

KATARZYNA MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ

## PRAWA PACJENTA W POLSKIM SYSTEMIE PRAWA

### ZAGADNIENIA WSTĘPNE

Słowo „pacjent” wywodzi się od łacińskiego *patiens* – „cierpiący”<sup>1</sup>. Jako pacjenta należy rozumieć osobę fizyczną, która zachowując prawo do integralności, godności i tożsamości, w ramach stosunku prawnego łączącego ją z lekarzem, poddaje się zabiegom leczniczym, zmierzającym do jej wyleczenia względnie do zmniejszenia jej cierpień.

W normatywnym ujęciu pojęcie „pacjent” odnosi się do osób kontaktujących się z instytucjami opieki zdrowotnej, przy czym należy podkreślić, że osoby te niekoniecznie są chore. Relacje między pacjentem a lekarzem coraz częściej nie są pozostawione obyczajowości społecznej, etyce zawodowej lekarzy czy swobodnie zawieranym umowom między pacjentem a lekarzem, lecz stają się przedmiotem regulacji ustawowej. Ustawowo nałożonym na lekarza obowiązkom wobec pacjentów odpowiadają prawa pacjentów.

Opracowanie niniejsze stanowi próbę ukazania katalogu praw pacjenta, rozproszonych w kilku aktach prawnych. Artykuł ten pomija (ze względu na ograniczenia objętościowe) cały aspekt uwarunkowań międzynarodowych, dzięki którym wykształcił się w polskim systemie prawa określony zespół praw pacjenta. W tym miejscu podkreślić jednak należy z całą mocą ogromny wpływ dorobku międzynarodowego na regulacje polskie w tym zakresie.

---

Dr KATARZYNA MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ – adiunkt Katedry Prawa, Publicznego, Instytut Prawa, Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Gospodarce Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Stalowej Woli; adres do korespondencji: ul. Ks. Jerzego Popiełuszki 4, 37-450 Stalowa Wola; e-mail: kamias@kul.pl

<sup>1</sup> *Słownik wyrazów obcych PWN*, Warszawa: PWN 1999, s. 809.

Zasadniczą rolę w tym aspekcie odgrywa działalność takich organizacji międzynarodowych, jak Organizacja Narodów Zjednoczonych, Rada Europy i Unia Europejska, które ustanowiły wiele aktów międzynarodowych. Przejawem ich działalności w zakresie ochrony zdrowia i praw pacjenta są przede wszystkim pakt, konwencje<sup>2</sup>, deklaracje, rezolucje i rekomendacje. Zawierają one nowoczesne rozwiązania, przez co starają się dotrzymać kroku postępowi, jaki dokonuje się w technice, nauce i medycynie<sup>3</sup>.

Przedmiotem zainteresowań nie jest także aspekt ustroju organów realizujących ochronę praw pacjenta<sup>4</sup> ani kwestie postępowania w przedmiocie naruszenia praw pacjenta.

Jak wspomniano wyżej, w polskim systemie prawnym prawa pacjenta są rozproszone w wielu aktach prawnych, często wynikają z przepisów nakładających obowiązki na różne podmioty uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i z tego powodu są przez pacjentów nie zawsze znane czy w należyty sposób rozumiane. Podkreślić należy, że w ustawodawstwie polskim nie ma niestety jednolitego aktu prawnego, który określałby w sposób jednoznaczny i usystematyzowany wszystkie prawa osób korzystających z usług medycznych i opieki zdrowotnej. Istnieje co prawda Karta Praw Pacjenta, ale jest to tylko zbiór podstawowych unormowań prawnych, zebranych w jednym opracowaniu przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 r. i opublikowane w formie komunikatu.

Prawa pacjenta są chronione w Konstytucji RP<sup>5</sup> oraz w ustawach dotyczących zawodów lekarza i lekarza dentystry<sup>6</sup>, pielęgniarki i położnej<sup>7</sup> za-

---

<sup>2</sup> Tu szczególne znaczenie ma Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, w skrócie nazywanej Europejską Konwencją Bioetyczną, uchwalona przez Radę Europy 4 kwietnia 1997 r. Tocząca się obecnie w Polsce dyskusja na temat „in vitro” może skutkować ratyfikacją przez Polskę tejże Konwencji.

<sup>3</sup> Więcej na ten temat zob. D. K a r k o w s k a, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004; J. B u j n y, *Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007; R. K u ź - m i a r, *Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, Warszawa 2000, s. 60; A. Ł o p a t k a, *Międzynarodowe prawo praw człowieka*, Warszawa 1998, s. 14-15; B. G r o - n o w s k a, T. J a s u d o w i c z, M. B a l c e r z a k, M. L u b i s z e w s k i, R. M i z e r s k i, *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2005, s. 53; *Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów*, tłum. i red. T. Jasudowicz, Toruń 1998, s. 3-66.

<sup>4</sup> W tym aspekcie szczególną rolę odgrywa Biuro Praw Pacjenta przy ministrze zdrowia, powołane Zarządzeniem MZ z dnia 27 kwietnia 2006 r., w sprawie Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia (Dz.Urz. Ministra Zdrowia, nr 7, poz. 29).

<sup>5</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.).

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2005 r. nr 226, poz. 1943 ze zm.) – dalej cyt.: ustawa lekarska.

kładów opieki zdrowotnej<sup>8</sup>, ochrony zdrowia psychicznego<sup>9</sup>, pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów<sup>10</sup>, a także, incydentalnie, innych przepisów prawa<sup>11</sup>.

Konstytucja RP zapewnia każdemu prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1), równy dostęp obywatelom do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w granicach ustawy (art. 68 ust. 2), prawną ochronę życia (art. 38), ochronę przed eksperymentami naukowymi, medycznymi bez dobrowolnie wyrażonej zgody, nietykalność osobistą i wolność osobistą z ograniczeniami wskazanymi w ustawie (art. 41), ochronę prawną życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz prawo do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47).

Ważnym dokumentem chroniącym prawa pacjenta i określającym zadania i stosunek lekarzy do pacjentów jest Kodeks Etyki Lekarskiej (dalej: KEL). Został on uchwalony na III Krajowym Zjeździe Lekarzy w 1993 r.<sup>12</sup> Nie jest on aktem prawnym, lecz sporządzonym przez samorząd zawodowy lekarzy spisem „zasad etyki i deontologii zawodowej”. Pod tą nazwą mieści się zbiór kilkudziesięciu reguł postępowania w życiu zawodowym, jakie sami sobie narzucili lekarze<sup>13</sup>.

Po raz pierwszy ogólne przepisy dotyczące ochrony praw pacjenta zostały ujęte w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Znowelizowanie ustawy w dniu 20 czerwca 1997 r.<sup>14</sup> pozwoliło na wyod-

---

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz.U. z 2001 r., nr 57, poz. 602 ze zm.) – dalej cyt.: ustawa pielęgniarska.

<sup>8</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.) – dalej cyt.: ustawa o z.o.z.

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994, nr 111, poz. 535 ze zm.).

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411).

<sup>11</sup> Np. ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r., nr 53, poz. 533, ze zm.), ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., nr 101, poz. 926, ze zm.) czy ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2004 r., nr 144, poz. 1529 ze zm.).

<sup>12</sup> Ze zmianami uchwalonymi w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

<sup>13</sup> M. B o r a t y Ń s k a, P. K o n i e c z n i a k, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 20.

<sup>14</sup> Dz.U. z 1997 r., nr 104, poz. 661.

rębnienie rozdziału 1a, poświęconego prawom pacjenta. Zgodnie z art. 19 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 świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji;
- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- umierania w spokoju i godności.

W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do:

- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez pacjenta;
- kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
- opieki duszpasterskiej.

#### PRAWO DO OCHRONY ŻYCIA I ZDROWIA

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje prawo do ochrony zdrowia każdemu, bez względu na posiadanie polskiego obywatelstwa.

Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia (art. 38 Konstytucji RP), a prawo do życia – z godnością człowieka (art. 30 Konstytucji RP). Prawo do ochrony zdrowia to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego ochrony, gdy jest zagrożone niezależnie od jego sytuacji materialnej<sup>15</sup>. Wyraźnie należy podkreślić fakt, że art. 68 ust. 1 nie ma charakteru deklaratywnego<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Szerzej na temat prawa do ochrony zdrowia zob. K. M i a s k o w s k a, *Dopuszczanie do obrotu produktów leczniczych – ujęcie negatywne i pozytywne*, „Roczniki Nauk Prawnych” 17(2007), nr 1, s. 250-254.

<sup>16</sup> Zob. np. H. I z d e b s k i, *Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 5-6, s. 377.

Władze publiczne mają obowiązek zapewnić każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Państwo zobowiązane jest do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku (art. 63 ust. 3 Konstytucji RP).

Pacjent ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od wieku, zawodu, pozycji społecznej i materialnej. Jedynie czynniki o charakterze medycznym powinny decydować o dostępie pacjenta do świadczeń medycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Do tych ostatnich zalicza się: szpitale i inne zakłady przeznaczone dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim, stałym pomieszczeniu, przychodnie lekarskie (ośrodki zdrowia), pogotowie ratunkowe, pracownie diagnostyczne, pracownie protetyki stomatologicznej, pracownie protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakłady rehabilitacji leczniczej, poradnie onkologiczne (art. 2 ust. 1 ustawy o z.o.z.). W ramach prawa pacjenta do ochrony zdrowia może on skorzystać ze świadczeń zdrowotnych, do których ustawa o z.o.z. (art. 3) zalicza m.in.: badanie i poradę lekarską; leczenie; badanie i terapię psychologiczną; opiekę nad kobietą ciężarną, jej porodem oraz noworodkiem (w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży<sup>17</sup> podkreśla się, że życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a istota ludzka ma od chwili poczęcia przyrodzone prawo do życia; życie i zdrowie dziecka od chwili poczęcia pozostają pod ochroną prawa – art. 1 ustawy); szczepienia ochronne; pielęgnację chorych; pielęgnację i opiekę nad niepełnosprawnymi; orzekanie o stanie zdrowia.

Prawo do ochrony zdrowia jest – zdaniem A. Zolla – konstytucyjnie gwarantowane, i to nie tylko jako prawo, które nadane zostaje jego adresatom przez władzę państwową, ale jest to prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Dz.U. nr 17, poz. 78 ze zm.

<sup>18</sup> *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 16.

PRAWO DO NIEZBĘDNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
I ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Pacjent ma prawo do pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki (art. 30 ustawy lekarskiej). Przypadek niecierpiący zwłoki to każda okoliczność, która bezpośrednio zagraża życiu, oraz sytuacja, która stwarza jedynie pośrednio zagrożenie dla życia pacjenta. Oznacza to, że lekarz jest zobowiązany do udzielenia pomocy medycznej zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej pomocy może pacjentowi zaszkodzić. W szczególności, gdy skutkiem może być śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia pacjenta<sup>19</sup>.

Pacjent ma także prawo oczekiwać pomocy od pielęgniarki lub położnej w każdym przypadku niebezpieczeństwa: utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu. Granice oczekiwań pacjenta wyznaczają kwalifikacje pielęgniarki i położnej zgodnie z posiadanym przygotowaniem zawodowym (art. 19 ustawy pielęgniarskiej).

Pacjent ma prawo do pomocy w razie zagrożenia życia lub zdrowia od zakładu opieki zdrowotnej, zarówno publicznego, jak i niepublicznego, i bez względu na fakt, czy ma on prawo do leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 7 ustawy o z.o.z.).

Jednak prawo pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego może zostać niezrealizowane. Lekarz może nie podjąć lub może odstąpić od leczenia, według własnego uznania, jeżeli nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki, a brak udzielenia takiej pomocy nie stanowi dla pacjenta niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innym przypadku niecierpiącym zwłoki (art. 38 ustawy lekarskiej). Lekarz jest zobowiązany jednak dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym fakcie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej. Ponadto jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeśli istnieją poważne powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. Przesłanka „poważne powody” jest uzależniona od konkretnej sy-

---

<sup>19</sup> P. K o n i e c z n i a k, *Udział w proteście zbiorowym jako przewinienie zawodowe lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2, s. 88-93.

tuacji. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić ten fakt w dokumentacji medycznej<sup>20</sup>.

Prawo pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego może zostać ograniczone, dotyczy to tzw. klauzuli sumienia. Lekarz, pielęgniarka, położna mogą powołać się na klauzulę sumienia i powstrzymać się od udzielenia świadczenia, pod warunkiem że w przypadku lekarza nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki, a brak udzielenia takiej pomocy nie stanowi dla pacjenta niebezpieczeństwa: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia życia, ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innym przypadku nie cierpiącym zwłoki (art. 23 ustawy lekarskiej). Natomiast pielęgniarka czy położna nie mogą skorzystać ze wskazanej klauzuli, gdy zachodzi przypadek niebezpieczeństwa utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta (art. 19 ustawy pielęgniarskiej).

Odrębnym prawem jest prawo do świadczeń zdrowotnych; przysługuje ono pacjentom na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>21</sup>. Ustawa ta reguluje realizację prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Jak wspomniano już wyżej, art. 19 ust. 1, pkt. 1 ustawy o z.o.z. statuuje prawo pacjenta 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.

Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności, co wynika z art. 7 ustawy o z.o.z.

---

<sup>20</sup> Szerzej na ten temat zob. K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 305-306.

<sup>21</sup> Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 ze zm.

PRAWO DO WYRAŻENIA ZGODY  
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA

Zgodnie z art. 32 ust.1 ustawy lekarskiej, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. O konieczności uzyskania zgody mówi także art. 15 KEL oraz art. 19, ust. 1, pkt 3 ustawy o z.o.z., który stwierdza, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Zgoda jest aktem o podstawowej wadze. Przedstawiana jest jako wyraz autonomii pacjenta i jego prawa do samostanowienia. Brak jej udzielenia nie tylko czyni zabieg bezprawnym, lecz także rodzi odpowiedzialność karną za przestępstwo już nie przeciwko wolności, ale przeciwko życiu i zdrowiu, nawet pomimo słusznych wskazań medycznych. Bardzo istotną różnicę dostrzegła A. Liszewska, pisząc: „[...] prawne znaczenie zgody pacjenta, jako okoliczności warunkującej legalność zabiegów nielecniczych (zwłaszcza takich jak eksperymenty medyczne, pobranie organu w celu transplantacji, zabiegi kosmetyczne czy przerywanie ciąży), jest dużo większe niż znaczenie zgody przy czynnościach leczniczych, przy których jej brak może skutkować jedynie odpowiedzialnością za przestępstwo przeciwko wolności”<sup>22</sup>.

Jeśli zaś chodzi o charakter prawny zgody, to M. Nesterowicz uważa, że zgoda to: „oświadczenie woli, do którego można stosować przepisy kodeksu cywilnego o wadach oświadczenia woli, a zwłaszcza brak świadomości w powzięciu decyzji i wyrażeniu woli oraz błąd”<sup>23</sup>. Pojawiają się także w doktrynie stanowiska (m.in. M. Safjan) traktujące zgodę jako akt woli służący realizacji dobra osobistego jednostki, a nawet odmawiające jej przymiotu czynności prawnej: „zgoda nie jest więc czynnością prawną (oświadczeniem woli *sensu stricto*), ponieważ jej istota nie sprowadza się do wywołania określonych skutków prawnych, ale do zadysponowania – w drodze autonomicznej decyzji – własnym dobrem osobistym”<sup>24</sup>.

Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody jest przestępstwem i obwarowane jest sankcją karną, co wynika z art. 192 § 1 Kodeksu karnego. Osoba

---

<sup>22</sup> *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 1, s. 48; co do różnych form wyrażania zgody zob. w szczególności K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 350-354.

<sup>23</sup> *Prawo medyczne*, Toruń 1998, s. 72; t e n ż e, *Eksperyment medyczny w świetle prawa*, „Prawo i Medycyna” (nr specjalny) 2004, s. 27-37.

<sup>24</sup> M. S a f j a n, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 34-37.



wykonująca zabieg leczniczy bez zgody podlega karze grzywny, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2, przy czym ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Pacjent, który ukończył 16 lat, także ma prawo do wyrażenia zgody, obok zgody rodziców (jest to wówczas tzw. zgoda równoległa). W określonych sytuacjach prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy pacjenta, jego opiekun prawny lub faktyczny, a nawet sąd opiekuńczy. Pacjent ma również prawo wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie opinii innego lekarza specjalisty lub przeprowadzenia konsylium lekarskiego w przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych (art. 37 ustawy lekarskiej).

Prawo pacjenta o stanowieniu o procesie leczenia obejmuje także prawo wypisania pacjenta z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie opieki zdrowotnej (art. 22 ust. 1 i 3 oraz art. 26 ustawy o z.o.z.).

W przypadku, gdy pacjent ma uczestniczyć w eksperymencie medycznym o charakterze terapeutycznym, powinien również wyrazić na niego pisemną zgodę. Zgoda taka powinna być poprzedzona informacją o celach eksperymentu, sposobach i warunkach przeprowadzania eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych, ryzyku związanym z przeprowadzaniem eksperymentem, prawie odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium<sup>25</sup>.

#### PRAWO DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Pacjentowi przysługuje przystępna informacja o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, zabiegach rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych oraz stopniu ich ryzyka. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi informacji o dających się przewidzieć następstwach stosowania i zaniechania metod leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu<sup>26</sup>. Informacje takie mogą być udzielane innym osobom tylko za zgodą pacjenta (art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy o z.o.z. i art. 31 ust. 1 i 2 usta-

---

<sup>25</sup> Szerzej na ten temat zob. W. N o w a k, *Prawne formy zgody pacjenta na eksperyment medyczny (zagadnienia cywilnoprawne)*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 3, s. 45-57.

<sup>26</sup> J. C i s z e w s k i, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Warszawa 2002, s. 45.

wy lekarskiej). Obowiązek informowania przewiduje wyraźnie KEL, który w art. 13 stanowi: „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu świadomych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielana pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Pacjent ma prawo zapoznać się ze stopniem ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego”. Na szczególną uwagę w zakresie odstąpienia od obowiązku informowania pacjenta o jego stanie zdrowia zwraca instytucja tzw. przywileju terapeutycznego, zakorzeniona w art. 31 ust. 4 ustawy lekarskiej oraz art. 17 KEL. Polega on na tym, że w pewnych okolicznościach lekarz nie musi, a nawet nie powinien przekazywać pacjentowi całości informacji dotyczących jego stanu zdrowia: „Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić mu pełnej informacji” (KEL) oraz „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji” (ustawa lekarska). Zdaniem J. Ciszewskiego w powoływanych uregulowaniach można zauważyć znaczną równowagę między prawem pacjenta do informacji o diagnozie a obowiązkiem niewyrządzania pacjentowi szkody. Trzeba pamiętać, że zgoda pacjenta na zabieg dotknięta jest wadą, jeżeli nie zostanie poprzedzona należyłą informacją medyczną. Lekarz ma obowiązek uprzedzić pacjenta o skutkach świadczeń medycznych o charakterze typowym, normalnym, z którymi pacjent powinien się liczyć w konkretnym przypadku<sup>27</sup>.

Również personel pielęgniarski został zobowiązany do udzielania informacji (art. 20 ust. 1 i 2 ustawy pielęgniarskiej). Pacjent ma prawo do uzyskania informacji o przysługujących mu prawach. Ustawowe zobowiązanie w tym przedmiocie ciąży na personelu pielęgniarskim oraz kierownikowi za-

---

<sup>27</sup> Tamże, s. 46.

kładu opieki zdrowotnej. Nie oznacza to wyłącznie upowszechniania ich treści (np. ulotka zawieszona na tablicy informacyjnej), ale chodzi przede wszystkim o zapoznanie pacjentów z ich istotą, tak by mogli ją odnieść do swojej sytuacji<sup>28</sup>.

Pacjent ma prawo do otrzymywania informacji w sposób przystępny dla siebie (art. 31 ust. 1 ustawy lekarskiej). Powinien uzyskiwać informacje w języku dla siebie zrozumiałym, przy minimalizacji terminów fachowych. Prawo to realizuje się także przez dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej w różnych formach (wgląd, odpis, wyciąg, kopia) oraz wskazania osoby upoważnionej do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta (art. 18 ust. 3 pkt. 1 ustawy o z.o.z.). Szczególne znaczenie w tym zakresie ma wyrok NSA z dnia 19 maja 2003 roku, którego teza potwierdza, że „pacjent publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma prawo żądać udostępnienia mu dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby, prowadzonej przez ten zakład. Odmowa udostępniania dokumentacji podlega zaskarżeniu do Naczelnego Sądu Administracyjnego”<sup>29</sup>.

Obok prawa do informacji pacjent ma prawo nie być informowanym (art. 31 ust. 3 ustawy lekarskiej oraz art. 16.1 KEL); może zrzec się korzystania z prawa do informacji. Zakres, w jakim następuje zwolnienie lekarza z obowiązku informowania, uzależniony jest od treści żądania pacjenta. Może mieć charakter całkowity (zwolnienie lekarza z udzielania jakichkolwiek informacji) oraz częściowy (zwolnienie lekarza z udzielenia tylko określonych informacji). Realizacja tego prawa wymaga, aby pacjent wyraźnie zażądał od lekarza nieinformowania. Zachowanie pacjenta musi być aktywne, uzewnętrznione, nie budzące żadnych wątpliwości.

Niedopuszczalne jest zaniechanie obowiązku udzielania informacji na podstawie dorozumianego zachowania pacjenta. Lekarz może podjąć wysiłki przekonania pacjenta o przyjęciu informacji. Pacjent w każdym momencie może skutecznie zażądać wznowienia informowania i od tej chwili powinien być informowany na zasadach ogólnych<sup>30</sup>.

Prawo do uzyskania informacji przysługuje pacjentowi powyżej 16. roku życia, natomiast w przypadku pacjentów poniżej 16. roku życia, a także

---

<sup>28</sup> M. Ż e l i c h o w s k i, *Pacjent też człowiek. Prawo do ochrony życia i do ochrony zdrowia*, „Rzeczpospolita” z 3 marca 1999 r.

<sup>29</sup> OSA 1/03 OSA 2003/11/136/565.

<sup>30</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 309 oraz B o r a t y Ń s k a, K o n i e c z n i a k, dz. cyt., s. 248.

pacjentów nieprzytomnych bądź niezdolnych do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – opiekunowi faktycznemu pacjenta (art. 31 ust. 5 i 6 ustawy lekarskiej).

#### PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI OSOBISTEJ

Ochronę prawną życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz prawo do decydowania o życiu osobistym przewiduje przede wszystkim art. 47 Konstytucji RP.

Prawo do poszanowania intymności oraz godności osobistej należy do sfery życia prywatnego pacjenta i stanowi przedmiot ochrony w art. 23 kodeksu cywilnego. Bezpośrednio ochronę prawa człowieka/pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych gwarantują przepisy ustawy o z.o.z. (art. 19 ust. 1 pkt 4), a także ustawy lekarskiej (art. 36 ust. 1). Artykuł 12 KEL stanowi: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując godność osobistą [...] prawo do intymności”.

Intymność odnosi się zarówno do samej osoby pacjenta – do jego sfery życia wyłącznie osobistego, poufnego, jak i do charakteru relacji z innymi osobami – opartymi na relacjach serdeczności, zażyłości stosunków<sup>31</sup>.

Podczas udzielania świadczeń medycznych lekarz ma obowiązek poszanowania intymności pacjenta. Podstawową przesłanką poszanowania intymności jest obecność w trakcie interwencji medycznej jedynie personelu medycznego, niezbędnego ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego (art. 36 ust. 2 ustawy lekarskiej). Jak wskazuje się w literaturze, sam fakt przynależności do personelu medycznego nie upoważnia do uczestnictwa przy interwencji medycznej, musi tutaj zachodzić przesłanka niezbędności danej osoby w trakcie konkretnej interwencji medycznej. Oznacza to, że osoby te mogą być obecne nawet mimo sprzeciwu pacjenta<sup>32</sup>.

Osobnym problemem jest obecność przy udzielaniu świadczeń osób kształcących się na uczelniach medycznych. Przepisy ustawy lekarskiej regulują

---

<sup>31</sup> *Słownik wyrazów obcych PWN*, s. 486.

<sup>32</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 366.

w tym zakresie trzy przypadki. Jeżeli pacjent i lekarz (wymóg równoczesnej zgody) wyrażą zgodę na obecność przy zabiegu innych osób (czy to bliskich pacjenta, czy to adeptów nauk medycznych), sprawa nie stanowi problemu (art. 36 ust. 2).

Nie jest natomiast konieczne uzyskanie zgody pacjenta na obecność osób kształcących się, jeżeli interwencja medyczna jest niezbędna i wynika z toku leczenia, a obecność tych osób jest ograniczona do „niezbędnego zakresu do celów dydaktycznych” i tylko w klinikach i szpitalach akademii medycznych, medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych i innych jednostkach uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych (art. 36 ust. 4 zd. 1).

Jeżeli jednak w procesie leczenia demonstracja pewnych czynności ma charakter wyłącznie dydaktyczny, to konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta (art. 36 ust. 4). Należy nadmienić, że warunki, w jakich udzielane są świadczenia medyczne, muszą gwarantować poszanowanie intymności pacjentów.

W aspekcie poszanowania godności pacjenta należy wziąć pod uwagę szczególnie stosunek łączący pacjenta z lekarzem; powinien on się cechować wzajemnym zaufaniem. Od lekarza wymaga się delikatności, życzliwości i kulturalnego traktowania pacjentów. Pacjent nie może być traktowany przez personel medyczny przedmiotowo i nie chodzi tu oczywiście o obowiązek „zaprzyjaźniania się” czy „kolegowania się” z pacjentem; raczej o dostrzeżenie człowieka w pacjencie, jego potrzeb w sferze psychicznej i fizycznej, a nie marginalizowanie go do kolejnego przypadku czy numeru w dokumentacji medycznej. Wszyscy pracownicy medyczni powinni zwracać się do pacjenta taktownie, życzliwie, wyrozumiale i cierpliwie<sup>33</sup>. Niedopuszczalne jest szydzące komentowanie np. budowy ciała pacjenta czy jego reakcji na ból i stres. Przejawem poszanowania godności jest m.in. unikanie zadawania zbędnego bólu przez niestaranne czy nieprofesjonalne wykonanie świadczeń medycznych, narażających na dodatkowe cierpienie. Pacjent ma ponadto prawo do znieczulenia na żądanie, jeśli jednocześnie nie ma przeciwwskazań<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Tamże, s. 369-370 (oraz literatura tam przywoływana).

<sup>34</sup> M. B o r a t y Ń s k a, *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 70-79.

### PRAWO DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ

Konieczność realizacji prawa do opieki duszpasterskiej wynika przede wszystkim z art. 53 Konstytucji RP pozytywnizującego prawo do wolności sumienia i wyznania każdego człowieka przebywającego na terytorium RP. Prawo to wynika z art. 19 ust. 3 pkt. 3 ustawy o z.o.z., na podstawie którego pacjenci mają prawo do opieki duszpasterskiej zgodnie ze swoim wyznaniem. Z przepisem tym skorelowany jest przepis art. 4 ust. 1 (w zw. art. 2) ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania<sup>35</sup>, na podstawie którego osoby przebywające w zakładach służby zdrowia mają prawo do zgodnego z zasadami swojego wyznania uczestnictwa w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniania obowiązków religijnych i obchodzenia świąt religijnych, a także prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych. Jak wskazuje A. Mezglewski: „W stosunku do ośmiu Kościołów [...] kierownicy placówek państwowych lub samorządowych zobowiązani zostali do przeznaczenia odpowiednich pomieszczeń na kaplice lub – w wyjątkowych przypadkach – do udostępnienia innych pomieszczeń w celu umożliwienia organizowania nabożeństw i zbiorowych praktyk religijnych”<sup>36</sup>. Uprawnieniami indywidualnymi, jakie wskazuje literatura, są: prawo do osobistego kontaktu z duchownym określonego wyznania, prawo posiadania przedmiotów kultu religijnego, prawo do uczestnictwa w obrzędach religijnych na terenie placówki ochrony zdrowia<sup>37</sup>.

### PRAWO DO DODATKOWEJ OPIEKI I WSPARCIA ZE STRONY OSÓB BLISKICH

W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do poszanowania sfery życia rodzinnego. Ustawa gwarantuje pacjentowi prawo do: dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę przez niego wskazaną; kontaktu osobistego, telefonicznego

---

<sup>35</sup> Ustawa o gwarancjach wolności sumienia i wyznania z dnia 17 maja 1989 r. (tj. Dz.U. z 2005 r., nr 231, poz. 1965).

<sup>36</sup> A. M e z g l e w s k i, H. M i s z t a l, P. S t a n i s z, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2006, s. 203.

<sup>37</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 377.

lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz (art. 19 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy lekarskiej oraz podobnie art. 19 KEL).

Od woli pacjenta zależeć będzie, czy z niego skorzysta, czy też nie. Nie ma znaczenia, że do personelu medycznego szpitala zgłoszą się osoby chcące pielęgnować pacjenta; jeśli nie wyrazi on na to zgody, szpital nie powinien dopuścić do tego. Szpital też nie może wymagać, aby pacjentem dodatkowo opiekowały się osoby mu bliskie. Należy z całą mocą podkreślić, że chodzi tu jedynie o „opiekę dodatkową”. Personel medyczny nie jest bowiem zwolniony z troski o prawidłową pielęgnację pacjenta; ustawowy obowiązek pielęgnacji i opieki nad pacjentem spoczywa na personelu medycznym placówki, w której on przebywa (art. 20 ust. 1 ustawy o z.o.z.). Za naruszenie tego prawa można poczytywać praktyki pracowników medycznych, polegające na przrzucaniu swoich obowiązków pielęgnacyjnych na osoby bliskie pacjentowi bez wcześniejszego uzgodnienia tego z osobami zainteresowanymi<sup>38</sup>.

Prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej jest uprawnieniem każdego pacjenta, bez względu na rodzaj choroby czy też wiek. Gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia swojej woli, np. małoletni, ubezwłasnowolniony, o skorzystaniu z tego prawa rozstrzyga przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. Personel medyczny jest zobowiązany uszanować ich decyzję, która nie jest ich własną decyzją, lecz decyzją podjętą w imieniu pacjenta<sup>39</sup>.

Dodatkową opiekę mają prawo sprawować zarówno osoby bliskie, jak i inna osoba, pod warunkiem, że zostały wskazane przez pacjenta. W tym zakresie rozstrzygające znaczenie powinna mieć wola samego pacjenta lub jego reprezentanta (przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego). Problem może powstać, gdy pacjent nie jest zdolny do wyrażenia swojej woli w tym zakresie i nie ma przedstawiciela ustawowego. W tych sytuacjach pomocny dla personelu medycznego w ocenie, kto jest osobą bliską, może być przepis art. 115 § 11 k.k. Zgodnie z tym przepisem, „Osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoby pozostające w wspólnym pożyciu”.

„Osobisty kontakt człowieka hospitalizowanego z osobami bliskimi i możliwość wykonywania przez nich opieki nad pacjentem są bardzo istotne dla psychicznego samopoczucia chorego (a przez to wpływają na proces leczeni-

---

<sup>38</sup> M. Ż e l i c h o w s k i, *Prawo pacjenta do opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską*, „Medycyna Praktyczna” 2000, s. 12.

<sup>39</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 374.

czy) i stanowią istotny element realizacji prawa do intymności, dlatego nie powinny być ograniczane żadnymi względami”<sup>40</sup>. Jednocześnie, zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy o z.o.z., koszty realizacji prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.

Realizacja prawa do dodatkowej opieki nie jest ograniczona do jakiegokolwiek pory dnia, w szczególności nie wyklucza z jego zakresu pory nocnej. Jest to gwarancja ustawowa; odmienne postanowienie regulaminu porządkowego placówki zdrowia jest sprzeczne z prawem.

W trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz. Kontakt ten nie może być w żaden sposób utrudniany, choć znów należy podkreślić, że realizacja tego uprawnienia nie może obciążać zakładu opieki zdrowotnej (art. 19 ust. 4 ustawy o z.o.z.), pacjent nie ma więc prawa żądać wykonania połączenia telefonicznego na koszt zakładu opieki zdrowotnej. Kierownictwo placówki powinno określić warunki odwiedzin, czyli czas i miejsce spotkań chorego z rodziną, możliwości kontaktu telefonicznego, listownego (art. 19 ust. 3 pkt 2 ustawy o z.o.z.).

Dodatkowy obowiązek po stronie kierownictwa zakładu opieki zdrowotnej i jednocześnie prawo po stronie pacjenta statuuje art. 20 ust. 2 ustawy o z.o.z.; jest to obowiązek niezwłocznego zawiadomienia wskazanej przez chorego osoby lub instytucji w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci.

Prawo pacjenta do opieki dodatkowej sprawowanej przez osobę bliską oraz prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz może ulec ograniczeniu tylko na podstawie decyzji kierownika zakładu opieki zdrowotnej lub upoważnionego przez niego lekarza. Uzasadnieniem wprowadzenia ograniczenia są zagrożenie epidemiologiczne lub względem warunków przebywania innych osób chorych w szpitalu (art. 19 ust. 5 ustawy o z.o.z.). „Zgodnie ze stanowiskiem Państwowego Zakładu Higieny przyczynami ograniczenia prawa pacjenta do kontaktu ze środowiskiem pozaszpitalnym mogą być: hospitalizacja pacjenta chorego na szczególnie zaraźliwe choroby; występowanie w środowisku pozaszpitalnym zachorowań na choroby zakaźne (np. grypa), które mogą stanowić ryzyko dla hospitalizowanych pacjentów; konieczność zapewnienia tzw. izolacji ochronnej pacjentom z indywidualnymi przypadkami

---

<sup>40</sup> T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej* (artykuł 19), [www.gazetalekarska.pl/xml/nil/gazeta/numery/n1998/n199810/n19981020](http://www.gazetalekarska.pl/xml/nil/gazeta/numery/n1998/n199810/n19981020) z dnia 20 grudnia 2007 r.



zaburzeń odporności. Pacjent zachowuje wówczas jedynie prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz drogą telefoniczną lub listowną<sup>41</sup>.

### PRAWO DO GODNEJ ŚMIERCI

Artykuł 19 ust. 1 pkt 5 ustawy o z.o.z. gwarantuje pacjentowi prawo do umierania w spokoju i godności, a to oznacza, że walka o przedłużanie życia powinna trwać w takich granicach, do jakich lekarza upoważnia sam chory. Są sytuacje, w których pacjent nie wyraża zgody na przedłużanie życia, zwłaszcza za wszelką cenę, i odmawia zgody na niektóre formy leczenia. Istnieje wówczas obowiązek uszanowania woli pacjenta i należy go leczyć za pomocą takich środków, na które wyraża zgodę. Nawet chorego w stanie terminalnym nie można leczyć bez jego zgody. Jeżeli chory ze względu na bardzo ciężki stan zdrowia nie będzie mógł sam wyegzekwować działań, które zagwarantują mu odpowiednie warunki, prawo żądania właściwej opieki mają osoby towarzyszące pacjentowi w końcowym etapie życia<sup>42</sup>.

Pacjent umierający ma prawo do wszelkich informacji o swoim stanie zdrowia, również o niepomyślnym rokowaniu, a także do umierania bez zbędnego bólu. Łagodzenie wszelkich cierpień, a zwłaszcza nieznośnego bólu, jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej<sup>43</sup>.

Także Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 30 przewiduje, że lekarz winien utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. Przepisy prawa nie rozstrzygają początku stanu umierania ani jak długo powinno trwać podtrzymywanie zanikających funkcji życiowych poprzez podłączenie chorego do aparatury utrzymującej życie, natomiast art. 32 KEL stanowi, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. KEL zawiera jednocześnie w art. 31 stanowczy zakaz stosowania eutanazji: „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub

<sup>41</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 376.

<sup>42</sup> M. K o l a s i ń s k i, *Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 11, s. 35-44.

<sup>43</sup> R. F e n i g s e n, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 1997, s. 66.

opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego.

Szczególnym obowiązkiem lekarza wynikającym z etyki zawodowej jest, w aspekcie prawa pacjenta do godnej śmierci, dołożenie starań, aby łagodzić cierpienia w stanach terminalnych (art. 30 KEL). „Rozwiązania międzynarodowe zalecają zapewnienie pacjentowi prawa domagania się skutecznego leczenia przeciwbólowego, a lekarzy zobowiązują do dostarczenia leków w dawkach skutecznie zwalczających ból, bez obawy, że mogą one przyspieszyć śmierć pacjenta”<sup>44</sup>.

Pacjent umierający, czyli „będący na pewnym określonym etapie życia”<sup>45</sup>, ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej. Jak się wskazuje, „celem podejmowanej pielęgnacji jest niesienie ulgi w cierpieniu przez: podanie zaleconych leków, toaletę, sianie łóżka, udogodnienia w ułożeniu, podawanie płynów i tym podobne czynności pielęgnacyjne. Gdy chory ze względu na swój stan nie może wyrazić swych życzeń, obserwując wygląd chorego, jego niepokój, mimikę należy domyślać się jego potrzeb i spełniać oczekiwania umierającego. Towarzyszenie przez gest, słowo, dotyk, trzymanie za rękę itp. oznaki życzliwości wpływają uspokajająco na osobę umierającą”<sup>46</sup>.

Przestrzeganie warunków gwarantujących poszanowanie godności i spokoju pacjenta w stanie terminalnym jest równoznaczne z zapewnieniem osobnego pomieszczenia lub choćby wydzielonej powierzchni. Z respektowaniem tego prawa łączy się umożliwienie, bez względu na porę, kontaktu z rodziną i duchownym. Powinna być także zapewniona możliwość stałego czuwania przy chorym<sup>47</sup>.

#### PRAWA PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Reguluje je ustawa z dnia 19 stycznia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>48</sup>.

---

<sup>44</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 379.

<sup>45</sup> K. S z e w c z y k, *Etyka i deontologia lekarska*, Kraków 1994, s. 70.

<sup>46</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 380.

<sup>47</sup> C i s z e w s k i, dz. cyt., s. 55.

<sup>48</sup> Dz.U. z 1994, nr 111, poz. 535 ze zm. (dalej u. o o.z.p.).

W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego, należy brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy (art. 12 u. o o.z.p.).

Ustawa o o.z.p. przewiduje dwa sposoby przyjęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego. Po pierwsze (art. 22 u. o o.z.p.), może ono nastąpić za pisemną zgodą osoby chorej na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia. Przepis art. 22 ust. 2 przewiduje także szczególny tryb przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, która nie jest zdolna wyrazić zgody na przyjęcie do szpitala ani też swego stosunku do owego działania. W takim przypadku przyjęcie do szpitala psychiatrycznego oraz leczenie następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

Bez wymaganej prawem zgody można umieścić w szpitalu psychiatrycznym osobę chorą psychicznie<sup>49</sup> tylko i wyłącznie wtedy, gdy jej poprzednie zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. W takim przypadku lekarz, po osobistym zbadaniu pacjenta i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, postanawia o umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym (art. 23 ust. 1 i 2 u. o o.z.p.). Stosując taki tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia go do szpitala bez jego zgody i poinformować go o jego prawach (art. 23 ust. 3 u. o o.z.p.).

Przyjęcie pacjenta bez jego zgody do szpitala psychiatrycznego wymaga zatwierdzenia tego faktu przez ordynatora w ciągu 48 godzin od przyjęcia, natomiast kierownik szpitala zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (art. 23 ust. 4 u. o o.z.p.).

---

<sup>49</sup> Zob. postanowienie SN z dnia 14 lutego 1996II CRN 201/95: „Przesłankami przymusowej hospitalizacji w trybie art. 23 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111 poz. 535) są choroba psychiczna oraz istnienie stanu zagrożenia dla życia lub zdrowia. Zachowania jedynie uciążliwe, ale nie stwarzające zagrożenia, nie stanowią przesłanki przymusowej hospitalizacji” – zob. „Państwo i Prawo” 1997, nr 1, s. 111.

W przypadku osoby podejrzanej o zaburzenia psychiczne można również zastosować tryb przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody w celu wyjaśnienia wątpliwości co do jej zaburzeń, jeżeli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Pobyt w szpitalu nie może w takim przypadku trwać dłużej niż 10 dni, procedura przyjęcia do szpitala jest taka sama jak w przypadku opisanym powyżej (art. 24 u. o o.z.p.).

Bez zgody osoby chorej psychicznie można również umieścić ją w szpitalu psychiatrycznym na skutek orzeczenia sądu opiekuńczego, podjętego na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę, organu pomocy społecznej, jeśli taka osoba objęta jest oparciem społecznym<sup>50</sup>.

Orzeczenie o umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym może zapaść w dwóch przypadkach (art. 29 u. o o.z.p.). Po pierwsze, w stosunku do osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź – po drugie – osoby, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Jak wykazał Sąd Najwyższy w swym postanowieniu: „Orzeczenie sądu o potrzebie przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego (art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – Dz.U. nr 111, poz. 535) nie oznacza, że osoba taka może być umieszczona w szpitalu bezterminowo. Okres pobytu tej osoby w szpitalu zależy od ustania przyczyny wydania przez sąd orzeczenia o przyjęciu (art. 35 ust. 1 i art. 36 wymienionej ustawy)<sup>51</sup>.

Ustawa chroni także prawa osób z zaburzeniami psychicznymi w przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umyślowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby.

---

<sup>50</sup> S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski wskazują, że wnioskodawcą nie może być pracownik socjalny ani wykwalifikowana opiekunka świadcząca usługi na rzecz chorego – zob. S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz*, Warszawa 1998, s. 163. Podobnie pisze J. Duda (*Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2006).

<sup>51</sup> Postanowienie SN z dnia 10 marca 1998 I CKN 571/97 OSNC 1998/10/170/101; zob. także postanowienie SN z dnia 12 lipca 1996II CRN 81/96 MoP 1997/1/5 w sprawie warunków przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 29 u. o o.z.p.

Wówczas kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej ma obowiązek zawiadomić o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby celem naprawy tej sytuacji (art. 17 u. o o.z.p.).

W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować przymus bezpośredni jedynie wobec osób wskazanych w art. 18 ust. 1 u. o o.z.p., a przymus ten realizowany jest za pomocą enumeratywnie wyliczonych w ust. 3 tegoż artykułu środków: przytrzymywania, przymusowego podania leków, unieruchomienia lub izolacji; jest to katalog zamknięty<sup>52</sup>. Zgodnie z zasadą z art. 12 u. o o.z.p., przy wyborze określonego sposobu działania należy posłużyć się środkiem jak najmniej uciążliwym dla pacjenta<sup>53</sup>.

W przypadku, gdy wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego osoba nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, ale nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub za zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej (art. 38 u. o o.z.p.). Osoby wykonujące czynności wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności (art. 50 u. o o.z.p.).

Osoba z zaburzeniami psychicznymi, przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej, ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, a korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli (art. 13 u. o o.z.p.).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 10a zawiera klauzulę pomocy dla pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz ich przedstawicieli ustawowych, opiekunów prawnych lub faktycznych w ochronie ich praw. Jednostka organizacyjna ochrony zdrowia, do której zwróciły się wskazane osoby celem udzielenia świadczenia, powinna poinformować je o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który na podstawie art. 10b jest organem właściwym w tych sprawach.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich przedstawiciele mają prawo do: przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw, spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w warunkach za-

---

<sup>52</sup> Szczegółowe kwestie związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 23 sierpnia 1995 r. (Dz.U. nr 103, poz. 514).

<sup>53</sup> Tak także Dąbrowski, Pietrzykowski, dz. cyt., s. 111.

pewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby, uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy (art. 10a u o o.z.p.). Szczególne znaczenie w ochronie praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi ma, co podkreśla D. Karkowska, możliwość sądowej kontroli szpitali psychiatrycznych<sup>54</sup>. Prawo wizytacji sędziowskiej stanowi art. 43 u. o o.z.p.: „do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo ma prawo wstępu o każdej porze sędzia w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w takim szpitalu lub domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają”.

#### UWAGI KOŃCOWE

W przypadku naruszenia wymienionych wyżej praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego (w zw. z art. 19a ustawy o z.o.z.)<sup>55</sup>. Roszczenie takie służy poszkodowanemu jedynie w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta. Nastąpić to może także w wyniku niedbalstwa, jak i oczywistej niekompetencji zakładu opieki zdrowotnej.

Podstawowym obowiązkiem zakładu opieki zdrowotnej jest zapewnienie dobrej organizacji pracy, co ma pozwolić na prawidłowe wypełnienie funkcji, do jakich zakład powołano. Winno to zmuszać kierownictwo zakładu do zatrudnienia wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego wszystkich szczebli. Zdaniem J. Ciszewskiego zawinione będzie także przydzielenie lekarzowi niefachowego personelu medycznego, co spowodowało w efekcie naruszenie praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> K a r k o w s k a, dz. cyt., s. 342.

<sup>55</sup> Na szczególną uwagę zasługuje w tym zakresie teza wyroku Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z dnia 29 maja 2007, V CSK 76/07, która brzmi: „Roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 KC oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta (art. 19a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. nr 91, poz. 408 ze zm.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne” – „Biuletyn SN” 2007, nr 9, s. 9.

<sup>56</sup> C i s z e w s k i, dz. cyt., s. 41.

## PATIENTENRECHTE IM POLNISCHEN RECHTSSYSTEM

## Z u s a m m e n f a s s u n g

Unter Patientenrechten versteht man die Rechte von Patienten gegenüber Ärzten und anderen Angehörigen des Gesundheitswesens im Rahmen einer Heilbehandlung. Es besteht im polnischen Rechtssystem keinen einheitlichen Katalog von Patientenrechten. Sie sind in den verschiedenen Rechtsakten verankert worden. Unter diesen Rechten kann man vor allem solche Rechte finden wie: das Selbstbestimmungsrecht, das Prinzip der Einwilligung, also das Verbot von Behandlungen ohne Zustimmung des Patienten, das Recht auf sorgfältige Heilbehandlung gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft (aber keine „Erfolgsgarantie“), das Recht auf freie Arztwahl, das Recht auf Aufklärung, das ist eine für den Laien verständliche Erklärung der Diagnose, also die wahrheitsgemäße Beschreibung der Krankheit und ihrer wahrscheinlichen Folgen der Therapie, die Beschreibung der Behandlungsalternativen, der Risiken, insbesondere der Nebenwirkungen und der Erfolgsaussichten, das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte.

Dazu kommen noch etwa das Recht auf würdevolle Behandlung, Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse, ausreichende Besuchsmöglichkeiten. Im Falle der Mißachtung von Patientenrechten es besteht ein Schadensersatzanspruch gemäß Art. 448 des poln. BGB.

**Słowa kluczowe:** prawa pacjenta, ochrona zdrowia, świadczenie zdrowotne.

**Schlüsselbegriffe:** Patientenrechte, Gesundheitsschutz, gesundheitliche Behandlung.

**Key words:** patient's rights, health care system, health services.