prawa pacjenta, którymi będą bezprawne zwykle działania albo zaniechania, podejmowane zarówno celowo jak i nieumyślnie przez osoby związane bezpośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (najczęściej osoby wykonujące zawody medyczne), albo pośrednio oddziałujące na ich udzielanie w związku z pełnieniem określonych funkcji (zajmowaniu pewnych stanowisk) w systemie ochrony zdrowia (na przykład menedżerowie czy politycy).

Z opublikowanego w listopadzie 2020 r. aneksu do raportu „Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19” przygotowanego przez biuro Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że skargi na naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych stanowią aż 71,4% wszystkich zgłoszeń na telefoniczną infolinię w ciągu pierwszych 10 miesięcy 2020 roku. Naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych może polegać zarówno na niedochowaniu standardów wykonywania zawodów medycznych, jak i na niezachowaniu standardu infrastrukturalnego w podmiotach leczniczych (zgodnie z art. 6 ust. 1 i art. 8 UPP). W pierwszym przypadku

(zwłaszcza w odniesieniu do lekarzy, pielęgniarek czy położnych) przyczyną naruszenia prawa pacjenta będzie w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, udzielanie świadczeń bez zachowania należytej staranności lub z pogwałceniem zasad etyki zawodowej. W drugim przypadku naruszenie prawa pacjenta będzie polegało na udzielaniu tych świadczeń w warunkach nieodpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymogom fachowym i sanitarnym.

Warto podkreślić, że za nie zachowanie właściwych warunków infrastrukturalnych udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiedzialność ponosi zwykle kierownik podmiotu leczniczego, jednak ta okoliczność nie może usprawiedliwiać bierności lekarzy i innych profesjonalistów medycznych, którzy także wykonują funkcje kierownicze w konkretnych komórkach organizacyjnych tego podmiotu. To na nich spoczywa przecież obowiązek niezwłocznego zgłaszania stwierdzanych awarii, zbliżających się terminów planowych przeglądów oraz wszelkich niedostatków w zaopatrzeniu. Zgoła odmiennie przedstawiać się będzie odpowiedzialność lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne, którym przyszło udzielać świadczeń w takich warunkach. W zależności od okoliczności zachowanie profesjonalistów medycznych będzie się jednak różnić. Jeśli bowiem zachodzi sytuacja przewidziana w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – dalej UZL (7), czyli obowiązek udzielenia pomocy, lekarz nie może odmówić udzielenia takich świadczeń z wykorzystaniem dostępnych (nawet ograniczonych) metod i środków (zgodnie ze wspomnianym już standardem zawodowym zawartym w art. 4 UZL). Natomiast w przypadkach stabilnych i zwykle planowych, o możliwości zastosowania bezpieczniejszych lub nowocześniejszych metod i środków w innym miejscu i czasie lekarz powinien pacjenta poinformować zostawiając wybór jego decyzji. Także odmowa przez lekarza udzielania świadczeń zdrowotnych (o ile nie zachodzi sytuacja określona w art. 30 UZL) w warunkach niespełniających wymogów określonych w przepisach, będzie zasługiwała na usprawiedliwienie.

Ale do naruszenia prawa pacjenta do świadczeń prowadzić będzie także bezrefleksyjne stosowanie się przez kierownictwo lub personel medyczny w podmiotach leczniczych do tzw. zaleceń NFZ, w których postulowane jest ograniczanie do minimum, a nawet czasowe zawieszenie niektórych planowych przyjęć pacjentów do szpitali. Może to prowadzić wprost do przekształcenia ograniczenia prawa w czasowe pozbawienie konkretnych grup pacjentów prawa do świadczeń, bez wskazania im „przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń” zgodnie z treścią art. 6 ust. 2 UPP i z naruszeniem prawa do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia i wskazania możliwości uzyskania tego świadczenia, o którym mowa w art. 10 UPP.

Nie ulega wątpliwości, że przynajmniej część z przedstawionych tu jedynie sygnałnie bezprawnych działań lub zaniechań może zostać łatwo zakwalifikowana, jako praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjenta, o których mowa w art. 59 ust. 1 UPP.

Ograniczenie praw pacjentów do świadczeń medycznych może przynieść dramatyczne konsekwencje, których zapowiedzi obserwujemy obecnie w informacjach nt. liczby zgonów w poszczególnych miesiącach – blisko dwukrotnie wyższe wartości niż w ubiegłych latach mogą być tłumaczone nie tylko wzrostem zgonów z powodu COVID-19, ale

także wzrostem zgonów z powodu wielomiesięcznego braku dostępu do świadczeń zdrowotnych. Sytuacja ta powinna skłaniać do refleksji w zakresie odpowiedzialności osób zarządzających w systemie ochrony zdrowia na różnych jego szczeblach, nie tylko kierowników poszczególnych podmiotów leczniczych, ani tym bardziej odpowiedzialności personelu medycznego.

Personel medyczny i jego odpowiedzialność

Pandemia przyczyniła się również do istotnych dla personelu medycznego zmian w prawie karnym. Zmiana ta określana mianem „klauzuli dobrego Samarytanina”, wyłącza odpowiedzialność karną personelu medycznego po spełnieniu określonych warunków.

Dnia 28 października 2020 r. Sejm przyjął ustawę o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (28). W art. 23 przywołanej ustawy czytamy: *Nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.*

Przepis ten wyłącza odpowiedzialność karną z tytułu następujących przestępstw nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 155 k.k.), nieumyślnego spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.), nieumyślnego spowodowania lekkiego lub średniego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k.) oraz nieumyślnego narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.).

Aby personel medyczny, który zostanie oskarżony o popełnienie któregoś z powyższych czynów, mógł skorzystać z przywileju niekaralności, musi być łącznie spełnionych kilka warunków. Po pierwsze czyn musi zostać popełniony w okresie trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego. Po drugie klauzula dotyczy tylko i wyłącznie przedstawicieli zawodów medycznych, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie wskazanych przepisów ustawy oraz tych którzy zostali skierowani do zwalczania epidemii w trybie wskazanym w przepisach ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Po trzecie klauzula dotyczy wyłącznie czynów popełnionych w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19. Po czwarte równoległe z dwiema poprzednimi przesłankami musi zostać spełniona kolejna, a mianowicie działanie w szczególnych warunkach. Nie mniej jednak klauzula dobrego Samarytanina nie będzie miała zastosowania, jeśli spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Klauzula dobrego Samarytanina nie zwalnia z odpowiedzialności cywilnej i zawodowej.

Podsumowanie

Warto zauważyć, iż ustawodawca w reakcji na niespodziewaną sytuację epidemiologiczną wprowadzał regulacje prawne, które miały być skutecznym narzędziem w ograniczeniu rozprzestrzeniania się wirusa i zagwarantowaniu opieki osobom podejrzanym o zakażenie i zakażonym. Zmieniająca się sytuacja epidemiologiczna i pojawiające się nowe ustalenia naukowe wiązały się z dokonywaniem licznych nowelizacji obowiązujących przepisów prawa. Nie można także zapomnieć o niezwykle istotnej roli osób zarządzających placówkami ochrony zdrowia udzielającymi świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy w innych przypadkach niż COVID-19 wymagają pomocy medycznej, co w wielu przypadkach podyktowane jest chorobami przewlekłymi lub ich zaostrzeniami. Powinni oni tak zorganizować udzielanie świadczeń zdrowotnych by zminimalizować ryzyko zakażenia. Stąd też decyzje, które w konsekwencji mogą ograniczać prawa pacjenta. Pomocą dla pacjentów, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stała się teleporada. Niewątpliwie pandemia COVID-19 przyspieszyła rozwój telemedycyny i e-zdrowia w Polsce. Wprowadzenie e-recept i e-zwolnień oraz w tym roku e-skierowań na pewno znacznie ułatwiło współpracę na linii pacjent-lekarz w czasie lockdownu i ograniczonego dostępu do placówek, a obecnie pozwala na sprawniejszą kontynuację udzielania świadczeń.

Nie ulega wątpliwości, że i obecnie personel medyczny niezależnie od nieoczekiwanych i zaskakujących zmian w prawie niesie chorym pomoc. W związku z tym fundamentalne dla osób wykonujących zawody medyczne oraz osób zarządzających podmiotami leczniczymi są kwestie odpowiedzialności. W obliczu znacznych dziennych przyrostów liczby zachorowań na COVID-19 i wynikających z tego zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia, należy docenić kierunek zmian i intencję ustawodawcy wprowadzenia nawet w tym kształcie przepisu wyłączającego odpowiedzialność karną osób udzielających świadczeń zdrowotnych, walczących z epidemią. Ostatecznie jednak w codziennej praktyce większe znaczenie będą miały nowe doświadczenia z telemedycyną i cyfryzacją. Należy zatem pamiętać, że odpowiedzialności przy wizycie on-line jest ona taka sama jak podczas wizyty stacjonarnej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r., poz. 1849).
2. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 325).
3. Art. 7 w brzmieniu nadanym ustawą z 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 567).
4. Art. 11 h dodany ustawą z 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1747).
5. Art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295).
6. Art. 5 pkt. 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020 r. poz. 1398) oraz art. 2 pkt. 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020 r., poz. 295).

7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r., poz. 514).
8. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 562).
9. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2020 r., poz. 882).
10. Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.).
11. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 r., poz. 2120).
12. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 grudnia 2019 r., nr 177/2019/DSOZ, w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1772019dsoz,7098.html> [dostęp z dn. 13.12.2020 r.].
13. 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 r., poz. 374).
14. Rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. 2020 r., poz. 2043).
15. Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z dnia 15 marca 2020 r. w sprawie zasad udzielania świadczeń, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html> [dostęp z dn. 13.12.2020 r.] oraz Komunikat NFZ z dnia 21 marca 2020 r. zalecenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad realizacji planowych zabiegów operacyjnych. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7660.html> [dostęp z dn. 13.12.2020 r.].
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1395 ze zm.).
17. Teleporady w POZ w nowym standardzie organizacyjnym. <https://aptekarski.com/106400-teleporady-w-poz-w-nowym-standardzie-organizacyjnym> [dostęp z dn. 13.12.2020 r.].
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 427).
19. Uwagi krytyczne do dekretu 179/2020. <https://www.privacy-ticker.com/hungarian-government-suspends-gdpr-rights-for-covid-19-related-data-processing/> [dostęp z dn. 3.12.2020 r.].
20. EDPB, Statement on restrictions on data subject rights in connection to the state of emergency1 in Member States: https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file2/edpb_statement_art_23gdpr_20200602_en.pdf [dostęp z dn. 3.12.2020 r.]. EROD, Wytoczne 04/2020 w sprawie wykorzystywania danych dotyczących lokalizacji oraz narzędzi służących ustalaniu kontaktów zakaźnych w kontekście pandemii COVID-19. https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_guidelines_20200420_contact_tracing_covid_with_annex_pl.pdf [dostęp z dn. 3.12.2020 r.].
21. UODO, Sprawdzanie temperatury w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się COVID-19. <https://uodo.gov.pl/pl/138/1516> [dostęp z dn. 3.12.2020 r.], tak też EROD, Oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych w kontekście pandemii COVID-19. https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_statement_art_23gdpr_20200602_pl_1.pdf [dostęp z dn. 3.12.2020 r.] oraz Litwiński P. Wpływ pandemii na stosowanie RODO. *Abi Ekspert* 2020 nr 2; 30-31.
22. Sakowska-Baryła M. Ochrona danych osobowych w warunkach pracy zdalnej. Warszawa 2020. Kołodziej M. Dział IT w otoczeniu inspektora. Kołodziej M [red.] *Vademecum Inspektora Ochrony Danych Osobowych*. Warszawa 2020. Czub-Kielczewska S. Okiem ID-a: ochrona danych osobowych przy pracy zdalnej. *LEX/el*. 2020. Czaplinska M. Prawa zdalna. *Abi Ekspert* 2020 nr 2; 60.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666).
24. Ustawa z 9 listopada 2018 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018, poz. 2219) oraz ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 567).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015, poz. 2069).
26. Art. 59 aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398).
27. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020 poz. 849).
28. Art. 24 z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 2112).