

Wprowadzenie

W piśmiennictwie polskim wzajemne relacje między pacjentem a podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych najczęściej ujmowane są od strony odpowiedzialności tych ostatnich. Mniej uwagi poświęca się zagadnieniom ochrony pacjenta z punktu widzenia przysługujących mu praw. Tymczasem optyka ta ma tę zaletę, że pozwala dostrzec pacjenta jako podmiot prawa. Pozwala to spojrzeć na środki ochrony prawnej z punktu widzenia podmiotu chronionego, a nie odpowiedzialnego. Zabieg ten z punktu widzenia nauki prawa cywilnego jest uzasadniony, ponieważ dyscyplina ta stawia w centrum zainteresowania poszkodowanego, a nie sprawcę naruszenia.

Prawa pacjenta określają status pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego, czy proces ten zakończył się pomyślnie czy też nie. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż zachowanie *lege artis* – zgodnie ze sztuką lekarską, nie powoduje wyłączenia odpowiedzialności, jeśli w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nie będą przestrzegane prawa pacjenta. Już sam fakt sprawa, że problematyka ta jest godna zainteresowania. Zwykle bowiem odpowiedzialność cywilna profesjonalistów medycznych jest rozpatrywana w związku z wynagrodzeniem szkód medycznych powstałych na skutek zachowań sprzecznych z wiedzą medyczną. Obszar zagadnień związany z ochroną praw pacjenta, schodzi na dalszy plan.

Należy zauważyć, iż nie brakuje pozycji monograficznych, które zajmują się stricte prawami pacjenta, jednak bardzo skromnie potraktowana jest tam kwestia odpowiedzialności z tytułu ich naruszenia. Z kolei w literaturze dotyczącej cywilnoprawnych środków ochrony interesów niemajątkowych, problematyka zabezpieczenia praw i interesów pacjenta jest często pomijana. *Adam Szpunar* w swej monograficznej pozycji dotyczącej zadośćuczynienia pisał, iż „nie wszystkie przepisy z zakresu ustawodawstwa szczególnego mogą być w niej uwzględnione. Chodzi tu zwłaszcza o przepis art. 19a ustawy z 30.8.1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej, którego analiza rozbiłaby ramy niniejszych rozważań”¹.

Podjęcie zagadnienia cywilnoprawnych instrumentów służących ochronie praw pacjenta uzasadnione było więc także tym, że jest ona często traktowana akcydentalnie, a opublikowane dotąd wypowiedzi przedstawicieli na-

¹ *A. Szpunar, Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową, Bydgoszcz 1999, s. 230.*

uki prawa cywilnego mają charakter przyczynkowy. Stąd też celowe było kompleksowe ujęcie przedmiotowego zagadnienia.

Problematyka praw pacjenta wykracza poza tradycyjny obszar zainteresowań prawa, gdyż prawa pacjenta są pojęciem, które można odnosić zarówno do płaszczyzny prawnej, jak i etycznej. Można je wywieść nie tylko z norm prawa stanowionego (*lex*), odnoszących się do pacjenta, ale i z innych form bardziej uniwersalnych uprawnień i przywilejów pacjenta (*ius*), wynikających z relacji międzyludzkich i chęci działania dla dobra człowieka¹.

Etyczny aspekt praw pacjenta został uwzględniony w ramach rozważań zawartych w rozdziale pierwszym, poświęconych kształtowaniu się idei praw pacjenta. Szukając przyczyn zaistnienia koncepcji praw pacjenta, należało sięgnąć do aksjologicznych źródeł ich powstania, do szczególnej relacji, jaka kształtuje się pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Opisanie praw pacjenta w tej perspektywie pozwoliło odpowiedzieć na pytanie, jakie wartości chronią prawa pacjenta, jakie zasady postępowania etycznego w stosunkach pacjent-personel medyczny są uznane za obowiązujące. Wykładnia norm prawnych powinna brać pod uwagę aksjologiczne podstawy ich zaistnienia. W tej właśnie perspektywie: określenia „ducha” prawa, aspekt etyczny praw pacjenta zasługiwał na uwzględnienie.

Prawa pacjenta w płaszczyźnie prawnej uregulowane są przez całość przepisów, z których można wywieść normy o charakterze obiektywnym, traktujące o tym, czego pacjent może oczekiwać zarówno od władzy publicznej jak i podmiotów bezpośrednio realizujących świadczenia zdrowotne. Rozwój praw pacjenta należy także łączyć z rozwojem ruchów na rzecz obrony praw obywatelskich i konsumenckich. Prawa pacjenta wstępnie jawią się jako wynik długotrwałego procesu kształtowania się praw jednostki.

Uzasadniało to sięgnięcie do rozwiązań prawnych, będących domeną doktryny praw człowieka. W tym też obszarze pojawia się zagadnienie związane z pozycją praw pacjenta jako części praw człowieka. W szczególności należało odpowiedzieć na pytanie o sens i cel wyróżnienia praw pacjenta z szerszej kategorii praw człowieka. Czy istnieją powody, dla których prawa pacjenta powinny podlegać szczególnej ochronie prawnej?

Przedmiotem rozważań w rozdziale pierwszym jest także ukazanie modelu ochrony praw pacjenta w perspektywie prawnoporównawczej. Znaczenie ochrony praw pacjenta wzrosło w ostatnich latach, co wyraża się w wprowadzeniu w europejskich porządkach prawnych kart praw pacjenta bądź odpowiedniego ustawodawstwa. Rozważania komparatystyczne zmierzają do opisanie określonych modeli ochrony praw pacjenta oraz ogólnych tendencji w tym zakresie celem odniesienia ich do rozwiązań przyjętych w ustawodawstwie polskim.

¹ Zob. Z. Chłap, Prawa pacjenta w Europejskich Kodeksach Zasad Etycznych, [w:] Prawa pacjenta a postawa lekarza, Prace Komisji Etyki Medycznej 1996, Nr 5, s. 33.

Wyjściowym zagadnieniem poddanym analizie w rozdziale drugim było określenie charakteru prawnego praw pacjenta jako części praw człowieka.

Prawa pacjenta niewątpliwie są konstrukcją złożoną, występującą zarówno w płaszczyźnie wertykalnej – w stosunkach między jednostką a państwem, jak i horyzontalnej – w stosunkach pomiędzy równorzędnymi podmiotami prawa. Sfera praw pacjenta należy do tych newralgicznych obszarów, które znajdują się w obszarze zainteresowania zarówno prawa publicznego, jak i prawa prywatnego.

Rozważania zawarte w pracy mają na celu przede wszystkim wskazanie instrumentów prawnych charakterystycznych dla prawa prywatnego służących ochronie osobistych interesów pacjenta. W związku z tym, iż w sferze oddziaływania instrumentów prawa cywilnego znajduje się nie tyle prawo do opieki medycznej, lecz prawa w opiece medycznej jako stanowiące gwarancję prawną ochrony dóbr i interesów osobistych pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, należało przeprowadzić stosowny ich podział.

Opisane tu wstępne założenie związane z przydatnością instrumentów prawa prywatnego dla ochrony osobistych interesów pacjenta w toku rozważań przeprowadzonych w pracy wymagało stosownej weryfikacji. Niewykluczone jest także przyjęcie, iż trudności związane z odgraniczeniem sfery prawa publicznego i prywatnego w relacjach pacjenta z opieką zdrowotną, mogą uzasadniać zastosowanie instrumentów prawa prywatnego także do sfery wertykalnej.

Przedmiotem szczegółowych rozważań w książce jest treść praw pacjenta w sferze horyzontalnej, pojawiającej się na styku pacjent–podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Z samego założenia nie były więc rozpatrywane niektóre kategorie praw. Pominęta została cała sfera praw pacjenta, które określają uprawnienia i skorelowane z nimi obowiązki władzy publicznej w stosunku do pacjentów jako obywateli państwa. W relacjach pomiędzy pacjentem a szeroko rozumianą władzą publiczną znajduje się prawo do ochrony zdrowia wraz z określonym modelem finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zagwarantowanie tego prawa jest przede wszystkim celem określonej polityki państwa. Jakkolwiek problematyka ta ma wpływ na pozostałe prawa pacjenta (zwłaszcza na prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej), kwestia zagwarantowania tych praw pozostaje poza obszarem wpływów prawa prywatnego, znajduje się w obrębie oddziaływania odrębnych dyscyplin prawnych: prawa zabezpieczeń społecznych oraz prawa konstytucyjnego.

Najwięcej uwagi zajmują zatem te prawa, które traktują o obowiązkach świadczeniodawców wobec pacjentów jako równoważnym im podmiotom prawa. Prawa te, idąc w ślad za nazewnictwem przyjętym w Konstytucji RP, można określić mianem praw osobistych. Jednym z podstawowych celów niniejszej części pracy jest określenie katalogu najważniejszych osobistych

praw pacjenta w ustawodawstwie polskim. Są to prawa: do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, prawo do wyrażenia uświadomionej zgody, prawo do informacji, prawo dostępu do dokumentacji medycznej, prawo do poufności medycznej, poszanowania intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń oraz prawo do umiерiania w spokoju i godności.

Badanie treści tych praw jest przedmiotem rozważań zawartych w rozdziale drugim. Ma to służyć przede wszystkim wskazaniu, w jakich okolicznościach dochodzi do naruszenia praw pacjenta. Istotnym także, z punktu widzenia określenia stosunku praw pacjenta do dóbr osobistych, było określenie wartości, na straży których prawa te stoją.

Prawa pacjenta zostały opisane jedynie w swym podstawowym kształcie, o takim ujęciu zadecydowała obszerność omawianej problematyki. Omówienie praw poszczególnych grup pacjentów (jak pacjentów psychicznie chorych czy praw pacjentów uczestniczących w szczególnego rodzaju interwencjach medycznych, takich jak transplantacja czy eksperyment medyczny), nadmiernie poszerzałoby pole badawcze pracy.

Problematyka związana ze wskazaniem i opisaniem instrumentów ochrony praw pacjenta na gruncie prawa cywilnego stanowi przedmiot rozważań zawartych w rozdziale trzecim i czwartym pracy.

W rozdziale czwartym, wyjściowym zagadnieniem jest określenie normatywnej koncepcji ochrony dóbr osobistych pacjenta i jej stosunku do praw pacjenta. Badanie relacji praw pacjenta do dóbr osobistych implikuje także rozważania na temat istoty i charakteru praw podmiotowych, w tym praw podmiotowych osobistych. Ocena pod tym kątem praw pacjenta wydaje się być istotna z punktu widzenia teoretycznego, pozwoli określić cechy praw pacjenta, sklasyfikować je wśród szerszej kategorii praw podmiotowych. Bliższej analizy wymagała także problematyka ograniczeń praw pacjenta w odniesieniu do okoliczności uchylających bezprawność na gruncie prawa cywilnego.

Treść rozdziału obejmuje także zagadnienia związane ze wskazaniem odpowiedzialnego reżimu odpowiedzialności odszkodowawczej w razie naruszenia praw pacjenta. Z zagadnieniem tym ściśle powiązana jest kwestia określenia stosunków prawnych istniejących w relacjach pacjent–podmioty udzielające świadczeń.

Przedmiotem analizy dogmatycznej zawartej w rozdziale trzecim jest także zagadnienie podstaw i przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej w sferze naruszeń praw pacjenta. Zagadnienie to *de lege lata* budzi liczne kontrowersje, związane przede wszystkim z koniecznością przeprowadzenia stosownej linii demarkacyjnej pomiędzy sferą *imperium* i *dominium*.

Rozważania zawarte w rozdziale trzecim mają charakter nie tylko porządkujący, ale i krytyczny. Przedmiotem refleksji jest określony model odpo-

wiedzialności odszkodowawczej z tytułu naruszenia praw pacjenta w ustawodawstwie polskim.

Sprecyzowanie rodzaju roszczeń przysługujących pacjentowi w razie naruszenia jego praw jest przedmiotem rozważań zawartych w rozdziale czwartym. Centralne miejsce zajmuje tu roszczenie o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta (art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹). Na tle tego przepisu powstaje interesujące zagadnienie relacji normy w nim wyrażonej do ogólnych regulacji zawartych w Kodeksie cywilnym. To zaś implikuje rozważania związane z funkcją i rolą tego przepisu – jako szczególnego instrumentu ochrony praw pacjenta.

Niewątpliwie wprowadzenie wskazanego tu przepisu było inspiracją do podjęcia problematyki sposobów i metod ochrony praw pacjenta. Rozważania zawarte w pracy mają doprowadzić do wykazania bądź nie przydatności konstrukcji art. 19a ZOZU dla ochrony praw pacjenta

Próba uzyskania odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie należy przypisać tej regulacji prawnej, stała się powodem, dla którego zostały podjęte badania akt sądowych w sprawach związanych z wyrządzeniem tzw. szkód medycznych. Badanie miało określić, czy w praktyce stosowania prawa wykorzystywany jest przepis art. 19a ZOZU, a jeśli tak, to w dalszej kolejności należało ustalić, czy i jakie kryteria brane są pod uwagę przez sąd, a także jaka jest wysokość ewentualnie zasądzanego zadośćuczynienia.

Badaniem objęto grupę 60 akt spraw sądowych, rozpatrywanych przez Sąd Okręgowy w Białymstoku jako sąd pierwszej instancji. Sprawy te wpłynęły lub zostały ponownie zarejestrowane w latach 1998–2003. Początek czasowej badania (rok 1998) wyznacza wejście w życie przepisu art. 19a ZOZU (5.12.1997 r.). Koniec czasowej badania wyznacza rok 2003, ponieważ sprawy wszczęte w 2004 r. nie zostały w czasie objętym badaniem (do końca czerwca 2005 r.) prawomocnie zakończone.

Badanie miało ograniczony zasięg terytorialny, dotyczyło właściwości Sądu Okręgowego w Białymstoku (wyjątkowo tylko zostały objęte badaniem akta Sądu Okręgowego w Łomży, które były dostępne w toku rozpatrywania apelacji przed Sądem Apelacyjnym w Białymstoku).

Właściwość rzeczową sądów okręgowych – w okresie objętym badaniem – określała kwota 30.000 zł, przed dniem 1.7.2000 r. suma ta była jeszcze niższa, wynosiła 15.000 zł². Z racji dochodzenia przez pacjentów zwykle wyższych kwotowo roszczeń, przekraczających sumę 30.000 zł (odpowiednio 15.000 zł), a także z uwagi na ewentualność żądania przez pacjentów nie-

¹ Ustawa z 30.8.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), zwana dalej ZOZU.

² Zmianę art. 17 pkt 4 KPC przyniosła ustawa z 24.5.2000 r. o zmianie Kodeksu postępowania cywilnego i innych ustaw (Dz.U. Nr 48, poz. 554 ze zm.). Od 2.2.2005 r. kwota ta wynosi 75.000 zł.

majątkowej ochrony ich praw (art. 17 pkt 1 KPC), ograniczenie badania do właściwości sądu okręgowego było uzasadnione.

Sprawy te są jedynie ilustracją prowadzonych rozważań. Zbyt mała ilość zbadanych akt, nie pozwala na wysuwanie wniosków generalnych, tym niemniej prezentowane stany faktyczne oraz zapadłe na ich tle rozstrzygnięcia odzwierciedlają walor praktyczny omawianych w pracy zagadnień.

Przedstawione tu poszczególne zagadnienia badawcze miały głównie na celu dowiedzenie czy ochrona interesów osobistych pacjenta na gruncie obowiązującego systemu prawa jest wystarczająca, czy stosowane instrumenty prawne są adekwatne i właściwe dla tej ochrony.

Chciałabym w tym miejscu w szczególny sposób podziękować Pani dr hab. *Teresie Mróz* – Profesor Uniwersytetu w Białymstoku – promotorowi rozprawy doktorskiej, na kanwie której powstała niniejsza książka. Nie sposób wyrazić wdzięczności za okazane mi wsparcie, cenne rady i wskazówki, a także twórcze inspirowanie do wyjaśnienia pojawiających się w trakcie pisania pracy problemów. Dziękuję również recenzentom pracy: Panu Prof. dr hab. *Mirosławowi Nesterowiczowi* oraz Panu dr hab. *Mieczysławowi Goettelowi* – Profesorowi Uniwersytetu w Białymstoku za okazaną mi życzliwość oraz istotne i cenne uwagi, które bardzo pomogły mi w przygotowaniu pracy do druku.

Odrębne podziękowania należą się moim bliskim: rodzinie i przyjaciołom, za ich psychiczne wsparcie i nadzwyczajną wyrozumiałość, która pozwoliła mi ukończyć pracę.

Białystok, kwiecień 2007 r.

Urszula Drozdowska