

Prawa człowieka w europejskim systemie prawa medycznego

Przejdź do produktu na ksiegarnia.beck.pl

Wprowadzenie

„Ciągły wzrost regulacyjnych funkcji państwa i jego ingerencja w coraz to nowsze obszary życia społecznego i prywatnego [bowiem] sprawiają, że potrzebny jest mechanizm je równoważący. Mechanizmem takim są prawa chroniące jednostki przed państwową ingerencją, a przynajmniej sprawią, że staje się ona mniej arbitralna i bolesna”.

Wiktor Osiatyński

W 2013 r. świat obieżyły informacje dotyczące grupy starszych amerykańskich lekarzy, którzy wezwali pracujących lekarzy wojskowych w Zatoce Guantanamo, aby odmówili udziału w programie masowego karmienia siłą (*force feeding strike*) strajkujących więźniów. Lekarze stwierdzili, że praktyki, do których są zmuszani w Guantanamo, stanowią „strefę wolną od etyki medycznej”, wskazując tym samym, że personel medyczny ma moralny obowiązek pozwolić więźniom na strajk głodowy, bez zmuszania ich do leczenia¹. Wskazano, że „lekarze wojskowi powinni odmówić udziału w każdym akcie, który narusza etykę medyczną”². Jednocześnie napomniano środowisko lekarskie do zajęcia stosownego stanowiska w tej kwestii, wskazując, że lekarze mają etyczne zobowiązanie wobec swoich pacjentów i muszą głośno mówić o tzw. legalnych i etycznych „czarnych dziurach” w praktyce lekarskiej³.

W tym przypadku przymusowe karmienie stanowiło jawne pogwałcenie praw człowieka, a także błędne rozumienia głodówki jako działań samobójczych. Nadmienić wypada, że bolesne i przymusowe karmienie było sprzeczne z międzynarodowymi standardami etyki medycznej. Strajk głodowy jest uzasadnioną formą protestu – aktyw-

¹ J. George, J.D. Annas, S. Sondra, M.D. Crosby, L.H. Glantz, Guantanamo Bay.

² Por. tamże.

³ Por. tamże. S. Paerlman stwierdza, że w Guantanamo dopuszczono się proporcjonalnego łamania praw człowieka. „Działania Stanów Zjednoczonych w Guantanamo Bay naruszają ich zobowiązania wynikające z Trzeciej Konwencji Genewskiej, Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (ICCPR), Konwencji przeciwko Torturom (CAT) i zwyczajowego prawa międzynarodowego. Naruszenia prawa międzynarodowego w Guantanamo obejmują nielegalne przetrzymywanie na czas nieokreślony, tortury, nieludzkie warunki, niesprawiedliwe procesy (komisje wojskowe) i wiele innych. Te naruszenia praw człowieka pozostają jednak bezkarne. Dla społeczności międzynarodowej jest jasne, że w Guantánamo Bay dochodziło i nadal dochodzi do naruszeń norm praw człowieka, ale prowokowanie zmian jest niewielkie, ponieważ brakuje mechanizmów egzekwowania prawa w międzynarodowym prawie dotyczącym praw człowieka. Niniejsza Nota omawia tło stojące za ośrodkiem detencyjnym w Guantanamo”. Zob. więcej S. Paerlman, Human Rights Violations at Guantánamo Bay, *passim*.

ności politycznej, prawem do wolności działań głęboko zakotwiczonych w prawach człowieka. Karmienie siłą jest tym samym pozbawioną etyki interwencją stanowiącą wyraz pogwałcenia standardów praw człowieka i etosu lekarskiego. Część społeczności lekarskiej współpracującej z obrońcami praw człowieka podkreślała, że „ci ludzie nie próbują popełnić samobójstwa. Ryzykują śmiercią, aby wyrazić swoje zdanie polityczne. Ich celem nie jest umrzeć, ale dostrzec niesprawiedliwość, o której mowa”⁴.

W podobnym duchu wypowiedziało się Światowe Stowarzyszenie Medyczne, które oświadczyło, że karmienie siłą głodujących jest „zawsze etycznie nie do przyjęcia”⁵. Nawet jeśli ma to przynieść korzyści, karmienie w towarzystwie gróźb, przymusu, siły lub użycia ograniczeń fizycznych, jest formą nieludzkiego i poniżającego traktowania⁶. Pomimo wielu protestów, lekarze z zatoki Guantanamo nie zamierzali wycofywać się z procesu karmienia siłą, opierając swoją rację na chęci sprostania opiece ratującej życie. Świat medyczny i prawny stanął w ten sposób przed bezprecedensowym wyzwaniem egzystencjalnym. Historia żołnierzy z Guantanamo ukazuje usprawiedliwione przez amerykańską władzę akty przemocy, upokarzającego i okrutnego traktowania⁷.

Przymusowe karmienie więźniów odnosiło się do łamania jeszcze innych praw wolnościowych, wśród których odnajdujemy m.in. prawa do wolności religijnej. Pogwałcone zostały prawa religijne Syryjczyków, gdyż byli karmieni siłą, szczególnie podczas Ramadanu. Do całej sytuacji odnieśli się prawnicy. Wyraźne stanowisko zajął amerykański sędzia Sądu Najwyższego *Gladys Kessler*, wskazując, że „karmienie z użyciem siły jest bolesnym, upokarzającym i poniżającym procesem”, jednocześnie wykazał ubolewanie wobec braku możliwości udzielenia jakiegokolwiek ulgi ludziom doświadczającym przemocy⁸. Zauważył tym samym, że przymusowe karmienie to stłumienie siłą prawa stawiania oporu wobec tyranii, to zdeptanie ich praw podstawowych, które czynią ich ludźmi, ponieważ odebrano im możliwość i wolność wyboru⁹.

Historii takich – jak przywołana powyżej – znamy więcej. Łamanie praw człowieka stało się faktem, który „lepiej wyrażany jest za pomocą danych opisowych w postaci relacji, sprawozdań czy też danych statystycznych niż właściwych reakcji na zmianę

4 J. George, J.D. Annas, S. Sondra, M.D. Crosby, L.H. Glantz, Guantanamo Bay, *passim*.

5 Physicians for Human Rights. Force Feeding Violates Medical Ethics, Points to Need to Close Guantanamo, <http://physiciansforhumanrights.org/press/press-releases/force-feeding-violates-medical-ethics-points-to-need-to-close-guantanamo.html> (dostęp: 25.2.2022 r.).

6 Por. World Medical Association. Declaration of Tokyo: Guidelines for medical doctors concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in relation to detention and imprisonment, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/> (dostęp: 25.2.2022 r.).

7 V. Iacopino, S.N. Xenakis, Neglect of medical evidence of torture in Guantanamo Bay, *passim*.

8 S.M. Dougherty, J. Leaning, P.G. Greenough, F.M. Jr Burkle, Hunger Strikers, s. 1–9.

9 <https://www.nytimes.com/2014/10/04/us/judge-orders-disclosure-of-guantanamo-videos.html> (dostęp: 25.2.2022 r.); <https://www.lawfareblog.com/judge-kessler-orders-release-guantanamo-force-feeding-videos> (dostęp: 25.2.2022 r.).

kursu”¹⁰. Sama jednak wiedza o łamaniu praw człowieka nie wystarczy. Wobec takich aktów barbarzyństwa istnieje pilna potrzeba interpretacji norm prawnych i etycznych w pryzmacie prawno-człowieczych standardów, które pozwolą na właściwe dekodowanie przynależnych człowiekowi praw i wypracowania skutecznych mechanizmów ich ochrony. Dla etyki i praktyki lekarskiej jest to o tyle istotne, że lekarz pochylił się nad konkretnym człowiekiem, co oznacza, że powinien nie tylko ulżyć jego cierpieniom, ale ująć go w jego podmiotowości i godności, w całym spektrum przeżyć, wyznawanych wartości, określoną aksjologią i preferencjami etycznymi.

Jednak powszechna akceptacja praw człowieka i przyjęcie paradygmatu ich uniwersalności stanowi dziś poważne wyzwanie. Przyczyn można doszukiwać się chociażby w trudności przyjmowania określonych wzorców etycznych, z punktu widzenia których prawa miałyby być odczytywane. Sam zwrot etyka ma dwojakie znaczenie. Odnosi się zarówno do moralności, jak i refleksji aksjologicznej¹¹. R. Kozłowski zauważa, że „najczęściej spotykane trudności generowane są przez zwolenników koncepcji relatywistycznych oraz z powodu odmiennie rozumianego uniwersalizmu. Relatywiści twierdzą, że «prawa człowieka stanowią rezultat historycznego rozwoju. Są ściśle związane z określonymi warunkami społecznymi, politycznymi, ekonomicznymi, jak również z historią, kulturą i wartościami konkretnego państwa stojącego na różnych stopniach rozwoju, mające różne tradycje historyczne i tło kulturowe siłą rzeczy w odmienny sposób postrzegają i odnoszą się do praw człowieka. Dlatego nie można przyjmować jednolitego, standardowego modelu praw człowieka wypracowanego przez grupę państw i wymagać od wszystkich innych, by się do niego dostosowali»”¹². Jak dalej stwierdza, problematyka uniwersalności wynika również z uzależnienia praw człowieka od założeń metodologicznych i ideologicznych w kontekście prowadzonych badań, przyjętych wprost lub nie wprost koncepcji człowieka (w tym np. koncepcji wolności, sumienia, natury ludzkiej, religii), państwa i relacji, jakie zachodzą między jednostką a państwem¹³.

Tematyka praw człowieka rozwijana w przestrzeni medycznej zakreśla wiele interesujących wątków badawczych, wśród których wyraźnie zauważalne są zagadnienia o nachyleniu politycznym, prawnym, kulturowym, religijnym, ale i bardziej osobiste, w których znaczące są poszczególne wartości każdego człowieka, a siłą rzeczy mające bardzo wąski zakres¹⁴. W kontekście prowadzonej analizy badawczej prawa człowieka należą do sfery powinności i rozumiane są jako „uprawnienia stanowiące podstawę roszczeń”¹⁵. Zgodnie z intencjami twórców Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka rozumiane będą jako prawa, które nie potrzebują ideologicznego uzasadnienia, a opar-

¹⁰ M. Freeman, *Prawa człowieka*, s. 11.

¹¹ O. Höffe, *Etyka państwa i prawa*, s. 77.

¹² R. Kozłowski, *Filozoficzne wyzwania praw człowieka*, s. 30.

¹³ Por. tamże.

¹⁴ Por. C. Wellman, *The Moral Dimensions*, *passim*.

¹⁵ W. Osiatyński, *Prawa człowieka*, s. 6.

cie ich na ludzkiej godności ma służyć międzykulturowemu dialogowi, tak prawnemu, jak i etycznemu. Ujęcie to bierze swój początek w antropologii, „która jako ważna *universaliter*”¹⁶ godzi różnorodność kultur, otwiera na inność, uwrażliwia na samego człowieka¹⁷, na jego życie i wartości dla niego najcenniejsze. Do takich wartości bez wątpienia zaliczane jest zdrowie. Prawo do zdrowia jest fundamentalną częścią praw człowieka. Prawo to wybrzmiewa w międzynarodowych aktach prawnych dotyczących praw człowieka, ale i konstytucjach państw, które ratyfikując co najmniej jeden międzynarodowy traktat dotyczący praw człowieka respektujący to prawo, zobowiązują się tym samym do jego ochrony, zarówno poprzez ustawodawstwo, jak i politykę zdrowotną.

W literaturze przedmiotu wielokrotnie podkreślano, że międzynarodowe standardy praw człowieka wpływają na kwestie zdrowotne dotyczące prawa do zdrowia i jego ochrony w kontekście polityki zdrowotnej, dążąc do zintegrowania norm prawnych z praktyką zdrowia publicznego. Nie można bowiem wykażać troski o zdrowie ludzkie, pomijając fundamenty praw człowieka i implikacje prawnoczłowieczych standardów. Analitycy tematu twierdzą, że nie da się zrozumieć praw człowieka, nie odnosząc ich do troski o ludzkie zdrowie. Normy praw człowieka, będące uniwersalnymi standardami, służą do zakreślenia granic obowiązków decydentów oraz są elementem dla oceny polityki zdrowotnej, tym samym przesuwają akcent w debatach o zdrowiu – z poziomu idei filozoficzno-politycznych na poziom odpowiedzialności prawnej.

Niemniej jednak, zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w praktyce, prawo człowieka do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia wywołuje sceptyczne reakcje i często bywa używane jako abstrakcyjne hasło. Uznając bowiem prawo do zdrowia i jego ochrony jako przynależne człowiekowi prawo, należy zadać pytanie: w jaki sposób państwa wywiązują się z tego zobowiązania? Prawa człowieka, które głoszą poszanowanie dla przyrodzonej godności wszystkich członków rodziny ludzkiej, mają jednocześnie status praw niezbywalnych, a co za tym idzie, zawierają silny imperatyw etyczno-moralny, wskazując na szczególnie status norm chroniących wartości, które skorelowane są z respektowaniem prawa do zdrowia i jego ochrony. W praktyce jednak poszanowanie prawa do zdrowia i jego ochrony zależy od dostępności odpowiedniej infrastruktury medycznej, polityki redystrybucji dóbr oraz innych społeczno-gospodarczych okoliczności, w których ramy praw człowieka stają się iluzoryczne.

Problematyka zdrowia i praw człowieka w prawie europejskim odnosi się do międzynarodowego, europejskiego i krajowego prawa dotyczącego praw człowieka. Obejmuje ono szeroki zakres zagadnień związanych z prawem do zdrowia i jego ochrony, w tym wszelkich kwestii związanych z prawami zdrowotnymi (*health rights*). W centrum *health rights* znajduje się pacjent i przynależne mu prawa, w tym przede wszystkim równy i sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej, również ponad granicami swojego państwa. Proces ten dokonuje się na mocy obowiązującej w UE dy-

¹⁶ O. Höffe, *Etyka*, s. 24.

¹⁷ Por. C. Holder, D. Reidy, *Human Rights: The Hard Questions*, *passim*.

rektywy 2011/24/UE¹⁸, w tym dostępu do świadczeń zdrowotnych, które są moralnie i etycznie wrażliwe (np. aborcja i *end-of-life decision making*). W szczególności chodzi o realizację tych praw w ramach idei prawa człowieka do jak najlepszego poziomu zdrowia, mainstreamingu prawa do zdrowia we wszystkich politykach (*health in all politics*) odzwierciedlonego w art. 9 i 168 TFUE¹⁹.

W niniejszej monografii określa się RE i UE jako instytucje, które winny nie tylko kreować standardy prawnoczwolowiecze, ale i stosować określoną politykę ochrony praw człowieka. Pomimo że oficjalnie UE nie jest instytucją prawnoczwolowieczą, to jednak z uwagi na fakt, iż opiera się na standardach praw człowieka i gwarantuje poszanowanie praw człowieka, stwierdza się, że jest istotnym aktorem na europejskiej scenie, który może przyczynić się do rozwoju i wdrażania prawa i polityki opartej na (*human rights based approach*) zapewniających realizację równego dostępu do opieki zdrowotnej obywateli UE.

Mając na uwadze powyższe, interesującą dla mnie przestrzenią badawczą są prawa człowieka w systemie RE i w prawie unijnym, odnoszące się do tematyki prawnomedycznej. Wskazać należy, że od czasu zaakcentowania pilności wdrażania praw człowieka i ich ochrony w polityce UE z RE, w szczególności na styku prawa i medycyny, zauważalne są wspólne wyzwania, które oddziałują na określone jurysdykcje również w kontekście lokalnym. W ślad za literaturą przedmiotu, europejskie prawo medyczne postrzegane jest w niniejszej monografii jako ukonstytucjonalizowany, pluralistyczny porządek prawny, wraz ze standardami prawnoczwolowieczymi RE, zasadami prawnymi i polityką UE²⁰. Angażując w badaną tematykę prawa człowieka, trzon rozważań ogniskuje się na prawnej analizie standardów prawnoczwolowieczych RE, jurysprudencki Strasburskiej (ETPC) dotyczącej kwestii zdrowotnych oraz na analizie prawnej dotyczącej prawa europejskiego. Główny nacisk pada na unijne prawo dotyczące zdrowia, na formalnie wiążące przepisy prawne, jakie określono w traktatach założycielskich, na prawodawstwo przyjęte przez instytucje unijne i orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (dawnej ETS).

Celem opracowania jest ukazanie i wyjaśnienie złożonych problemów prawnych, etycznych, a niekiedy i społeczno-kulturowych, a nawet religijnych związanych z szeroko pojętym prawnoczwolowieczym prawem do zdrowia w kontekście europejskim, poprzez przeprowadzenie analizy standardów prawnoczwolowieczych RE, orzecznictwa ETPC, w kontekście zbadania sposobów interpretacji treści EKPC²¹ odnoszących się do

¹⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.3.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45), dalej także: dyrektywa transgraniczna.

¹⁹ Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z 25.3.1957 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864).

²⁰ Por. M. Buijsen, *The Concept of Health Law, passim*; B.C.A. Toebes, *The Right to Health, passim*.

²¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami Nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem Nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z ze zm.).

komponentów prawa do zdrowia (tj. m.in. art. 2, 8 EKPC) przez Trybunał. Jednocześnie badaniu poddane zostanie, czy wypracowane standardy prawnoczułowiecze RE są skorelowane z prawami podstawowymi wyeksplikowanymi w KPP UE²², a dotyczącymi praw zdrowotnych w UE. Poszukiwane są w ten sposób odpowiedzi na pytania odnoszące się do ram i istoty europejskiego prawa medycznego. Tym samym zakreślony zostaje drugi cel monografii, jakim jest wzbogacenie współczesnego dyskursu o zdrowiu i prawach człowieka i w europejskim prawie medycznym opartym na prawach (*rights*).

Wybrany przeze mnie kontekst europejski otwiera analizę nie tylko na problematykę prawnopolityczną, dążącą do jednolitości gospodarczej rynku wewnętrznego UE, ale także na problematykę zdrowia i jego ochrony, która coraz częściej przekracza granice państw. Wbrew powszechnie utartej opinii świadczy to o tym, że prawne aspekty opieki zdrowotnej w Europie najczęściej podlegają prawu krajowemu. Wydarzenia związane z pandemią COVID-19 unaocznili, że systemy opieki zdrowotnej są systemami otwartymi, w których prawo UE musi być obecnie brane pod uwagę w opiece zdrowotnej państw członkowskich, włączając w ten zakres również prawa człowieka w opiece nad pacjentem. Odzwierciedleniem takiego procesu jest szereg dyrektyw i orzeczeń TSUE, które stanowią podstawy dla złożonej dziedziny unijnego prawa dotyczącego zdrowia.

Nie bez znaczenia jest skupienie uwagi również na polityce zdrowotnej UE, którą należy odnieść do ustawodawstwa UE w dziedzinie zdrowia. Dzięki temu będzie można podjąć próbę odpowiedzi na pytanie o sposób wpływania prawa UE na prawo i politykę zdrowotną, o zdolność UE do wypracowania zunifikowanej przestrzeni zdrowotnej, w której obywatel UE ma prawo do otrzymywania usług opieki zdrowotnej ponad granicami swojego państwa, i na jakich zasadach. Kolejne pytanie badawcze dotyczy wpływu prawa UE na krajowe prawo i politykę zdrowotną, która *de facto* ma znaczące oddziaływanie na prawa podstawowe stanowiące punkt odniesienia dla analizy zasadności prawa i polityki zdrowotnej UE, a także jakie są konsekwencje dla europejskiego systemu prawa medycznego, włączając w jego zakres aspekty praw pacjenta, przyjęcia przez UE polityki zdrowotnej opartej na prawach (*rights*). Czy UE głosząca poszanowanie praw człowieka we wszystkich swoich politykach i programach jest gotowa na poniesienie rzeczywistych kosztów praw człowieka odnoszących się do przestrzeni zdrowia ludzkiego?

Teza pracy, której podporządkowana została jej kompozycja, sprowadzona została do stwierdzenia, że fundamentalne wartości praw człowieka są zbieżne z wartościami leżącymi u podstaw polityki zdrowotnej i prawa dotyczącego zdrowia oraz jego ochrony, będącymi komponentem europejskiego prawa medycznego, jednak interpretacja i percepcja tych wartości w praktyce wykazuje znaczne różnice. Prawo medyczne i polityka zdrowotna to obszary, w których występują silne zależności z wartościami bioetycznymi związanymi z tematyką choroby, cierpienia, w tym także problematyką

²² Karta praw podstawowych Unii Europejskiej z 30.3.2010 r. (Dz.Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 389).

początku i końca życia, autonomii i samostanowienia. Są one nośnikami wartości (godności ludzkiej, równości i solidarności) chronionych na poziomie państw członkowskich oraz UE i RE w różnych dokumentach prawnych i orzecznictwie europejskim.

Teza pracy oscyluje wokół założenia, że UE to przede wszystkim unia gospodarcza, w której zdrowie rozumiane jest jako produkt, a świadczenia zdrowotne są towarem konsumenckim na rynku europejskim. W związku z powyższym nabywający te usługi są konsumentami. W konsekwencji zostaje podważony fundament prawa medycznego, jakim jest solidarność, równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, etyka relacji lekarza z pacjentem, gdyż nie jest on zbudowany na powiernictwie i trosce opartej na potrzebach medycznych pacjenta, lecz na normie konsumpcyjnej. Jeżeli pacjent jest traktowany zasadniczo jako konsument, to uznanie prawa do zdrowia jako prawa człowieka w europejskim systemie prawa medycznego staje się typową figurą retoryczną. I pomimo że norma konsumpcyjna silnie akcentuje indywidualną autonomię i wybór pacjenta, to jest znacznie oddalona od prawnoczułowieczego kontekstu wolności wyboru i samodecydowania opartego na potrzebach medycznych. Ujęcie takie jest szczególnie uwydatnione w kontekście kontrowersyjnych kwestii, w których ścierają się problemy odnoszące się do poszanowania etycznych wyborów państw, zabezpieczenia interesu ogólnego, a poszanowania praw pacjentów w dostępie do ochrony zdrowia, którego regulacja zawarta jest chociażby w art. 35 KPP UE, świadczeń zdrowotnych i ich skutecznej realizacji.

Tak sformułowanej tezie towarzyszy dziewięć hipotez badawczych. Pierwsza z nich odnosi się do stwierdzenia, że rozwój praw człowieka i prawa medycznego następował powoli i niejednolicie. Jedną z trudności w ustaleniu natury i zakresu praw człowieka i prawa medycznego jest to, że we wszystkich systemach prawnych, w tym w całej Europie, znajdują się one na różnych, często odmiennych etapach rozwoju, a zrozumienie ich ma kluczowe znaczenie dla skutecznego zaangażowania w przestrzeganie praw człowieka. Kolejna z hipotez wychodzi z założenia, że problematyka dotycząca przestrzeni prawa do zdrowia i jego ochrony to także polityka zdrowotna, jak i polityka stosowania prawa. Trzecia z hipotez zakłada, że zdrowie i prawa człowieka stanowią specyficzną przestrzeń, która, z jednej strony, może być czynnikiem integrującym systemy prawne Europy, w tym: prawa medycznego, które jest przedmiotem niniejszego opracowania, z drugiej jednak może stać się swoistą zaporą dla tego typu procesów. Przyjęcie wspólnych standardów praw człowieka w zakresie prawa medycznego może ujawniać napięcia i różnice w obrębie kultur, porządków prawnych, krajowych systemów prawnych, percepcji naczelnych zasad i reguł, które stanowią podwaliny dla poszanowania podstawowych praw człowieka. Odnośnie do czwartej hipotezy należy zauważyć, że rozwój praw człowieka w UE to wypadkowa elementów historycznych, politycznych, czynników wyznaniowych, które dochodziły do głosu z różną siłą nawet w obrębie jednego państwa zdominowanego tym samym systemem religijnym, jak i prawnym. I chociaż system prawno-polityczny UE koncentruje się na poszanowaniu praw człowieka, to dla wielu wzrost znaczenia praw człowieka w prawie UE oznacza trend w kierunku większego federalizmu europejskiego, który w zależności od sytuacji politycz-

nej może być procesem zarówno pozytywnym, jak i negatywnym. Kolejna hipoteza zakłada, że implikacje standardów prawnoczłowieczych w przestrzeni prawa medycznego to przede wszystkim respektowanie i zabezpieczenie praw pacjentów. Wobec czego prawo, jak i polityka zdrowotna w UE, za punkt wyjścia powinny obracać prawa pacjentów, które obejmują udział i wpływ na proces decyzyjny. Zaangażowanie pacjentów w proces podejmowania decyzji przez decydentów pomaga zapewnić wdrożenie polityk, które wspierają potrzeby i możliwości pacjentów oraz profesjonalistów medycznych. Szósta hipoteza odnosi się do stwierdzenia, że podstawowe zasady praw człowieka, mające zastosowanie do opieki nad pacjentem, obejmują prawo do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia, który zawiera zarówno pozytywne, jak i negatywne gwarancje w zakresie zdrowia, jak również prawa obywatelskie i polityczne, począwszy od prawa pacjenta do wolności od tortur i nieludzkiego traktowania oraz wolności i bezpieczeństwa osobistego. Prawa człowieka, odwołując się do zasady wolności od dyskryminacji w świadczeniu opieki zdrowotnej, odnoszą się również do grup wykluczonych społecznie. Zwraca uwagę fakt, że zdecydowana większość podstawowych praw człowieka odpowiada prawom, które zostały znormatywizowane w określonych prawach pacjenta. Prawa człowieka to też – powtarzając za *J. Zajadło* – jedna wielka aksjologia – aksjologia, której troską są kwestie etyczne. Z tego też względu etyka praw człowieka w medycynie odnosi się do zwyczajowych standardów dotyczących sposobu, w jaki pacjent powinien być traktowany. W kontekście praw pacjenta, kwestie te wzajemnie się uzupełniają.

Siódma z hipotez zakłada potrzebę szerszego zrozumienia społeczno-kulturowych uwarunkowań zdrowia, które znajdują się na pograniczu medycyny tradycyjnej, w którym ujmowano pacjenta przede wszystkim jako osobę chorą, jak i szerszego pojęcia zdrowia, a także współzależność prawa do zdrowia i urzeczywistnienia praw wszystkich ludzi. Podejście oparte na prawach człowieka wykorzystuje ramy praw człowieka do analizy elementów praw pacjenta, pozycji pacjenta i realizacji świadczeń zdrowotnych. Ujmując prawo do bycia pacjentem w świetle prawnoczłowieczego roszczenia prawa do zdrowia i jego ochrony, należy włączyć w jego zakres również prawo do zabezpieczenia społecznego gwarantowanego przez instytucje tak państwowe, jak i prywatne, których działania skupione są na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i realizacji praw zdrowotnych indywidualnego pacjenta. Zabezpieczenie dobra indywidualnego pacjenta to również zabezpieczenie dobrostanu społeczeństwa. Mając na uwadze powyższe, prawa pacjentów winny stanowić swoiste zabezpieczenie dla poszczególnego pacjenta, wobec którego władze państwowe łamią przysługujące im prawa, co należałoby odnieść również do poszanowania wszelkich praw budzących wątpliwości zarówno etyczne, jak i moralne.

Kolejna hipoteza oscyluje wokół stwierdzenia, że pomimo uznania przez państwa członkowskie UE prawa do zdrowia za podstawowe prawo człowieka, zauważalne jest, iż kwestia dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych w obrębie państw członkowskich UE i między nimi należy do obszarów bardzo niewralgicznych. Państwa członkowskie wykazują ogromne rozbieżności w swoich ramach regulacyjnych, co jest tym

bardziej problematyczne w kontekście jednolitości prawa medycznego, ponieważ przepisy, które mają na celu stworzenie standardów dostępu w obrębie krajów członkowskich, bezpośrednio wpływają na transgraniczny dostęp do usług opieki zdrowotnej oraz na mobilność pacjentów w UE. Ostatnia hipoteza zakłada, że imperatyw ochrony podstawowych etycznych wyborów państw często znajduje się w opozycji do poszanowania praw opartych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjenta, co w konsekwencji przekłada się na wzmocnienie normy konsumpcyjnej w przestrzeni prawa medycznego w UE.

Do powyższych hipotez sformułowane zostały pytania badawcze. Główne pytanie brzmi: czy zgodnie z przyjętym aksjomatem w europejskim prawie medycznym, że prawo do zdrowia jest prawem człowieka, państwo członkowskie może odmówić zezwolenia na leczenie wpisujące się w zakres transgranicznej opieki zdrowotnej, które zamiast być postrzegane jako naruszenie podstawowych etycznych wyborów państw, mogłoby być interpretowane jako naruszające prawo do życia bądź autonomii osobistej pacjenta? Jaki jest zakres prawa dotyczącego praw człowieka w RE i UE w sferze medycyny, biorąc pod uwagę kontekst ewolucji podstawowych praw człowieka i ich integralne powiązanie z prawem medycznym? Czym są tzw. prawa zdrowotne (*health rights*)? Jakie konsekwencje dla europejskiego systemu prawa medycznego ma uznanie tych praw jako praw człowieka? Czy z „przynależności europejskiej” wynikają roszczenia względem prawa do ochrony zdrowia?

Konieczne stało się także szukanie odpowiedzi na pytanie o zależność między autonomią jednostki a zdrowiem publicznym, potrzebami pacjenta a zabezpieczeniem interesu ogólnego. Jaka jest różnica między indywidualnymi potrzebami pacjenta a pojęciem potrzeb medycznych odnoszonych do potrzeb pacjenta w europejskim prawie medycznym? Tym samym zadano pytania: czy ambicją Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej jest zachowanie różnorodności narodowych struktur wartości, czy skupienie się na prawach jednostki i zabezpieczeniu jej potrzeb jako pacjenta w perspektywie prawa swobodnego przepływu? Jakie są konsekwencje konceptualizacji prawa swobodnego przepływu jako prawa podstawowego? Pytania dotyczą również rozumienia pojęcia pacjent i jego praw oraz różnic występujących pomiędzy zakresem pojęcia pacjent-konsument od zwykłego pacjenta. Jaka jest pozycja pacjenta w europejskim prawie medycznym i co oznacza konsumpcjonizm medyczny oraz jakie są mechanizmy, które mają na to zjawisko wpływ?

Przedstawione pytania ilustrują założony cel badawczy, w którym wyróżniono trzy główne tematy: prawa człowieka i ich ochronę, urynkowanie przestrzeni zdrowia (konsumpcjonizm medyczny) oraz interakcję między solidarnością, równością w dostępie do ochrony zdrowia a polityką stosowania prawa w tym zakresie. Prezentowana analiza ma na celu wyjaśnienie znaczenia każdego z nich oraz jego implikacji dla tematu głównego. Skupiono się na tym, jak europejskie prawo medyczne ukształtowało lub może kształtować zachowania konkretnych podmiotów, np. pacjentów, rządów, i jaki ma zakres w kontekście ochrony praw człowieka. Tak ujęta tematyka obejmuje swoim zakresem zarówno perspektywę indywidualną i systemową, które są ze sobą silnie sko-

relowane, i momentami zatracona zostaje ostrość między nimi. Jednocześnie należy podkreślić, że tak szeroka tematyka nie wyczerpuje całościowo problematyki i niektóre kwestie omawiane są incydentalnie lub zostały pominięte, gdyż prezentacja ich znacznie przekroczyłaby zakres nie tylko merytoryczny, ale i objętościowy danego opracowania. Na przykład, podejmując tematykę konsumeryzmu, pominięty został aspekt korzystania przez pacjentów-konsumentów z prawnoczłowieczych mechanizmów dochodzenia roszczeń w zakresie szkód, jakich doznali przy leczeniu, a analizując zakres prawa dotyczącego zdrowia, nie skoncentrowano się na uregulowaniach odnoszących się do żywności.

Obszerna i złożona tematyka opracowania musiała sprostać wymogowi stawianemu przez postulat adekwatności w celu dobrania i zastosowania określonych metod badawczych. Podstawową metodą badawczą jest analiza. W szczególności zastosowana została analiza dogmatyczno-prawna i analiza funkcjonalna. Analiza funkcjonalna odnosi się do celów i funkcji prawa i jest instrumentem opisu organizowania systemów i środków wpływu na zachowanie jego adresatów. Należy zaznaczyć, że analiza funkcjonalna ujmuje daną problematykę również w kontekście społeczno-kulturowym, antropologicznym, uwzględniającym elementy dziedzictwa historycznego wspólnoty europejskiej. W pracy zastosowano również analizę instytucjonalno-prawną, elementy której wykorzystano przy badaniu funkcjonowania RE, ETPC, UE, TSUE, a także organizacji politycznych, których działania mają wpływ na rozpowszechnianie i implikację standardów prawnoczłowieczych.

Pomocna okazała się także analiza egzegezy tekstu prawniczego w nurcie koncepcji derywacyjnej²³ M. Zielińskiego²⁴. Podejście to polega na uznaniu, że „zasady postępowania interpretacyjnego wyznaczone są nie przez czyjekolwiek zachowania się interpretacyjne, lecz przez rzeczywiste cechy tekstów prawnych, które odpowiednio rozpoznane narzucają taki, a nie inny sposób postępowania interpretacyjnego”²⁵. Jak podkreśla dalej M. Zieliński, „koncepcja ta musi mieć charakter nie koncepcji opisowej, lecz koncepcji normatywnej, proponującej (żeby nie rzec – narzucającej) określone postępowanie interpretacyjne wyznaczone właśnie przez cechy tekstów prawnych. Podejście to w najbardziej radykalny sposób indywidualizuje koncepcję derywacyjną”²⁶. Zabiegi te wspierane są analizami prowadzonymi według metody interpretacji językowo-logicznej, w której istotny nacisk kładzie się na reguły logiczne²⁷. Same zaś reguły

²³ Nazwa ta została zaproponowana wcześniej w następujących pracach: F. Studnicki, Wstęp do informatyki prawniczej, s. 41; T. Gizbert-Studnicki, Wieloznaczność leksykalna, s. 6–8.

²⁴ Por. M. Zieliński, Derywacyjna koncepcja wykładni, s. 93–101; J. Wyrembak, Zasadnicza wykładnia znamion przestępstw, s. 84; M. Zieliński, M. Zirk-Sadowski, Klaryfikacyjność i derywacyjność, *passim*; K. Opalek, J. Wróblewski, Prawo, metodologia, filozofia prawa, *passim*; M. Rak-Rozmysłowska, Otwarta struktura języka prawnego, *passim*.

²⁵ M. Zieliński, Derywacyjna koncepcja wykładni, s. 95; por. R. Łapa, Język prawny, *passim*; J. Wróblewski, Rozumienie prawa, *passim*.

²⁶ M. Zieliński, Derywacyjna koncepcja wykładni, *passim*.

²⁷ A. Siemianowski, Metodologia nauk, *passim*.

językowe umożliwiają precyzyjne określenie znaczenia danego tekstu poprzez hierarchizację ich źródeł²⁸. Zastosowanie metody interpretacji językowo-logicznej w sposób bardziej czytelny ujawniło liczne problemy semantyczne, gdzie oprócz semantyki lingwistycznej²⁹ kluczową pozycję zajmuje semantyka empiryczna badająca znaki i wyrażenia odnoszące się jedynie do określonych substratów materialnych³⁰. Analiza lingwistyczna tekstu prawnego dokonana została w ujęciu topiczno-retorycznym *Ch. Perelmana*³¹. Wykorzystana została ponadto metoda hermeneutyki prawniczej, metoda leksykalna oraz metoda porównawcza, która pozwoliła na wydobycie różnic i podobieństw w zakresie poruszanej tematyki³².

Wśród metod badawczych zastosowana została również metoda opisowa, metoda teleologiczna oraz metoda historyczna (historyczno-krytyczna), która umożliwiła ukazanie genezy i pragmatycznego wymiaru danych zjawisk, w tym odtworzenie procesu dziejowego celem wyjaśnienia obecnej sytuacji prawno-społecznej w zakresie badanego tematu. Przyjmując założenie, że każde zjawisko ma określoną genezę, z której wynikają dane następstwa, metodę genetyczną oparto na indukcyjnych i dedukcyjnych sposobach wnioskowania³³. Wykorzystana została również metoda studium przypadku (*case study*). Powtarzając za *M. Safjanem*, zastosowanie „tej metodologii wydaje się konieczne dla zrozumienia konstrukcji współczesnego prawa medycznego. Rozważania (...) zawiśłyby w próżni, stałyby się czystym, pustym abstraktem, jeśli nie zostałyby skonfrontowane z określonym przypadkiem”³⁴.

Ponadto na potrzeby monografii wykorzystana została także metoda analizy aksjologicznej, która poszerzona o elementy analizy filozoficznej prawa, może mieć znaczenie zarówno w procesie tworzenia prawa, jak i jego oceny. Pomocna była również metoda opisowa oraz elementy metody ekonomicznej analizy prawa. Mimo iż ocena efektywności prawa nie leży w głównym polu podjętych badań, to z uwagi na omawianą problematykę (m.in. kwestia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, konsumpcjonizm zdrowotny, w którym zdrowie zasadniczo rozumiane jest jako produkt *etc.*) zastosowane zostały pojęcia *stricte* ekonomiczne (np. podmiot rynkowy, usługi), celem właściwego zrozumienia rozwiązań prawnych.

Pracę podzielono odpowiednio na cztery części, a każdą z nich na rozdziały. Poszczególne części zostały opatrzone krótkim wprowadzeniem ukazującym zakres podejmowanych kwestii, cel badań, charakterystykę zakresu rzeczowego, zakres teryto-

²⁸ Poszczególne znaczenia źródeł przyjmowane są w dotychczasowym orzecznictwie, języku specjalistycznym oraz językach rodzimych dla badanego obszaru.

²⁹ Por. *J. Pieńkos*, Podstawy juryslingwistyki, *passim*.

³⁰ Por. *A. Kotowski*, Z problematyki metody interpretacji językowo-logicznej, s. 114.

³¹ *Ch. Perelman*, Logika prawnicza, s. 160–162.

³² *J. Stelmach*, *B. Brożek*, Metody prawnicze, *passim*; por. *R. Tokarczyk*, Komparatystyka prawnicza, *passim*.

³³ *J. Apanowicz*, Metodologia ogólna, *passim*; *Z. Hajduk*, Ogólna metodologia nauk, *passim*; *A. Żebrowska*, Istota problemu badawczego, *passim*.

³⁴ *M. Safjan*, Prawo wobec medycyny, s. 14.

rialny i chronologiczny. Omówiono ponadto źródła i wykorzystaną literaturę, a całość zwieńczono wnioskami.

W Bibliografii wskazano źródła normatywne, orzecznictwo dotyczące badanej materii i najważniejszą literaturę przedmiotową. Prezentowany tekst oparty jest na oryginalnych źródłach prawa, naukowej literaturze polskiej i anglojęzycznej, orzeczeniach sądowych. Tłumaczenia tytułów, literatury, jak i poszczególnych źródeł prawa, z uwagi na ich brak w języku polskim, zostały dokonane osobiście przez autorkę. Ponieważ prezentowany temat wymagał wykorzystania zróżnicowanej literatury przedmiotu, materiałów źródłowych, orzeczeń sądowych ETPC i TSUE, przydatne okazały się internetowe bazy prawnicze: HUDOC, eur-lex.europa *etc.*

Szczegółowe omówienie literatury zestawionej w Bibliografii jest zabiegiem przekraczającym cel i zakres niniejszego Wprowadzenia, dlatego wskazane zostaną jedynie te prace, które okazały się najbardziej przydatne przy opracowywaniu głównych zagadnień. Nieocenioną pomocą w zgłębianiu tematu i określeniu specyfiki zagadnień odnoszących się do zdrowia i praw człowieka była literatura specjalistyczna, szczególnie pozycje pod redakcją B. Toebes, M. Hartlev, A. Hendricks, J.R. Herrmanna³⁵, L.O. Gostin, B.M. Meier³⁶, M. Safjana³⁷, również opracowania autorstwa J. Sobczaka³⁸, T. Murphy³⁹, J. Tobin⁴⁰, G. Gerin⁴¹.

W zakresie analizy dotyczącej praw człowieka, ich rozumienia, granic i współczesnego dyskursu pomocne okazały się prace Ch.R. Beitz'a⁴², M. Freeman'a⁴³, J. Morsinka⁴⁴, W. Osiatyńskiego⁴⁵, A. Brodeckiej⁴⁶, opracowania pod redakcją J. Waldrona⁴⁷, A. Etisona⁴⁸, A.J. Menendez, O.E. Eriksena⁴⁹, R. Dworkina⁵⁰, J. Tobina⁵¹, J. Zajadło⁵², W. Jedleckiej⁵³ oraz komentarze naukowe pod redakcją L. Garlickiego⁵⁴.

³⁵ B. Toebes *i in.*, Health and Human Rights in Europe, *passim*.

³⁶ L.O. Gostin, B.M. Meier (red.), Foundation of Global Health and Human Rights, *passim*.

³⁷ M. Safjan (red.), Prawo wobec medycyny, *passim*.

³⁸ J. Sobczak, Prawo a medycyna, *passim*.

³⁹ T. Murphy, Health and Human Rights, *passim*.

⁴⁰ J. Tobin, The Right to Health in International Law, *passim*.

⁴¹ G. Gerin, Wstęp, *passim*.

⁴² Ch.R. Beitz, The Idea of Human Rights, *passim*.

⁴³ M. Freeman, Prawa człowieka, *passim*.

⁴⁴ J. Morsink, The Universal Declaration, s. 283.

⁴⁵ W. Osiatyński, Prawa człowieka, *passim*.

⁴⁶ A. Brodecka, Supradyscyplinarna analiza, *passim*.

⁴⁷ J. Waldron (red.), Theories of Rights, *passim*.

⁴⁸ A. Etison (red.), Human Rights: Moral or Political?, *passim*.

⁴⁹ A.J. Menendez, E.O. Eriksen (red.), Arguing Fundamental Rights, *passim*.

⁵⁰ R. Dworkin, Taking Rights Seriously, *passim*.

⁵¹ J. Tobin, The Right to Health in International Law, *passim*.

⁵² J. Zajadło, Aksjologia praw człowieka, *passim*.

⁵³ W. Jedlecka, Godność, *passim*.

⁵⁴ L. Garlicki (red.), Konwencja o Ochronie Praw Człowieka, *passim*.

W odniesieniu do badania prawa medycznego wykorzystano prace autorstwa D. Morgana⁵⁵, A. Górskiego⁵⁶, R. Kubiaka⁵⁷, I. Kennedy'ego i A. Grubb'a⁵⁸, J. Miola⁵⁹, M. Boratyńskiej⁶⁰, D. Karkowskiej⁶¹ oraz prace pod redakcją E. Zielińskiej⁶², M. Saffjana i L. Boska⁶³, M. Urbaniak i R. Staszewskiego⁶⁴, D. Bach-Goleckiej i Rafała Stankiewicza⁶⁵, J. Zajdel-Calkowskiej⁶⁶, R. Kubiaka, M. Sieradzkiej, T. Zimnej, A.M. Farrell'a⁶⁷, Y. Joly i B.M. Knoppers'a⁶⁸, J. Haberko, R. Kocylowskiego, B. Pawelczyka⁶⁹.

W kontekście problematyki dotyczącej zdrowia, rozwoju i ewolucji praw zdrowotnych w UE oraz korelacji z prawnocłowieczymi standardami RE wykorzystano literaturę naukową autorstwa A. de Ruijter⁷⁰, V. Hatzopoulos'a⁷¹ oraz zbiory opracowań pod redakcją T.K. Hervey i J.V. McHale⁷², G. Repetto⁷³. Z kolei przy analizie konsumpcjonizmu medycznego przydatne były pozycje autorstwa S. Wolfe⁷⁴, J. Baudrillard⁷⁵, M. Haug i B. Lavin⁷⁶.

Zwrócić należy również uwagę na fakt, że analizy zawarte w niniejszym opracowaniu oparte zostały na lekturze artykułów zamieszczonych w wiodących przeglądach i dziennikach naukowych. Na szczególną uwagę zasługują następujący autorzy: G. Quinn⁷⁷, S. Iliffe i J. Manthorpe⁷⁸, M. Bury i D. Taylor⁷⁹, S.L. Greer i T. Sokoł⁸⁰, A. von Bogdany⁸¹, G. de Búrca⁸², E. Muir⁸³, J. Sobczak⁸⁴, L. London⁸⁵.

⁵⁵ D. Morgan, *Issues in Medical Law and Ethics*, *passim*.

⁵⁶ A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza*, *passim*.

⁵⁷ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, *passim*.

⁵⁸ I. Kennedy, A. Grubb, *Medical law*, *passim*.

⁵⁹ J. Miola, *Medical law and Medical Ethics*, *passim*.

⁶⁰ M. Boratyńska, *Wolny wybór*, *passim*.

⁶¹ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, *passim*.

⁶² R. Kubiak, L. Kubacki (red.), *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, *passim*; M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *Regulacja prawna czynności medycznych*, *passim*; T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, *passim*.

⁶³ M. Saffjan, L. Bosek (red.), *Instytucje Prawa Medycznego*, *passim*.

⁶⁴ M. Urbaniak, R. Staszewski (red.), *Aktualne problemy przemian systemu ochrony zdrowia w Polsce*, *passim*.

⁶⁵ D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia*; R. Stankiewicz, *Krajowe systemy ochrony zdrowia*, *passim*.

⁶⁶ J. Zajdel-Calkowska (red.), *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, *passim*.

⁶⁷ A.M. Farrell (red.), *Health Law, Frameworks and Context*, *passim*.

⁶⁸ Y. Joly, B.M. Knoppers (red.), *Routledge Handbook of Medical Law and Ethics*, *passim*.

⁶⁹ J. Haberko, *Bezpieczny pacjent*, *passim*.

⁷⁰ A. de Ruijter, *EU Health Law and Policy*, *passim*.

⁷¹ V. Hatzopoulos, *Health law and policy*, *passim*.

⁷² T.K. Hervey, *Rights: health rights as human rights*, s. 157.

⁷³ G. Repetto (red.), *The Constitutional Relevance of the ECHR*, *passim*.

⁷⁴ S. Wolfe, *Consumerism and Health Care*, s. 528–536.

⁷⁵ J. Baudrillard, *The Consumer Society*, *passim*.

⁷⁶ M. Haug, B. Lavin, *Consumerism in Medicine*, *passim*.

⁷⁷ G. Quinn, *The European Union*, *passim*.

Treść rozważań stosunkowo często wymagała odniesienia się do literatury wykraczającej poza ramy prawne. Z zakresu nauk humanistycznych, dotyczących refleksji filozoficzno-etycznej, cenne okazały się pozycje autorstwa *L. Beauchamp*, *J.F. Childress*⁸⁶, *E.D. Pellegrino*, *D.C. Thomasma*⁸⁷, *V.E. Frankla*⁸⁸. Ponadto w kwestiach nawiązujących do pojęcia i etyczno-filozoficznej interpretacji autonomii i samostanowienia pacjenta inspirujące były pozycje *O. O'Neill*⁸⁹, *S. Mclean*⁹⁰.

W części pierwszej (Zagadnienia wprowadzające), która stanowi wprowadzenie do badanych zagadnień, uwaga zwrócona jest na problematykę terminologiczną (Rozdział I. Problematyka terminologiczna). Przedstawiony został dyskurs akademicki odnoszący się zarówno do praw człowieka, jak i prawa medycznego. Podjęto próbę zakreślenia terminologicznego znaczenia dla zwrotu prawo medyczne, wskazując na jego przedmiotową interdyscyplinarność. Analizie poddano ponadto zakres prawa dotyczącego praw człowieka w RE i UE w sferze medycyny, biorąc pod uwagę kontekst ewolucji podstawowych praw człowieka i ich korelacje z obszarem prawa do zdrowia i jego ochrony (Rozdział II. Europejski system prawa medycznego). Wskazano, że uznanie praw zdrowotnych (*health rights*) jako praw człowieka ma określone konsekwencje dla europejskiego systemu prawa medycznego w postaci roszczeń pacjentów, jakie wynikają z praw człowieka do zasobów zdrowotnych. W kontekście prowadzonego namysłu przeanalizowano również problematykę systemu prawa medycznego względem jego interakcji z etyką (Rozdział III. Miejsce i znaczenie etyki w prawie medycznym). Podjęto tu próbę odpowiedzi m.in. na pytania: czy prawo jest elementem służącym bezpieczeństwu uczestników obrotu prawnego? Jak ekspansywna powinna być ingerencja prawa w przestrzeń etyki medycznej? Czy etyka zawiera imperatyw nakazujący poszerzenie prawa medycznego o prawa człowieka przenikające różne aspekty poruszanych problemów, w tym relacji lekarza z pacjentem i instytucjami ochrony zdrowia, a przede wszystkim odnalezienia właściwego punktu równowagi w dekodowaniu istniejących już norm i swoistej konwergencji systemowej. Taka kompozycja części pierwszej po-

⁷⁸ S. Iliffe, *J. Manthorpe*, *Medical consumerism*, s. 339–345.

⁷⁹ M. Bury, D. Taylor, *Towards a theory of care transition*, s. 201–219.

⁸⁰ S.L. Greer, T. Sokol, *Rules for Rights, passim*; S.L. Greer, *The three faces of European Union health policy*, s. 13–24.

⁸¹ A. von Bogdany, *The European Union, passim*.

⁸² G. de Búrca, *On Enlargement of the European Union, passim*.

⁸³ E. Muir, *The fundamental rights implications of EU legislation, passim*.

⁸⁴ J. Sobczak, *Godność pacjenta, passim*.

⁸⁵ L. London, *What is a Human-Rights-Based Approach, passim*.

⁸⁶ L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principle of Biomedical Ethics, passim*.

⁸⁷ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the Patient's Good, passim*.

⁸⁸ V.E. Frankl, *Lekarz i dusza, passim*.

⁸⁹ O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics, passim*; również N.C. Manson, O. O'Neill, *Rethinking Informed Consent in Bioethics, passim*.

⁹⁰ S. Mclean, *Autonomy, Consent and the Law, passim*.

zwoliła na wskazanie granic opracowania, przybliżenie specyfiki poruszanych zagadnień, zakreślając ich konteksty treściowe, w tym sposób ich rozumienia i interpretacji. Całość zwieńczona została wnioskami, w których wskazano rozumienie prawa medycznego i praw człowieka, w kontekście realizowanej tu analizy badawczej.

W części drugiej (Prawa człowieka i polityka praw dotycząca ochrony zdrowia. Rada Europy i Unia Europejska) wskazano, że problematyka zdrowia jest powiązana nie tylko z prawem pozytywnym, ale przede wszystkim z polityką jego stosowania. Omówiona została ewolucja rozwoju praw człowieka w Europie (Rozdział I. Rada Europy i Unia Europejska a prawa człowieka) oraz główne regulacje prawne dotyczące systemu prawa medycznego na podstawie standardów praw człowieka Rady Europy (Rozdział II. Rada Europy i problematyka ochrony zdrowia) i analizy rozwiązań przyjętych w UE (Rozdział III. Unia Europejska. Poszanowanie praw człowieka i system prawa medycznego). Zwrócono uwagę na problematykę swobodnego przepływu osób i usług, która w przedmiotowej tematyce odnosi się do pacjenta korzystającego z opieki transgranicznej. Podstawowy zakres analizy obejmuje mechanizm możliwości korzystania przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych na terenie UE. Podkreślenia wymaga fakt, że pacjent traktowany jest jako konsument, a ujęcie jego potrzeb zdrowotnych oparte jest na normie konsumenckiej. W nawiązaniu do powyższych uwag, prowadzony namysł oscyluje wokół pytań o istotę pozycjonowania pacjenta w pryzmacie konsumeryzmu. Postawione pytanie brzmi następująco: czy taki zabieg jest wyrazem nieposzanowania zasady równości w systemie prawa medycznego, czy może jest wyrazem autonomii i swobody wolnego wyboru (również wyboru konkretnego pacjenta), która wynika z zasady swobodnego przepływu osób, towarów i kapitału między państwami członkowskimi? W kontekście tych zagadnień uwaga zwrócona została na zobowiązania traktatowe UE i orzecznictwo TSUE, które jest istotne dla zrozumienia europejskiego rynku transgranicznych świadczeń zdrowotnych oraz dla określenia wyzwań, jakie stawia system prawa medycznego prawom człowieka. Część druga zwieńczona została syntetycznymi wnioskami, w których wskazano, że analiza praw człowieka dotycząca systemu prawa medycznego wymaga wielodyscyplinarnego podejścia obejmującego wiedzę na temat polityki, kultury, gospodarki, systemu prawnego.

W części trzeciej (Prawa zdrowotne i prawa człowieka w europejskim systemie prawa medycznego w kontekście problematyki praw pacjenta), skoncentrowano się na kwestii poszanowania standardów praw człowieka i ich roli w konwergencji systemów prawa medycznego w Europie⁹¹, w kontekście interpretacji praw człowieka jako praw zdrowotnych odnoszących się bezpośrednio do zabezpieczenia praw jednostki, czyli praw pacjenta. Analizie poddane zostały prawa zdrowotne ujmowane jako prawa człowieka w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie: czy ujęte w ten sposób (prawa zdrowotne) mogą rozszerzyć uprawnienia indywidualne, w szczególności w przypadku roszczeń z zakresu praw pacjenta? Wysłunięto wniosek, że zwrot „prawa pacjenta” im-

⁹¹ Por. S. Gruskin, E.J. Mills, D. Tarantola, *Health and Human Rights*, s. 449–455; G.J. Annas, *Human Rights and Health*, s. 1778–1781.

plikuje osadzenie ich w ramach konsumenckich, wobec czego wprowadzono – zgodnie z literaturą przedmiotu – zwrot „prawa człowieka w opiece nad pacjentem”, który stanowi pryncypialną alternatywę dla rosnącego dyskursu o prawach pacjenta (Rozdział I. Prawa pacjenta w Europie. Ramy, ewolucja, rozwój). Ponadto wskazano, że należy odrzucić dychotomiczny podział praw człowieka i praw zdrowotnych dotyczących praw pacjenta⁹². Prawa jednostki bowiem nie mają praktycznej mocy bez możliwości korzystania z praw socjalnych, jak i mają wartość inną niż egzekwowanie ich tylko na drodze sądowej. W ten sposób potwierdzona zostaje ich komplementarność i współzależność (Rozdział II. Prawa dotyczące pacjenta w optyce systemu praw człowieka). W rozdziale III (*Patient centered care*. Prawa pacjenta w Unii Europejskiej), przywołana metafora posłużyła jako instrument, który pozwolił ocenić, na ile wprowadzane mechanizmy prawne i polityczne w UE sprzyjają rozwojowi praw pacjenta, weryfikując jednocześnie zakres oparcia prawa pacjenta na istocie praw człowieka.

W czwartej, ostatniej części (Ochrona podstawowych etycznych wyborów państw a poszanowanie potrzeb pacjenta) wskazano, że poszanowanie potrzeb pacjenta opartych na medycznej ocenie stanowi kwantyfikator większej całości, która ogniskuje się wokół gwarancji wynikających ze standardów prawnoczułowieczych, a wyeksplikowanych również w prawie unijnym, odnoszącym się do zapewnienia wysokiego poziomu zdrowia. Jednocześnie podkreśla się, że przepisy prawa unijnego, m.in. dyrektywa 2011/24/UE, nie powinny być interpretowane w sposób podważający podstawowe wybory etyczne państw członkowskich. Przeprowadzona analiza doprowadziła do stwierdzenia, że imperatyw ochrony podstawowych etycznych wyborów państw często znajduje się w opozycji do poszanowania praw opartych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjenta, co w konsekwencji przekłada się na wzmocnienie normy konsumpcyjnej w przestrzeni unijnego prawa medycznego. Problematyka zostaje szczególnie widoczna w perspektywie praw etycznie i moralnie wrażliwych (Rozdział I. Standardy prawnoczułowiecze na styku moralno-etycznej wrażliwości państw). Tym samym podkreślona zostaje złożoność powiązań między prawami, demokracją i interesem publicznym, co jest kwestią o tyle skomplikowaną, że prawa człowieka same w sobie leżą w tzw. interesie publicznym (Rozdział II. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej a konkurencyjne wartości zadań rynku wewnętrznego względem transgraniczności zabezpieczenia potrzeb pacjenta). Unia Europejska podkreśla poszanowanie wyborów pacjenta poprzez oparcie ochrony zdrowia na fundamentalnej zasadzie solidarności i równości, wobec tego badaniu poddano rozumienie tych zasad w perspektywie praw zdrowotnych, dotyczących autonomii i samodecydowania, szczególnie w kontekście praw reprodukcyjnych i decyzji końca życia.

Pracę wieńczą Konkluzje, które zawierają główne wnioski wynikające z przeprowadzonej analizy oraz próbę odpowiedzi na pytanie, które zostały postawione w niniejszym Wprowadzeniu.

⁹² Por. B. Toebes i in. (red.), *Health and Human rights in Europe, passim*.

Wprowadzenie

Monografia nie powstałaby w takim kształcie, a na pewno byłaby znacznie uboższa, bez ogromnej życzliwości, pomocy i krytycznych rad merytorycznych Mojego Mistrza Profesora *Jacka Sobczaka*, w stronę którego kieruję serdeczne podziękowania. Nie do przecenienia jest również pomoc i uwagi recenzentki wydawniczej prof. dr hab. *Moniki Urbaniak*. W zakresie aspektów filozoficzno-etycznych pomocą zawsze służył dr hab. *Ryszard Kozłowski*, któremu również bardzo dziękuję za poświęcony czas i uwagę.

[Przejdź do księgarni →](#)



ksiegarnia.beck.pl