

Maria B o r a t y ń s k a, Przemysław K o n i e c z n i a k, *Prawa pacjenta*, Difin, Warszawa 2001, ss. 509

Z tytułu tej książki można by sądzić, że intencją Autorów było dać zarys szeroko ujętych uprawnień pacjentów i skorelowanych z nimi obowiązków personelu medycznego. Tak jednak nie jest, Autorzy sygnalizują bowiem na wstępie, iż rozważania ich dotyczą głównie kwestii powstających na styku pacjent–lekarz, czy pacjent–zespół medyczny, natomiast pomijają całą problematykę organizacji i finansowania służby zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych (z przyczyn permanentnych nowelizacji i periodycznej dezaktualizacji tego typu regulacji normatywnych). Nie zostały poruszone w pracy egzotyczne wciąż zagadnienia klonowania, terapii genetycznej, prawnego statusu embrionu, niemniej jednak książka ta nie jest poradnikiem dla pacjentów, „...nie została zaplanowana jako broń do ręki przeciwko lekarzom, choć niewątpliwie może być i w tym charakterze użyta” (s. 9).

Zapewne inspiracją do napisania pracy były prowadzone przez Autorów wykłady z zakresu prawa medycznego dla studentów prawa, medycyny oraz dla lekarzy. Dr Maria Boratyńska jest radcą prawnym, dr Przemysław Konieczniak działa jako konsultant prawny przy Okręgowym Sądzie Lekarskim w Warszawie. Autorzy są równocześnie pracownikami naukowymi Uniwersytetu Warszawskiego. Krytyczny stosunek do obecnej sytuacji wydawniczej, kiedy to „modny” temat ochrony praw pacjenta omawiany jest w sposób drastycznie uproszczony, albo w sposób rzetelny, lecz z użyciem niezrozumiałego dla niefachowców języka prawniczego stał się dla nich bodźcem do podjęcia zadania wypełnienia tej luki, a mianowicie, przedstawienia stanu prawnego oraz wynikających na jego tle problemów praktycznych w sposób możliwie najprostszy (s. 7).

Wobec tak postawionego celu Autorzy przyjęli podział pracy na dziesięć rozdziałów, poprzedzonych krótkim wstępem. W pierwszej części (s. 11-38), zatytułowanej „Pojęcie praw pacjenta i źródła ich obowiązywania”, Autorzy podejmują próbę ustalenia „... co to są prawa i kto to jest pacjent” (s. 11), odnosząc się przy tym nie tylko do obowiązujących aktów prawnych, lecz także do obszernego dorobku bibliograficznego etyków i historyków polskich i zagranicznych. Omawiając to zagadnienie, nie sposób nie wspomnieć „Karty Praw Pacjenta”, dokumentu ogłoszonego w grudniu 1998 roku przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Owo rozporządzenie jest zbiorem przepisów wynotowanych z różnych ustaw; nie będąc ustawą ma ono charakter informatora praktycznego i, zdaniem Autorów, nieporozumieniem byłoby przekształcenie tego komunikatu w ustawę. Istnieje natomiast akt normatywny, nie będący ustawą, ale kierujący postępowaniem lekarzy w życiu zawodowym. Za fundamentalne zasady tego aktu przyjmuje się szacunek dla autonomii pacjenta, zakaz wyrządzenia krzywdy, dobroczynność i sprawiedliwość. Aktem tym jest *Kodeks Etyki Lekarskiej*, który Autorzy dogłębnie przeanalizowali i stwierdzili, iż oprócz wielu mankamentów ze strony techniki legislacyjnej, zbędnego powtarzania reguł zawartych w innych przepisach, nieprecyzyjnych

sformułowań językowych i in. *Kodeks Etyki Lekarskiej* ma raczej dodatnie znaczenie z punktu widzenia ochrony praw pacjenta.

Po wielowiekowej erze tzw. paternalizmu (podejścia „ojcowskiego” – I.S.) lekarzy wobec pacjentów nastąpił okres partnerski w relacjach lekarz – pacjent, któremu towarzyszy permanentny konflikt, nieustająca walka pacjentów o swe prawa. A skoro walka, to ktoś musi być wrogiem. Wyjaśnieniu m.in. kwestii, czy prawa pacjenta konfliktują pacjentów i lekarzy, poświęcony jest rozdział drugi, który zawiera ciekawą próbę ustalenia przeszkód w realizacji praw pacjenta.

W rozdziale trzecim M. Boratyńska i P. Konieczniak skierowali swoją uwagę na klasyfikację czynności medycznych i warunki ich legalności. O tym, czym jest czynność medyczna i co to jest cel leczniczy, każdy zapewne ma pojęcie na poziomie intuicyjnym, nie zaś w kategoriach precyzyjnych i jednoznacznych. Za świadczenie medyczne uważana jest potocznie zazwyczaj tylko terapia, nie każdy zgodzi się, na przykład, z twierdzeniem, iż diagnostyka rutynowa, pobranie narządów od żywego donora, przerwanie ciąży ze wskazań prawnych lub eugenicznych, eksperyment badawczy, obserwacja sądowo-psychiatryczna czy niektóre formy opieki paliatywnej realizują cel leczniczy. Zaznaczyć należy, iż właśnie cel leczniczy jest jedną z przesłanek, które mogą wyłączyć prawną odpowiedzialność za wykonanie czynności leczniczej (s. 94). Autorzy poruszają problem tzw. medycyny estetycznej, jak również legalności samoleczenia, oddzielając np. pojęcie leczenia samego siebie od udzielania świadczenia zdrowotnego przez osobę nieuprawnioną.

Rozdział czwarty, podzielony na pięć podrozdziałów, zatytułowano „Bezpieczeństwo pacjenta”. W pierwszym podrozdziale Autorzy krytykują przetrwałe do dziś wyrażenie „sztuka lekarska” jako anachroniczną kalkę z obcego obszaru językowego (*arztllicher Kunstfehler*) i twierdzą, iż o „sztuce” w medycynie możemy mówić w ostatniej kolejności, bowiem medycyna jest przede wszystkim nauką i rzemiosłem. Nie sposób odmówić Autorom psychologizmu, gdyż zauważyli pewną cechę wspólną pomiędzy lekarzami i prawnikami, a mianowicie „...obie te profesje lubią używać (i nadużywać) łaciny” (s. 139). W tym między innymi upatrują przyczynę utrzymania się w słownictwie małoadekwatnego słowa „błąd w sztuce”, zamiast określić bardziej jednoznacznych, tj. postępowanie wadliwe, niestaranne, naruszające reguły ostrożności etc.

Właśnie kwestiom należytej staranności i zasadom ostrożności na gruncie prawa cywilnego i karnego poświęcono następny podrozdział. Z zasadami ostrożności wiąże się obowiązek aktualizacji własnej wiedzy przez lekarza (s. 172). Słuszny wydaje się wywód Autorów, iż „...elementarna uczciwość społeczeństwa wobec lekarzy wymaga więc, by prawo lekarza do ciągłego kształcenia traktować nie jako prostą wolność uczenia się (przecież nikt nikomu nie broni się uczyć ...), ale jako prawo podmiotowe, zabezpieczone gwarancjami prawnymi [...], u nas zaś rozwiązuje się ten problem według wzorów: masz się doksztalać; jak i za co, to twój własny problem, a jak tego nie zrobisz i stanie się coś złego, to ty dostaniesz po uszach” (s. 174). Nadto na różnych przykładach Autorzy charakteryzowali wadliwe postępowanie w medycynie, dokonywanie zabiegów – oczywiście zbędnych – oraz wyjaśnili sedno lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy, nawiązując do trafnej i lakonicznej klasyfikacji M. Filara, zgodnie z którą lekarz naraża się na odpowiedzialność karną (i nie tylko):

gdy nie leczy, choć powinien; gdy leczy nie tak, jak powinien; gdy leczy, choć nie powinien.

W najobszerniejszym, piątym rozdziale przedstawione zostały rozważania Autorów na temat autonomii pacjenta. Przez autonomię należałoby tu rozumieć prawo do samostanowienia jednostki. Demokratyzacja (a może liberalizacja) społeczeństwa poskutkowała zanikiem tradycji paternalistycznych i rozwojem szacunku dla autonomii pacjenta, co w konsekwencji prowadzi do ukształtowania nowego, tzw. partnerskiego typu relacji lekarz – pacjent. Lekarz wówczas staje się „konsultantem”, przedstawiającym istniejące alternatywy postępowania. Pacjent natomiast sam decyduje, które rozwiązanie wybrać, przy czym nie może to być zgoda „w ciemno”, ale zgoda świadoma, poinformowana (*informed consent*). Jako składniki świadomej zgody M. Boratyńska i P. Konieczniak podają: kompetencje pacjenta do podjęcia decyzji, ujawnienie informacji, rozumienie informacji przez pacjenta, dobrowolność i akt wyrażenia zgody (s. 230). Niemniej jednak nawet w przypadku braku zgody dopuszczalne są wyjątkowe sytuacje, gdy lekarz może udzielić świadczeń zdrowotnych (s. 287-291). Od wspomnianej wyżej sytuacji należy odróżnić możliwość leczenia przymusowego. Przymus leczenia regulują liczne akty prawne z różnych okresów, m.in. dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych z 1946 roku (pięciokrotnie nowelizowany), ustawa o zwalczaniu gruźlicy z 1959 roku (siedmiokrotnie nowelizowana), ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (1963 r.). Przymusowe leczenie odwykowe przewiduje ustawa o zwalczaniu narkomanii (1997 r.), o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (1982 r.). Instytucje przymusowego leczenia można znaleźć także w kodeksie karnym (np. art. 96) i kodeksie karnym wykonawczym (np. art. 117).

Problematykę tajemnicy lekarskiej przybliży czytelnikowi rozdział szósty, w którym prezentowana jest baza ustawodawcza. Na niej opierać się mogą ewentualne roszczenia pacjentów, czujących się poszkodowanymi przez niezachowanie tajemnicy lekarskiej przez personel medyczny. Prywatność życia osobistego każdego obywatela jest dobrem osobistym i jest chroniona m.in. przez art. 23 i 24 kodeksu cywilnego, art. 212 kodeksu karnego, ustawę o ochronie danych osobowych i in. Jednak obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej nie jest absolutny. Z tego obowiązku może być zwolniony lekarz w przypadkach przewidzianych przez przepisy procedury karnej lub cywilnej.

W rozdziale siódmym, podzielonym na pięć podrozdziałów, Autorzy poddają analizie obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, przewidziany przez ustawę o zawodzie lekarza (nb. przepisy wykonawcze ukazały się dopiero w sierpniu 2001 r.), regulację dostępu pacjenta do dokumentacji, sposób prowadzenia dokumentacji i jej treść, ochronę dokumentacji przed osobami nieupoważnionymi oraz znaczenie dokumentacji w postępowaniu dowodowym.

W bardzo krótkim, ósmym rozdziale „Inne prawa pacjentów” (s. 382-386), Autorzy przedstawiają szczególnie delikatne zagadnienia prawa do intymności i kwestię wstydu, skrupowania chorego oraz prawa do umierania w spokoju i godności.

Rozdział dziewiąty, zatytułowany „Przypadek szczególnie: prawa pacjenta w psychiatrii”, przybliży nam zagadnienia przymusowego badania psychiatrycznego, trybu hospitalizacji psychiatrycznej, stosowanie przymusu bezpośredniego w psychiatrii, rolę sądu jako instytucji kontrolującej. Interesujące są dane przedstawione przez

Autorów o stanie przestrzegania ustawy psychiatrycznej w psychiatrycznych zakładach opieki zdrowotnej, wynikające z kontroli NIK (s. 428-429).

Pozostając cały czas przy temacie praw pacjenta, nie możemy zapominać, iż prawo (jako uprawnienie) jednej osoby niemal zawsze łączy się immanentnie z odpowiedzialnością, z ponoszeniem konsekwencji za skutki, wywołane czynem innego człowieka. Zapewne dlatego ostatni, dziesiąty rozdział tego dzieła Autorzy zatytułowali „Odpowiedzialność za złamanie praw pacjenta”. Spośród wielu klasyfikacji, dla potrzeb danej książki Autorzy ograniczyli się do omówienia trzech głównych rodzajów odpowiedzialności prawnej, a mianowicie odpowiedzialności karnej (za popełnione przestępstwa, określone przez ustawę), odpowiedzialności cywilnej majątkowej i niemajątkowej (za wyrządzenie szkody lub krzywdy) oraz odpowiedzialności zawodowej za przewinienia zawodowe bądź dyscyplinarne.

Na końcu pracy została zamieszczona bibliografia, składająca się ze stu pięciu pozycji (druki zwarte, czasopisma, artykuły), w znacznej części najnowszych, z okresu ostatnich kilku lat.

Prezentowana praca stanowi bardzo wartościowy wkład do badań nad rozwojem prawa medycznego w Polsce. Ponadto rozważania M. Boratyńskiej i P. Konieczniaka umożliwiają nam lepsze zrozumienie przemian w stosunkach lekarz – pacjent na przestrzeni ostatniej dekady i na progu nowego wieku. Publikacja ta zajmuje znaczące miejsce wśród prac naukowych w zakresie prawa medycznego.

*Igor Szwiec*

Akademia Medyczna  
w Lublinie