

# Agnieszka Zemke-Górecka

---

## Regulacja praw pacjenta w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej

---

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 28, 113-128

---

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Agnieszka Zemke-Górecka

## REGULACJA PRAW PACJENTA W USTAWIE O ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozwój systemu opieki zdrowotnej powoduje depersonalizację człowieka. Każdy jest, był albo stanie się pacjentem, czyli kim? J. Ciszewski<sup>1</sup> stwierdza, iż przez pacjenta należy rozumieć osobę fizyczną, która zachowując prawo do integralności, godności i tożsamości w ramach stosunku prawnego, łączącego ją z lekarzem, poddaje się w procesie leczenia zabiegom leczniczym zmierzającym do ich wyleczenia, względnie zmniejszenia jej cierpień (w żadnym razie nie można wyłączyć dziecka poczętego z przedmiotowego pojęcia). Człowiek, który zostaje poddany świadczeniom medycznym jest zdany na wiedzę i umiejętności personelu medycznego, jego leczenie nie jest związane tylko i wyłącznie z podaniem leku, przeprowadzeniem operacji, ale także z innymi okolicznościami związanymi z procesem leczenia. Słusznie przyjmuje D. Safjan<sup>2</sup>, iż prawa pacjenta to prawa człowieka w relacji do określonej instytucji zakładu opieki zdrowotnej lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe bądź urzędowe. Zdaniem D. Karkowskiej<sup>3</sup> pacjent może samodzielnie korzystać z przynależnych mu praw i obowiązków bądź też łącznie z przedstawicielem ustawowym albo też jest reprezentowany wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego bądź sąd.

W celu potwierdzenia fundamentalnych praw człowieka i w obronie godności ludzkiej, przyjęto Powszechną Deklarację Praw Człowieka z 1948 roku, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 roku, Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych z 1966 roku, Europejską Konwencję Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 roku,

---

<sup>1</sup> J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 15.

<sup>2</sup> D. Safjan, *Zakład opieki zdrowotnej*, Antidotum 1992, nr 5, s. 9.

<sup>3</sup> D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004.

Europejską Kartę Socjalną z 1961 roku. Podstawowe prawa pacjenta znajdują się w aktach o najwyższej randze, tj. w Konstytucji oraz ustawach. Ustawa zasadnicza zapewnia prawną ochronę godności (art. 30), ochronę wolności człowieka obejmującą sferę autonomii woli (art. 31), ochronę życia (art. 38), ochronę przed eksperymentami medycznymi bez dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 39), nietykalność osobistą i wolność osobistą z ograniczeniami przewidzianymi przez ustawę (art. 41), ochronę prawną życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz prawo decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47), dostęp obywatela do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych (art. 51), wolności sumienia i religii (art. 53). Na mocy przepisu art. 68 Konstytucji każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Jak również mają obowiązek zwalczać choroby epidemiczne i zapobiegać negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Słusznie zauważa M. Nesterowicz<sup>4</sup>, iż prawa pacjenta chronione są również przez ustawy dotyczące zawodu lekarza, zakładów opieki zdrowotnej, ochrony zdrowia psychicznego, pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów i inne, przez wydane na podstawie tych ustaw akty wykonawcze, jak również kodeks cywilny i kodeks karny. Istnieją również zbiory zasad etyki lekarskiej, tytułem przykładu można wskazać Deklarację Genewską czy też Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy. Szczególnie ważna dla pacjenta jest deklaracja z Lizbony z 1981 roku, która wymienia prawa pacjenta do swobodnego wyboru lekarza, prawo do leczenia przez lekarza, którego oceny etyczne i kliniczne nie są poddane zewnętrznym naciskom, prawo pacjenta do zgody lub odmowy leczenia po otrzymaniu pełnej i rzetelnej informacji, prawo do zachowania tajemnicy, prawo do otrzymania lub odrzucenia moralnej lub duchowej pociechy, prawo do godnej śmierci<sup>5</sup>. W świetle orzecznictwa strasburskiego w szpitalach muszą istnieć regulaminy zapewniające prawną ochronę życia pacjentów

---

<sup>4</sup> M. Nesterowicz (7), *op. cit.*, s. 21.

<sup>5</sup> R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy Filozoficzne*, Warszawa 1997, s. 19.

i w związku z tym muszą być regulaminy porządkowe tworzone w ten sposób, aby jasno określić zakres obowiązków personelu i idącą za tym odpowiedzialność. Gwarantem istnienia takich regulacji musi być państwo<sup>6</sup>.

Zdaniem D. Karkowskiej<sup>7</sup> instytucjonalne gwarancje respektowania praw pacjenta można podzielić na dwie kategorie: prewencyjne i kompensacyjne. Autorka wyróżnia wśród gwarancji prewencyjnych zadania rady społecznej w sferze ochrony praw pacjenta, a w szczególności uprawnienie do uchwalania regulaminu porządkowego, analizy skarg lub wniosków wnoszonych przez pacjentów, rozpatrywanie przypadków konfliktów pomiędzy personelem medycznym i pacjentami, analizy dostępności i jakości świadczeń. Gwarancje kompensacyjne związane są z możliwością uzyskania zadośćuczynienia za naruszenia praw pacjenta.

W Polsce, w 1996 roku uznano, iż przepisy kodeksu cywilnego zawarte w art. 23-24 k.c. są niewystarczające do ochrony praw pacjenta. Przyczyną takiego stanowiska był fakt, że w każdym przypadku podstawą do zasądzenia zadośćuczynienia na rzecz PCK (zgodnie z ówczesnie obowiązującym przepisem art. 448 k.c.) nie wystarczało ustalenie, iż nastąpiło zawinione naruszenie praw pacjenta, niezbędna była także szkoda, która miała stanowić przesłankę *sine qua non*. Dlatego też w roku 1996 wprowadzono katalog prawa pacjenta w ustawie o zoz. Katalog nie ma charakteru zamkniętego, ponieważ odwołuje się do pojęć takich jak godność, wiedza medyczna itd. Godność pacjenta jest wartością konstytucyjną. Ochrona jej wynika również z przepisów Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. W orzecznictwie Trybunału Strasburskiego<sup>8</sup> uznano, że pozbawienie właściwego leczenia, jak też traktowanie człowieka w sposób powodujący w nim poczucie strachu i poniżenia, które mogą doprowadzić do załamania fizycznego i psychicznego stanowi o naruszeniu godności człowieka. Godność człowieka obejmuje wszystkie dziedziny życia. Jest ona tą sferą

---

<sup>6</sup> Skarga nr 31228/96 w sprawie Benedetti v. Włochy 1 lipiec 1998r. niepubl. oraz skarga nr 34151/96 w sprawie Scialacqua v. Włochy z 1 lipiec 1998 r. niepubl.

<sup>7</sup> D. Karkowska, *op. cit.*, s. 243.

<sup>8</sup> Podaję za M. Nesterowiczem, *Prawa pacjenta i zadośćuczynienia pieniężne za ich naruszenie w prawie medycznym i cywilnym*, „PiP” 2005, nr 3, s. 90.

osobowości, która konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwania szacunku ze strony innych ludzi<sup>9</sup>.

Dnia 12 grudnia 1998 roku opracowano Kartę Praw Pacjenta, która nie wskazywała żadnych nowych treści poza już obowiązującymi. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przygotowało dokument, w którym zgromadzono wszelkie przepisy prawne z obowiązujących w Polsce aktów prawnych dotyczących praw pacjenta. Karta Praw Pacjenta pełni przede wszystkim funkcję edukacyjno – informacyjną. Nie jest ani ustawą, ani rozporządzeniem, zatem sama w sobie nie może stanowić uzasadnienia dla określonych zachowań lub żądań.

Zgodnie z przepisem art. 7 ustawy o zoz, zakład opieki zdrowotnej ma bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy w razie zagrożenia życia lub zdrowia, bez względu na to, czy pacjent ma prawo do leczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, czy też nie. Nie oznacza to, że pacjent po udzieleniu świadczenia nie jest zobowiązany do zapłaty w razie braku ubezpieczenia. W przypadku, gdy nie jest w stanie ponieść kosztów usługi medycznej, moim zdaniem, Skarb Państwa powinien w całości opłacić świadczenie, a gdy chory kwalifikuje się do pomocy społecznej, obowiązek finansowania leży po stronie gminy.

Zgodnie z przepisem art. 19 ustawy o zoz, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, informacji o swoim stanie zdrowia, wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności.

Prawa pacjenta rozszerzono w przypadku zakładów opieki zdrowotnych udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych, w takim przypadku pacjent ma prawo również do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez siebie. Ponadto uprawniony jest do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz. Sfera ochrony rozciąga się również na prawo do opieki duszpasterskiej. Ponadto, zgodnie

---

<sup>9</sup> Wyrok SN z dnia 25 kwietnia 1989 r. I CR 143/89, OSPiKA 1990, nr 9, poz. 330.

z przepisem art. 20 ustawy o zoz, spzoz zapewnia przyjętemu pacjentowi: świadczenia zdrowotne, środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Natomiast w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

Problematyka praw pacjenta uregulowana w ustawie o zoz jest pochodną praw osobistych. Prawa pacjenta nie stanowią źródła sankcji za niewłaściwe, wywołujące krzywdę przeprowadzenie zabiegu medycznego, chociaż w literaturze przedmiotu spotykamy się również i z takim stanowiskiem reprezentowanym przez J. Jończyka<sup>10</sup>. Ich znaczenie ma znacznie szerszy zasięg, czasami nawiązujące do krzywdy, której człowiek doznał, a czasami do naruszenia wszystkiego tego, co wywodzi się z samej godności człowieka.

Podstawowym prawem pacjenta określonym w przepisie art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o zoz jest prawo do świadczeń zdrowotnych, które odpowiadają standardom wiedzy medycznej, a w sytuacjach ograniczonych możliwości ich udzielenia do korzystania z rzetelnej procedury opartej na kryteriach medycznych, ustalającej kolejność dostępu do świadczeń<sup>11</sup>.

Zdaniem W. Śniecikowskiego<sup>12</sup> prawo do świadczenia zdrowotnego ma charakter publicznego prawa podmiotowego, ponieważ jest pojęciem zdefiniowanym prawnie w ramach konstrukcji zadania publicznego, którego gwarantem zaspokojenia jest państwo. Swoje stanowisko motywuje również tym, że konstrukcja prawna, zarówno zakładu publicznego, jak i niepublicznego, opiera się na schemacie zakładu administracyjnego, który nie ma prawa odmówić udzielenia świadczenia w razie zagrożenia życia i zdrowia w świetle przepisu art. 7 ustawy o zoz. Ustawodawca wskazał w ustawie o zoz, iż świadczenie zdrowotne musi odpowiadać wymaganiom wiedzy

---

<sup>10</sup> J. Jończyk, *Odpowiedzialność za szkodę oraz krzywdę wyrządzoną pacjentowi*, „PUSiG” 2000, nr 9, s. 16.

<sup>11</sup> Prawo to wiąże się ściśle z prawem pacjenta do opieki zdrowotnej, które wynika z tzw. Europejskiej Konwencji Bioetycznej.

<sup>12</sup> W. Śniecikowski, *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publicznego prawa podmiotowego*, „PiP” 2005, nr 3, s. 64.

medycznej. Jednakże zakres tego pojęcia nie został tam określony. O wymaganiach wiedzy medycznej stanowią rozporządzenia wydane przez ministra zdrowia na podstawie przepisów ustawy o NFZ<sup>13</sup>. Żaden akt prawny nie definiuje pojęcia standardu medycznego<sup>14</sup>. W zasadzie trudno jest udzielić konkretnej odpowiedzi, czy standardy medyczne są potrzebne skoro medycyna jest sztuką. Wydaje się, że wprowadzenie ich niczego nie zmieniliby, ani też nie zminimalizowało błędów w sztuce medycznej, ponieważ podstawowym ogniwem błędu jest człowiek, jego brak wiedzy, staranności, rzetelności oraz uczciwości w zakresie powierzonych mu obowiązków. Oczywistym jest, że wówczas, np. kiedy pacjentowi zostanie wycięty zdrowy narząd, co się zdarza, to takie udzielenie świadczenia nie spełnia wymogów wiedzy medycznej. Jednakże, jak wskazuje praktyka życiowa, nie wszystkie sytuacje związane z błędami w sztuce medycznej są tak oczywiste, bowiem co zrobić w takiej sytuacji, gdy pacjent chory onkologicznie, leczony jest poprzez chemioterapię wówczas, gdy w takim przypadku należało zastosować radioterapię. Jak udowodnić, że odpowiednia wiedza medyczna powinna wskazać właściwy wybór? Jakie wymogi wiedzy nakłada prawo na lekarza i zakład opieki zdrowotnej? Naruszenia prawa pacjenta do świadczenia zdrowotnego, które polega na tym, że nie odpowiada ono wymaganiom wiedzy medycznej, jest w miarę łatwe do udowodnienia wówczas, gdy mamy do czynienia z ewidentnym błędem medycznym, ale sytuacja jest znacznie trudniejsza w przypadku stosowania określonej procedury medycznej, a nawet wszczęcia gorszych co do wartości, jakości protez, które w krótkim czasie muszą zostać zmienione, albo ich działanie musi być wspierane środkami farmakologicznymi, np. skutki jakie wywołuje dla chorego wszczęcie zastawki mechanicznej, zamiast biologicznej. Czy wówczas pacjent, którego zgodnie ze standardem wiedzy medycznej, jakim jest wykonanie świadczenia na odpowiednim poziomie, którym z pewnością jest

---

<sup>13</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661) oraz rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 206, poz. 1724).

<sup>14</sup> Za wyjątkiem świadczenia anestezyjologicznego.

unikanie skutków ubocznych, np. niszczenia farmakologicznie wątroby, dokonano świadczenia pomijając tę kwestię ma prawo zarzucić, iż naruszono jego prawa pacjenta, ponieważ istniała inna metoda bez skutków ubocznych? Pojawia się również drugie pytanie, czy pacjent, który został skutecznie wyleczony w wyniku długotrwałej terapii i przestarzałymi metodami, może żądać zadośćuczynienia, skoro jego cierpienia fizyczne, psychiczne trwałyby znacznie krócej, gdyby zastosowano nowszą metodę leczenia? Jak w tych przypadkach traktować kodeks etyki lekarskiej, który mówi o powinnościach zachowania się zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej? Czy ustawodawca, nakładając na lekarza obowiązek przestrzegania aktualnej wiedzy medycznej mógł zastrzec z niekorzyścią dla pacjenta, że ma czynić to w ramach dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób<sup>15</sup>? Hipokryzją należy nazwać twierdzenie, że polska medycyna stosuje aktualne standardy medyczne. W doktrynie<sup>16</sup> podnosi się, że interpretacja praw pacjenta określonych w przepisie art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o zoz nie może abstrahować od realiów i zgrzebnej rzeczywistości polskiej ochrony zdrowia, a w związku z tym wymagany standard należy ustalić biorąc pod uwagę poziom i jakość świadczeń oferowanych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Rację ma M. Nesterowicz<sup>17</sup>, który twierdzi, iż nie można pomijać cech subiektywnych danego szpitala, czyli poziomu referencyjności szpitala, aparatury, którą dysponuje, cech osobowych związanych ze specjalistami zatrudnionymi w szpitalu lub wykonującymi tam swoje usługi. Orzecznictwo Sądu Najwyższego<sup>18</sup> wskazuje, że pacjentowi należy się najwyższa jakość świadczenia zdrowotnego, którą jest w stanie zaoferować zakład opieki zdrowotnej. Warto w tym miejscu przytoczyć przemyślenia M. Safjana<sup>19</sup>, który wielokrotnie podkreślał, że postanowienia konstytucji gwarantujące prawo do ochrony zdrowia zawierają w sobie nakaz respektowania pewnego koniecznego

<sup>15</sup> Art. 4 ustawy o zawodzie lekarza.

<sup>16</sup> M. Safjan (12), *op. cit.*, s. 16.

<sup>17</sup> M. Nesterowicz (6), *op. cit.*, s. 86; B. Lewaszkiewicz – Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „PiM” 1999, nr 1, s.125.

<sup>18</sup> Wyrok SN z dnia 28 października 1983 r. II CR 385/83, OSP1984, nr 9, poz. 184.

<sup>19</sup> Rzeczpospolita z 15 stycznia 2001 r.



poziomu jakości świadczeń medycznych, poniżej którego można dostrzec naruszenie Konstytucji, ponieważ przy istnieniu dwóch, czy więcej procedur medycznych o różnych kosztach i skuteczność należy przyjąć skuteczniejszy z punktu widzenia interesu pacjenta, o ile nie został on wyłączony z procedur opłacanych przez płatnika. Zważyć należy, iż orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka<sup>20</sup> wyraźnie wskazuje, iż państwo organizuje politykę ochrony zdrowia i w związku z tym decyduje o pokryciu kosztu leku, ale już nie każdego.

W piśmiennictwie przyjmuje się, że naruszenie zasad wiedzy medycznej oznacza naruszenie obowiązku należytej staranności w rozumieniu przepisu art. 355 § 2 k.c. i obowiązku dochowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w rozumieniu przepisu art. 9 § 2 k.k.<sup>21</sup>. Przeciętny poziom wyposażenia szpitali i wiedzy medycznej musi być zachowany wszędzie, lecz to nie oznacza, że wobec szpitali i lekarzy, a zwłaszcza specjalistów wymagania będą niewątpliwie wyższe. Niespełnienie tych wymagań stanowić będzie winę organizacyjną szpitala lub winę lekarza<sup>22</sup>.

Rzetelność procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń medycznych znalazła swój punkt odniesienia w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z przepisem art. 20 przedmiotowego aktu prawnego, określono zasady tworzenia list oczekujących na świadczenie zdrowotne, tj. sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Szpoc zobowiązany jest do informowania pacjenta: jaki rodzaj świadczenia, w jakim czasie i co mu przysługuje. Uważam, że nieprawidłowo w obowiązującej ustawie ustalono, iż kryteria medyczne zostaną ustalone w akcie o randze rozporządzenia wówczas, gdy konstytucja wskazuje, iż kryteria są jedną z podstawowych determinantów ochrony zdrowia, a w związku z tym decydują o prawach obywatela, których regulacja wymaga ustawy.

---

<sup>20</sup> Skarga nr 31228/96 w sprawie Benedetti v. Włochy 1 lipiec 1998 r. niepubl. oraz skarga nr 34151/96 w sprawie Scialacqua v. Włochy z 1 lipiec 1998 r. niepubl.

<sup>21</sup> T. Dukiet – Nagórska, *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „PiM” 2004, nr 3, s. 5.

<sup>22</sup> M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z 1 grudnia 1998 r.*, III CKN 741/98, „PiM” 2000, nr 6-7, s. 163.

Kolejne prawo pacjenta to prawo autonomii samostanowienia w zakresie stosowania procedur medycznych. Bardzo ważny element tego prawa polega na tym, że przedmiotem ochrony nie jest zdrowie pacjenta, ale jego autonomia decyzji. Słusznie zauważa M. Safjan<sup>23</sup>, że przedmiotem ochrony jest swoboda decyzji o nie poddawaniu się interwencji medycznej nawet wtedy, gdy jest ona racjonalna i zgodna z zasadami wiedzy medycznej. Destynariusz w procesie leczniczo – diagnostyczno - terapeutycznym ma prawo do decydowania o dopuszczalności i zakresie świadczeń zdrowotnych na jego osobie, ponieważ jak pisze T. Brzeziński<sup>24</sup> „każdy człowiek ma prawo określać, co w danej sytuacji stanowi jego dobro i ma prawo ustalać swoją drogę do szczęścia”. Wymóg uzyskania zgody pacjenta na wszelkiego rodzaju zabiegi zdrowotne jest wyrazem, jak pisze J. Ignaczewski<sup>25</sup>, upodmiotowienia pacjenta. M. Boratyńska i P. Konieczniak<sup>26</sup> odwołują się ponadto do paternalizmu medycznego, gdzie zakłada się traktowanie osoby jako przedmiotu. Wówczas działa się wbrew preferencjom drugiego człowieka, np. w przypadku przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego<sup>27</sup> pacjent wyrażający zgodę na zabieg, przejmuje na siebie ryzyko związane z jego bezpośrednimi typowymi i zwykłymi skutkami, których powinien mieć świadomość, bowiem w przypadku braku pouczenia w ogóle, albo pouczenia o nie wszystkich normalnych skutkach zabiegu, stanowi o bezskuteczności zgody. Istotnym w sprawie jest również, iż pacjent, który odmawia wykonania zabiegu powinien mieć świadomość, iż w przypadku odmowy dla samej odmowy, poniesie negatywne konsekwencje związane z zakresem przysługujących mu roszczeń odszkodowawczych i rentowych<sup>28</sup>. Pominięcie woli pacjenta skutkuje roszczeniem o zadośćuczynienie, o którym mowa w przepisie art. 448 k.c., bez względu na wynik udzielonego mu świadczenia zdrowotnego.

<sup>23</sup> M. Safjan(12), *op. cit.*, s. 18.

<sup>24</sup> T. Brzeziński (w) T. Kielanowski, *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1985, s. 61.

<sup>25</sup> J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003, s. 12.

<sup>26</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 219.

<sup>27</sup> Wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1992 r. II CR 196/72, OSN 1993, nr 5, poz. 86.

<sup>28</sup> M. Swiderska, *Przymus leczenia i innych zabiegów medycznych*, „PiM” 2004, nr 3, s. 23-25.

Brak zgody pacjenta na udzielenie świadczenia nie może być podstawą do wypisania go ze szpitala, ponieważ pacjent ma prawo odmowy zastosowania określonego świadczenia zdrowotnego, nie można zatem uznać, że korzystając z tego prawa dopuszcza się działania nagannego<sup>29</sup>.

Ustawodawca wprowadził świadomą zgodę przy pomocy przepisu art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o zoz. Zgodnie ze wskazanym zapisem ustawowym pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub jej odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji<sup>30</sup>. Prawo do informacji posiada każda osoba, która ukończyła lat 16. Wiek ten wywołuje również inny skutek, otóż pomiędzy 16 a 18 rokiem życia wymagana jest tak zwana „zgoda podwójna” na świadczenie medyczne: małoletniego oraz jego przedstawiciela ustawowego. Jednakże w świetle polskiego ustawodawstwa, w przypadku osób małoletnich istnieje prawo do skutecznej zgody, lecz nie ma prawa do skutecznego sprzeciwu, bowiem w związku z dyspozycją art. 32 ustawy o zawodzie lekarza, brak zgody pacjenta na świadczenie medyczne może zostać zderogowane przez orzeczenie sądu opiekuńczego. Wielu autorów<sup>31</sup> uważa to za nielogiczne, ponieważ skoro można skutecznie powiedzieć „tak”, dlaczego jest brak podstaw prawnych, aby powiedzieć „nie”. Całkowicie nieuzasadniona w ustawodawstwie polskim jest również tzw. „zgoda rodziny”. Zjawisko to należy ocenić negatywnie, ponieważ w przypadku osób chorych nieprzytomnych, przy zagrożeniu ich życia o zgodę pyta się wszelkie osoby, jakie znajdują się przy chorych, bez względu na ich stopień pokrewieństwa<sup>32</sup>. Wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia medycznego ma charakter względny, ponieważ ogranicza ją zasada paternalistyczna. Polega ona na ograniczeniu wolności osoby

---

<sup>29</sup> M. Żelichowski, *Doktorze możesz mnie leczyć*, „Rzeczpospolita” z dnia 19 lipca 1999 r.

<sup>30</sup> Wyrażenie zgody na zabieg związane jest z możliwością prawną jej skutecznego ujawnienia, a w tym przypadku należy sięgnąć do przepisów kodeksu cywilnego, gdzie ustawodawca odnosi się do zakresu zdolności do czynności prawnej i jego ograniczeń wynikających czy to z wieku, czy to stanu umysłowego, czy innych okoliczności dotyczących osoby ludzkiej.

<sup>31</sup> M. Boratyńska P. Konieczniak, *op. cit.*, s. 238, D. Safjan, *Polskie prawo, a Europejska Konwencja Bioetyczna*, „PiM” 2000, nr 5, s. 12. Autorka uważa, iż zgodnie z Konwencją w Polsce możliwe jest stosowanie również podwójnej zgody w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, ale świadomych swojej sytuacji.

<sup>32</sup> Tamże, s. 240.

ludzkiej o ile jest to uzasadnione w przypadku, gdy w wyniku własnych działań ta osoba wyrządziłaby sobie istotną szkodę, albo nie uzyskała istotnej korzyści<sup>33</sup>. Ograniczenie prawa pacjenta do decyzji o leczeniu może nastąpić także z uwagi na inne przesłanki niż paternalistyczne np. dobro innych osób.

Prawo do wyrażania zgody na zabieg pozostaje w bezpośrednim związku z prawem do informacji o swoim stanie zdrowia. W tym zakresie ustawodawca nałożył obowiązek aktywności na lekarza. Zgodnie z przepisem art. 31 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu (bądź innej osobie za zgodą pacjenta) przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowania co do stanu zdrowia. Szczególnie mocno akcentowane są kwestie prawa do informacji w przypadku eksperymentu medycznego, przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody oraz w stosunku do dawcy komórek, tkanek i narządów. Prawo do informacji przysługuje każdemu pacjentowi, który jest w stanie ją zrozumieć, niezależnie od tego czy władny jest skutecznie wyrazić zgodę na zabieg medyczny. Do obowiązku informacji nawiązuje również kodeks etyki lekarskiej, uwypuklający sposób przekazywania informacji ze względu na ich adresata. Informacja udzielona pacjentowi powinna być przekazana w sposób dla niego zrozumiały, a w przypadkach kiedy przemawia za tym dobro pacjenta, szczególnie, gdy rokowania dla niego są niepomyślne, wtedy informacja może być okrojona, ale pełną informację należy przekazać osobie upoważnionej przez pacjenta. Forma przekazywania jest dowolna, jednakże wzmianka o tym powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej. W razie sporu udzielający świadczenia musi udowodnić, że udzielił odpowiedniej informacji o ryzyku i skutkach zabiegów lekarskich lub badań diagnostycznych, których wynikiem miała być świadoma zgodna pacjenta na ich wykonanie<sup>34</sup>. Pacjent

<sup>33</sup> T.L.Beauchamp w: *Encyclopedia of bioethick*; hasło "paternalism", s. 1194, cytując za: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *op.cit.*

<sup>34</sup> Wyrok SN z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, M. Nesterowicz (8), *op. cit.*, s. 86; B. Lewaszkiwicz – Petrykowska, *op. cit.*, s. 88.

w ramach swoich uprawnień może zażądać nieudzielenia mu informacji na temat jego stanu zdrowia. Wówczas lekarz nie ma obowiązku udzielania pouczeń, ale nie ma zgody co do tego, czy w takim przypadku należy prosić o wyrażenie zgody na świadczenie medyczne, bowiem słusznym wydaje się przyjęcie, iż pacjent powinien wyrazić zgodę blankietową na leczenie. Pacjent w każdym czasie może zażądać wznowienia informowania go o jego stanie zdrowia, a tym samym cofa swoją blankietową zgodę na dalsze udzielanie mu świadczeń medycznych. Zważyć należy, że zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, polegające na rozchwianiu emocjonalnym i znoszeniu cierpień psychicznych, spowodowane udzieleniem pacjentowi w wyniku popełnionych błędów diagnostycznych sprzecznych informacji o stanie jego zdrowia i podejmowaniem wzajemnie wykluczających się metod leczniczych, mogą być uznane za wywołanie rozstroju zdrowia i uzasadniać przyznanie zadośćuczynienia na podstawie art. 445 §1 k.c.<sup>35</sup>.

Prawem pacjenta również jest poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Z własnego doświadczenia wiem, że nie przestrzega się tej zasady. Od wielu lat w Białymstoku funkcjonuje oddział położnictwa w jednym ze szpitali, gdzie kobiety pozbawia się intymności i prywatności podczas akcji porodowej. Zasada intymności „zabezpieczona jest w ten sposób, że polega na oglądaniu cierpień, krzyku, krwi związanych z narodzinami dziecka u kobiety leżącej w odległości 2, 3 metrów, wówczas, gdy same jesteśmy poddawane tzw. opiece medycznej w związku z narodzinami dziecka. Organy przedmiotowego zakładu zapewne nie wiedzą, że intymność to udział niezbędny ze względu na rodzaj świadczenia personelu medycznego przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego<sup>36</sup>. Uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta.

Na podstawie art. 18 ustawy o zoz pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta) ma prawo dostępu do danych dotyczących jego stanu zdrowia i sposobu leczenia. Sytuacja zdrowotna pacjenta może wymagać jego dalszego leczenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej i wówczas na podstawie

---

<sup>35</sup> Wyrok SN z dnia 20 marca 2002 r. VCKN 909/ 2002, PS 2003, nr 4, s. 141.

<sup>36</sup> Szerszy zakres uczestnictwa dotyczącego studentów może mieć miejsce w szpitalach klinicznych.

decyzji kierownika szpitala powinna zostać ona wydana w formie kopii, wyciągów bądź odpisów. W razie wydania oryginałów, należy pozostawić kopię lub pełny jej odpis.

Istotnym, z punktu widzenia praw pacjenta jest prawo do ochrony jego danych, w tym dotyczących jego stanu zdrowia, sposobu leczenia oraz danych genetycznych. Nawiązuje do nich nie tylko ustawa o zoz, ale również Konwencja o ochronie osób w związku z automatycznie przetwarzanymi danymi o charakterze osobistym, ratyfikowana przez Polskę<sup>37</sup>. Jest to akt prawny bardzo istotny, ponieważ zgodnie z jego postanowieniami informacje o stanie zdrowia poszczególnych osób nie mogą być przetwarzane automatycznie, chyba że prawo wewnętrzne zawiera odpowiednie gwarancje ochrony. Do tej sytuacji nawiązuje również dyrektywa prawa wspólnotowego, wedle której przetwarzanie danych dla celów medycyny prewencyjnej, diagnostyki medycznej, świadczenia opieki lub leczenie, albo też zarządzanie opieką zdrowotną, jak też dane przetwarzane przez odpowiedniego pracownika winny być obciążone obowiązkiem zachowania tajemnicy i pod warunkiem wyraźnej udzielonej zgody przez pacjenta na ich przetwarzanie. Obowiązującym w Polsce aktem prawnym, który ustala przetwarzanie danych osobowych jest ustawa o ochronie danych osobowych<sup>38</sup>, która stanowi, że każdy ma prawo ochrony danych osobowych. Ochrona danych wiąże się bezpośrednio z obowiązkiem tajemnicy określanej jako lekarska, ale zważyć należy, iż dotyczy ona również innych zawodów medycznych. Obejmuje ona fakty i informacje związane z leczeniem, jak też osobą pacjenta. Gromadzenie i utrwalanie informacji o procesie leczenia przede wszystkim umożliwia kontrolę postępowania medycznego oraz sprzyja właściwej ocenie stanu, w jakim znajduje się pacjent. Nie ulega wątpliwości, że informacje umieszczone w dokumentacji medycznej należą do grupy danych, które wymagają szczególnej ochrony przed dostępem osób niepowołanych. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 28 listopada 2005 roku K 22/05 uznał między innymi, że art. 18 ust. 6 i 7 ustawy o zoz są niezgodne z konstytucją, ponieważ nie można kwestii ochrony danych pacjenta regulować aktami w randze rozporządzenia.

<sup>37</sup> Dz. U. 2003 r. Nr 3, poz. 25.

<sup>38</sup> Dz. U. 1997 r. Nr 133, poz. 883.

Wszelkie informacje dotyczące pacjenta, zarówno w formie pisemnej, jak i przetworzonej, powinny być szczególnie chronione, ponieważ należą do sfery życia prywatnego każdego człowieka. Wyjątkiem od tej zasady jest prawo ujawnienia informacji w interesie publicznym lub w interesie osoby trzeciej, np. powiadomienie żony o tym, iż jej mąż jest nosicielem wirusa HIV. Stanowisko takie nie jest obce również Europejskiemu Trybunałowi Praw Człowieka<sup>39</sup>, gdzie zgodnie z jego orzecznictwem ochrona danych osobowych - nie tylko medycznych - ma fundamentalne znaczenie do korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Zasadą państwa prawnego powinno być zachowanie tajemnicy danych medycznych nie tylko ze względu na szacunek dla prywatności pacjenta. Osoba potrzebująca pomocy medycznej musi ufać lekarzowi, jak też systemowi ochrony zdrowia, ponieważ w przeciwnym przypadku nie ujawni informacji osobistych i intymnych, które są niezbędne do właściwego leczenia, a w takim przypadku naraża swoje zdrowie na niebezpieczeństwo, a przy chorobach zakaźnych zdrowie całej społeczności. Zdaniem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w niektórych przypadkach tajemnica danych medycznych oraz interesy pacjenta muszą ustąpić przed interesem śledztwa i ścigania przestępstw oraz zachowania publicznego charakteru procesu sądowego, jeśli te okażą się ważniejsze<sup>40</sup>.

Zgodnie z przepisem art. 19 ust. 3 ustawy o zoz pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie; kontaktu osobistego, telefonicznego bądź korespondencyjnego z osobami z zewnątrz oraz opieki duszpasterskiej. Określenie „dodatkowa” wskazuje na to, że personel medyczny nie jest zwolniony z pielęgnacji pacjenta. Pracownicy medyczni nie mogą przerzucić swoich obowiązków na osoby bliskie bez ewentualnego wcześniejszego uzgodnienia tego z osobami

---

<sup>39</sup> Orzeczenie z dnia 7 lipca 1989 r. w sprawie Gaskin v. Wielka Brytania oraz orzeczenie Z..v. Finlandia z dnia 25 lutego 1997 r., podaję za M. A. Nowicki, *Wokół konwencji europejskiej*, Kraków 2000, s. 243.

<sup>40</sup> Orzeczenie z dnia 7 lipca 1989 r. w sprawie Gaskin v. Wielka Brytania oraz orzeczenie Z. v. Finlandia z dnia 25 lutego 1997 r., podaję za M. A. Nowicki, *Wokół konwencji europejskiej konwencji praw człowieka*, Kraków 2000, s. 243.

zainteresowanymi<sup>41</sup>. Wówczas, gdy stan psychofizyczny nie pozwala na podjęcie decyzji przez samego pacjenta, przedstawiciel ustawy umocowany jest do wykorzystania uprawnienia przysługującego pacjentowi. Osoby wskazane przez pacjenta muszą współdziałać z personelem medycznym, który powinien poinformować je o tym, jakie czynności mogą wykonywać i w jakim zakresie mogą korzystać z urządzeń szpitalnych. Opieka osób najbliższych pozwala również na realizację prawa do intymności. Koszt realizacji uprawnienia do dodatkowej opieki nie może obciążać szp. Jeżeli chodzi o kontakt osobisty, telefoniczny, korespondencyjny z osobami z zewnątrz, zasady wykorzystania tego uprawnienia powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w regulaminie udzielania świadczeń zdrowotnych, np. w zakresie czasu i miejsca odwiedzin, możliwości wykorzystania kontaktu telefonicznego czy też korespondencyjnego. Zważyć należy również, iż szp. ma obowiązek nie tylko umożliwienia kontaktu, ale również w niektórych sytuacjach pacjent ma prawo oczekiwać, że szp. skontaktuje go z osobą z zewnątrz, np. w stanie zagrożenia życia lub zdrowia albo w razie śmierci pacjenta. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu, kierownik szp. lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym również do sprawowania dodatkowej opieki.

Prawo do opieki duszpasterskiej zawiera w sobie katalog uprawnień indywidualnych. Wśród nich należy wyróżnić prawo do bezpośredniego kontaktu z opiekunem duchowym wyznawanej przez siebie religii, w razie zagrożenia życia (również subiektywnie odczuwanego przez pacjenta) prawo do tego, aby szp. niezwłocznie zawiadomił duchownego i umożliwił z nim kontakt<sup>42</sup>. Opieka duszpasterska to również umożliwienie uczestnictwa w obrzędach religijnych w zakładzie opieki zdrowotnej. Słusznie podnosi D. Karkowska<sup>43</sup>, że prawo do opieki duszpasterskiej posiada granice, które wyznaczają swobodę działania jednostki, a korzystanie z uprawnień nie może naruszać analogicznych praw innych pacjentów.

<sup>41</sup> M. Żelichowski, *Prawo pacjenta do opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską*, „Medycyna Praktyczna” 2000.

<sup>42</sup> D. Karkowska, *op. cit.*, s. 377.

<sup>43</sup> Tamże, s. 377.



Zgodnie z przepisem art. 19 ust. 1 pkt 5 ustawy o zoz pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Łagodzenie wszelkich cierpień, a zwłaszcza bólu jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej, jak też obowiązkiem wynikającym z etyki zawodowej lekarza. D. Karkowska<sup>44</sup> podnosi również, iż pacjent umierający ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej, którą powinien zagwarantować personel pielęgniarstwa. Po zgonie pacjenta zwłoki stają się rzeczą, ale podlegają swoistemu reżimowi prawnemu. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może za życia wyrazić pisemny sprzeciw wobec wykonywania sekcji zwłok. Sprzeciw ma charakter względny, ponieważ przepisy kpk mogą uchylić jego skuteczność.

---

<sup>44</sup> Tamże, s. 380.