

Iwona Wrześniewska-Wal*, Michał Waszkiewicz**,
Dariusz Hajdukiewicz***, Anna Augustynowicz****

Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Selected legal and ethical principles for the healthcare system in Poland: Although the constitutional right to health care itself has not been subject to legislative changes, the emergence of some other legal regulations and their impact on the current state of the healthcare system justifies additional examination. The authors of the article indicate, among others, areas where the most significant changes to the Polish healthcare system took place in the recent years, and wherever possible, they also assess the current situation. The analysis of the current legal basis of the right to health protection focuses particularly on such important values as: equality in access to health and solidarity, human dignity and patient rights, and professional ethics of persons providing benefits.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia w Polsce, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, prawa pacjenta, etyka zawodowa

Keywords: healthcare system in Poland, Constitution of Poland, patient's rights, professional ethics

* Doktor nauk prawnych, lekarz, kierownik Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; e-mail: idrwal@yahoo.com.

** Asystent w Zakładzie Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; e-mail: michal.waszkiewicz@cmkp.edu.pl.

*** Doktor nauk prawnych, adiunkt w Zakładzie Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; e-mail: dariusz.hajdukiewicz@cmkp.edu.pl.

**** Doktor nauk prawnych, starszy wykładowca w Zakładzie Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; e-mail: aaugustynowicz@poczta.onet.pl.

Uwagi wprowadzające

Zgodnie z podejściem Światowej Organizacji Zdrowia system ochrony zdrowia łączy wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymanie zdrowia. Obejmuje wszystkie organizacje, instytucje, ludzi, a także zasoby materialne i niematerialne, które są ukierunkowane lub mają w swoich kompetencjach działania zdrowotne¹. Sprawnie działający system opieki zdrowotnej nie dotyczy wyłącznie poprawy zdrowia obywateli, ale także jego ochrony. Systemy opieki zdrowotnej w państwach europejskich różnią się co do stopnia efektywności, organizacji i finansowania oraz reakcji na potrzeby swoich mieszkańców. Jednak w całej Europie systemy ochrony zdrowia opierają się na pewnych fundamentalnych wartościach, takich jak: równość w dostępie do ochrony zdrowia, solidaryzm, godność ludzka i prawa pacjenta, wysoka etyka zawodowa².

Celem autorów niniejszego artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy polski system ochrony zdrowia opiera się na tych samych wartościach? Czy umocowane w Konstytucji RP prawo do ochrony zdrowia faktycznie ma charakter gwarancyjny?

Prawo do ochrony zdrowia zaliczane jest do kategorii praw socjalnych. Jednocześnie uznawane jest za jedno z najistotniejszych praw człowieka³. Konstytucja RP w art. 68 ust. 1 stanowi wprost: *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia*. Konstytucyjne gwarancje prawa do ochrony zdrowia związane są z tym, że jest to prawo podstawowe, wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. „Każdy” ma prawo do ochrony zdrowia, co oznacza, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania, np. ze względu na obywatelstwo poszukującego ochrony, jak i stopień rozwoju istoty ludzkiej. Normą art. 68 ust. 1 Konstytucji RP objęci są zarówno obywatele polscy, jak i cudzoziemcy znajdujący się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej (art. 37 Konstytucji RP). Prawem tym objęte są wszystkie istoty ludzkie od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci.

Uregulowania z art. 68 Konstytucji RP są o tyle istotne, że dotyczą najwyższych wartości prawnie chronionych – życia i zdrowia ludzkiego. Tym samym ich realizacja musi być gwarantowana przez władzę publiczną. Należy się zgodzić z tezą, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie ma charakteru deklaratywnego.

¹ *Health systems: improving performance, The World health report 2000*, WHO, 2000, s. 10–11.

² A. Wojtczak, „Systemy opieki zdrowotnej w świecie. Organizacja i finansowanie”, wykład na kursie specjalizacyjnym dla lekarzy w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, 10 stycznia 2012 r.

³ M. Urbaniak, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia [w:] Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawnicze i psychologiczne*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań 2008, s. 99.

go, lecz jest to norma prawna, z której wynikają określone obowiązki władzy publicznej⁴. Z przywołanego artykułu ustawy zasadniczej wynika, że termin „ochrona zdrowia” dotyczy różnorodnych zadań właściwych władz publicznych obejmujących między innymi udzielanie świadczeń, jak i promocje zdrowego trybu życia oraz eliminowanie zagrożeń dla zdrowia, np. zapobieganie chorobom epidemicznym oraz degradacji środowiska. Z punktu widzenia prawa do opieki zdrowotnej szczególne znaczenie ma art. 68 ust. 3 Konstytucji RP. Stanowi on bowiem, że: *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku*⁵.

Solidaryzm i równość w dostępie do zdrowia

Dostępność do opieki medycznej to podstawowy element prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w demokratycznym państwie prawa. Każda jednostka powinna mieć zagwarantowany przez władze publiczne równy dostęp do świadczeń medycznych. Zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyraża art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Należy podkreślić, że prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych nie jest zależne od stopnia zamożności obywateli, a jego jakość od wysokości odprowadzanych składek. Nie jest to jednak prawo nieograniczone, a konstytucyjna równość ma charakter tzw. równości szans. Konstytucja odsyła bowiem do uregulowania w ustawie zarówno warunków, jak i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, które będą dostępne dla obywateli na równych zasadach⁶. Treść ustawy powinna natomiast wskazywać jednoznaczne kryteria formalne, według których następuje konkretne ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń. W wyroku z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. nr 5, poz. 37), Trybunał Konstytucyjny podkreśla konieczność ustawowego określenia nie tylko warunków, ale i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących ze środków publicznych⁷. Pacjent powinien zatem wiedzieć, jakie konkretnie usługi medyczne należą mu się w ramach płaconej składki. Składowym elementem zasady równości w dostępie do opieki nie jest

⁴ A. Zoll, „Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń Rzecznika Praw Obywatelskich”, wykład na III Ogólnopolskim Forum Prawniczo-Medycznym pt. „Odpowiedzialność prawna lekarza, zakładu opieki zdrowotnej i kasy chorych”, Warszawa, 7–8 grudnia 2000 r.

⁵ Szerzej zob. M. Dercz [w:] M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 25.

⁶ M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 160–161.

⁷ E. Wędrzychowska, I. Wrześniewska-Wal, *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia (sprawozdanie z seminarium Prawa i Medycyny, Warszawa, 02.04.2004)*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 15, s. 11–12.

jednak gwarancja jednakowej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Odesłanie do ustawowego uregulowania warunków i zakresu świadczeń otwiera władzy publicznej możliwość konstruowania różnych rozwiązań gwarantujących dostęp do świadczeń, w tym łączenia rozwiązań opartych na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania kosztów tych świadczeń, jak choćby dodatkowe ubezpieczenia.

Odnosząc się do istoty zasady równości wynikającej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, Trybunał zwrócił uwagę na jej cztery fundamentalne konsekwencje. Pierwszą z nich jest funkcjonowanie mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych. Kolejną jest dostępność do świadczeń finansowanych z tych środków dla obywateli, a więc – jak stwierdza Trybunał nie dla „każdego”. Chodzi przy tym nie o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym”, ale rzeczywistą, stanowiącą faktyczną realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia. Wynika to z kategorycznego i gwarancyjnego charakteru sformułowania przepisu Konstytucji. Trzecią z konsekwencji jest równość w dostępie do świadczeń, niezależna od sytuacji materialnej obywatela. W takim rozumieniu jest ona ściśle związana z zasadą solidaryzmu społecznego i wynikającej z niego możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od indywidualnego wkładu wnoszonego do publicznego zasobu stanowiącego źródło ich finansowania. Również w tym wypadku równość musi mieć wymiar rzeczywisty, a nie tylko formalny. Czwartą istotną konsekwencją jest obciążenie władz publicznych obowiązkiem zapewnienia opisanego wyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych⁸.

Prezentując w 1995 r. założenia ubezpieczeniowego systemu finansowania świadczeń, minister zdrowia podkreślał gwarancje równego dostępu dla wszystkich ubezpieczonych i uzależnienie składki od wysokości dochodu ubezpieczonego bez względu na ryzyko ubezpieczeniowe, natomiast zasadę solidaryzmu społecznego przedstawił jako obowiązek ponoszenia kosztów świadczeń zdrowotnych przez ogół ubezpieczonych. W uzasadnieniu tych rozwiązań podkreślał również, że składka na ubezpieczenie zdrowotne będzie miała charakter redystrybucyjny, co oznacza, że młodzi, zdrowi i bogaci będą płacić za starych, biednych i chorych. Rozwiązanie to podczas debaty sejmowej przedstawiono jako swoistą umowę międzypokoleniową⁹. Zasada ta ma swoje silne umocowanie w art. 2 Konstytucji, stwierdzającym, że Rzeczypospolita urzeczywistnia zasady sprawiedliwości społecznej. Uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia w Polsce ma co do zasady charakter obowiązkowy. Publiczny system opieki zdrowotnej jest systemem ubezpieczeniowym, z elementami finansowania niektórych

⁸ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03.

⁹ 66. posiedzenie Sejmu II kadencji, Kancelaria Sejmu, Dziennik Sejmowy, 1995.

świadczeń z budżetu państwa, z którego finansowane są pewne procedury wyspecjalistyczne oraz ratownictwo medyczne. Budżet państwa jest też drugim pod względem wielkości źródłem publicznego zasilania w środki finansowe systemu opieki zdrowotnej. Prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń na zasadach określonych ustawą o świadczeniach mają ubezpieczeni, czyli wszystkie osoby objęte powszechnym (obowiązkowym i dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz inne osoby – w tym nieubezpieczone (np. korzystające z pomocy społecznej). Prawo do leczenia, będące wynikiem obowiązku zgłoszenia do NFZ takich osób, mają również członkowie rodziny ubezpieczonego, jeśli sami nie podlegają ubezpieczeniu. Podstawą finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne, stanowiąca 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony). Jest ona pobierana razem ze zobowiązaniami podatkowymi i odprowadzana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do NFZ.

Idea solidaryzmu społecznego, w odniesieniu do obowiązujących przepisów ustawy o świadczeniach, znajduje swoje wyraźne odzwierciedlenie już w art. 1, stwierdzającym między innymi, że ustawa określa zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, jak i zasady powszechnego, obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. To właśnie powszechność i obowiązkowy charakter ubezpieczenia zdrowotnego gwarantuje z jednej strony stosunkowo niskie jednostkowe obciążenia finansowe obywatela z tytułu kosztów utrzymania systemu opieki i udzielania świadczeń zdrowotnych, z drugiej umożliwia bezproblemową dystrybucję środków niezbędnych na leczenie osób gorzej sytuowanych. Nie można nie dostrzec, że w takim systemie zasadzie równości w dostępie do jednakowych świadczeń zdrowotnych nierozzerwalnie towarzyszy istotna nierówność w partycypowaniu w kosztach systemu. Ważne jest zatem stworzenie również takich gwarancji prawnych, które wyrównywać będą partycypacyjny aspekt zasady solidaryzmu. Jaskrawym przykładem niedostatecznych gwarancji w tym zakresie jest stosowanie zupełnie innego mechanizmu obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku rolników podlegających rolniczemu ubezpieczeniu społecznemu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego (KRUS). Od wielu lat mechanizm obliczania składki zdrowotnej jest, z pewnymi wyjątkami, zupełnie oderwany od dochodów osiągniętych z tytułu prowadzonej działalności zawodowej czy gospodarczej (prowadzenia gospodarstwa rolnego). W 2011 r. budżet KRUS-u wyniósł 16,5 mld zł, z tego tylko 1,4 mld zł pochodziło ze składek wpłaconych przez rolników, pozostałe ponad 15 mld zł pochodziło z podatków płaconych przez wszystkich Polaków¹⁰, w 2017 r. budżet

¹⁰ Ł. Piechowiak, *Ile nas kosztuje KRUS*, Bankier.pl z 29 września 2011 r., www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-nas-kosztuje-KRUS-2410011.html [dostęp: 10 listopada 2018 r.].

ten wzrósł o kolejny 1 mld zł. Wieloletnia dyskusja co do społecznych kosztów utrzymywania rozwiązania, w którym osiągający niekiedy znaczne dochody rolnicy opłacają wielokrotnie niższe składki społeczne, w tym zdrowotne, niż nawet najniżej zarabiający na podstawie umowy pracę, jak dotąd nie przyniosła rozstrzygnięć systemowych i prawnych.

Równość w dostępie do świadczeń

Wydaje się, że zdecydowanie lepiej niż zasada solidarności społecznej gwarantują realizację świadczeń kluczowe zasady systemu ubezpieczenia zdrowotnego, takie jak zasada równego traktowania, zasada zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasada wyboru świadczeniodawców, zawarte w art. 65 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych¹¹. Zasadę zagwarantowania jasnego katalogu świadczeń oraz warunków ich realizacji od strony prawnej zapewniają rozporządzenia wykonawcze do przywołanej wyżej ustawy. Zawierają one szczegółowe listy, a także opisy warunków świadczeń przysługujących osobom ubezpieczonym (i nieubezpieczonym) w kilkunastu grupach świadczeń, takich jak: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, leczenie stomatologiczne, leczenie uzdrowiskowe, zaopatrzenie w wyroby medyczne, ratownictwo medyczne, opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia wysokospecjalistyczne, programy zdrowotne, leki i programy lekowe. Warto zauważyć, że tzw. świadczenia gwarantowane pojawiły się w ustawie dopiero jako uzupełnienie jej pierwotnej treści. Zasady kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych reguluje bowiem rozdział 1a, dodany ustawą nowelizującą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę o cenach¹². Uzupełniona regulacja, od strony prawnej, czyni zadość zarzutowi, jaki w cytowanym wcześniej wyroku z 2004 r. zawarł Trybunał Konstytucyjny, stwierdzając, że regulacja taka prowadzi w istocie do paradoksalnego rozwiązania prawnego, polegającego na tym, że ubezpieczony w istocie nie wie, do jakiego typu świadczeń zdrowotnych ma prawo w zamian za składkę, którą odprowadza do systemu. W pierwotnej treści ustawa nie przewidywała bowiem instytucji tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych. Patrząc jednak od strony praktycznej na przyjęte rozwiązania i treść rozporządzeń koszykowych, trudno nie pokusić się o konkluzję, że zawierające

¹¹ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1510, ze zm.

¹² Ustawa z 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, Dz.U. nr 118, poz. 989.

prawie 100% wszystkich dostępnych procedur medycznych, wspomniane wyżej gwarancje prawne mają w dużej mierze charakter teoretyczny i w konsekwencji muszą się przełożyć na długie kolejki oczekiwania na realizację. Tym samym jedynie teoretycznie gwarantują ich faktyczną dostępność. Tezę tę zdają się potwierdzać wyniki kontroli NIK, która w materiałach pokontrolnych opublikowanych w 2010 r.¹³ stwierdza między innymi, że pacjenci oczekujący na operacje nie mają pewności przyjęcia do szpitala w terminie, na jaki się zapisali. NIK zwraca również uwagę na problem przyjmowania osób spoza list lub poza kolejnością i to bez wskazań medycznych, a także na powszechność nierzetelnego i nieprawidłowego prowadzenia list. Aż w 20% placówek skontrolowanych w latach 2009 i 2010 przyjmowano pacjentów spoza listy bez wskazań, a w 40% kolejność wykonywanych świadczeń nie zawsze była zgodna z kolejnością zgłoszeń na liście. Jako główną przyczynę opóźnień i braku dostępności świadczeń NIK podaje jednak brak ich dostatecznego finansowania. W listopadzie 2015 r. NIK skontrolowała realizację zadań NFZ w poprzednim roku. Wyniki kontroli pokazały, że średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne wydłużył się we wszystkich badanych rodzajach świadczeń medycznych w porównaniu z rokiem 2013¹⁴. Oczekiwanie na wizytę ambulatoryjną między innymi w okulistyce, kardiologii, neurologii czy chirurgii urazowo-ortopedycznej wydłużyło się od ponad 20%, a nawet do 35%, podobnie w niektórych świadczeniach szpitalnych. NIK potwierdza również znaczne różnice w dostępie do wybranych świadczeń między poszczególnymi województwami.

Wnioski po kontroli wskazują również na profilaktykę jako najsłabszy element podstawowej opieki zdrowotnej. Odnosi się to głównie do chorób cywilizacyjnych, w których liczba przypadków, szczególnie nadwagi, otyłości, cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworowych, stale wzrasta.

Odpowiedzią na ten narastający problem miał być wprowadzony w 2015 r. tzw. pakiet kolejkowy i pakiet onkologiczny, na który złożyły się zmiany w trzech ustawach z obszaru ochrony zdrowia, tj. ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. Istotą rozwiązań zaproponowanych w ramach pakietu onkologicznego jest zniesienie limitów świadczeń pod warunkiem dotrzymania określonych ustawą terminów wykonania badań diagnostycznych i wdrożenia leczenia, oraz zagwarantowania ich odpowiedniej jakości. Kolejne rozwiązanie to Karta Pacjenta Onkologicznego, która uprawnia do szybkiej diagnostyki i wizyt u specjalistów bez skierowania oraz tzw.

¹³ NIK, Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa, lipiec 2010 r., www.nik.gov.pl/plik/id,1980,vp,2416.pdf [dostęp: 10 listopada 2018 r.].

¹⁴ NIK, „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.”, informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2015, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9954,vp,12261.pdf> [dostęp: 11 listopada 2018 r.]

koordynatora leczenia. Celem wprowadzonych rozwiązań miała być poprawa wyników leczenia onkologicznego, w głównej mierze za sprawą szybszego procesu diagnostycznego i kompleksowości leczenia, czyli tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Pierwsze efekty wdrożenia pakietu również zostały zbadane przez NIK w roku 2017¹⁵. Celem kontroli była ocena, czy w wyniku wprowadzenia pakietu onkologicznego poprawiła się skuteczność leczenia onkologicznego. Jak stwierdza NIK: *realizacja pakietu onkologicznego skróciła wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów z wystawioną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, jednakże nie doprowadziła, w badanym okresie, do znaczącej poprawy w obszarach determinujących skuteczność leczenia onkologicznego*. W podsumowaniu wyników kontroli NIK podkreśla między innymi, że faktycznej poprawie nie uległo zapewnienie dostępu do świadczeń w ramach pakietu dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do niego z uwagi na rozpoznanie.

Efekty wprowadzenia obu pakietów badała też Fundacja Watch Health Care. W swoim raporcie potwierdza między innymi nikłe efekty faktyczne wprowadzenia z początkiem 2015 r. pakietu kolejkowego, dostrzega jednak pewną poprawę sytuacji osób z podejrzeniem chorób nowotworowych, szczególnie tych, którzy otrzymali Kartę Pacjenta Onkologicznego¹⁶.

Jak stwierdza się w kolejnym raporcie Fundacji na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce wynosił w kwietniu i maju 2018 r. 3,7 miesiąca i w porównaniu do danych zebranych w czerwcu i lipcu 2017 r. wzrósł o około 0,5 miesiąca¹⁷. Choć są to dane wysoce uśrednione, pokazują jednak, że mimo wdrażania kolejnych rozwiązań prawnych faktyczna dostępność do świadczeń zdrowotnych nie poprawia się w zauważalny sposób.

Sytuacji tej nie zmieniło również wejście w życie w latach 2015–2018 kolejnych przepisów ustawy z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916). W uzasadnieniu do projektu ustawy¹⁸ projektodawcy wskazują między innymi, że poprawa ogólnego stanu zdrowia populacji jedynie w niewielkim stopniu zależy od zapewnienia dostępu do tzw. medycyny naprawczej.

¹⁵ NIK, „Przygotowanie i wdrożenie Pakietu Onkologicznego”, informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2017, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14278,vp,16729.pdf> [dostęp: 10 listopada 2018 r.].

¹⁶ Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 11/2/08/2015, „Barometr Fundacji Watch Health Care” 2015, nr 11, www.ko- rektorzdrowia.pl.

¹⁷ Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018, „Barometr Fundacji Watch Health Care” 2018, nr 18, www.ko- rektorzdrowia.pl.

¹⁸ Druk sejmowy nr 3675/ VII kad.

Podkreślają, że działania instytucji i podmiotów zajmujących się problematyką ochrony zdrowia powinny być bardziej ukierunkowane na jego promowanie, zapobieganie chorobom i wyrównywanie nierówności zdrowotnych. Problem nierówności zdrowotnych, których przejawem jest np. duże zróżnicowanie oczekiwanej długości życia między regionami i grupami społecznymi, jest zatem dostrzegany i obecny we współczesnym procesie kształtowania prawa. W katalogu głównych zadań z zakresu zdrowia publicznego, które będą realizowane na podstawie projektowanej ustawy, na czwartym miejscu projektodawcy wskazują ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Również w „Narodowym programie zdrowia” jako jeden z celów strategicznych wskazano ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Zadania w tym zakresie ustawa nakłada nie tylko na ministra właściwego do spraw zdrowia. Ustawodawca dostrzega między innymi obszary działań pozostających w kompetencjach innych ministrów, jak choćby ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, którego zadaniem jest prowadzenie prozdrowotnej polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem społecznych uwarunkowań nierówności zdrowotnych. Ocena skutków regulacji (OSR) dołączona do projektu ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, że przewidywanym efektem przyjęcia tego dokumentu będzie usystematyzowanie działań w obszarze zdrowia publicznego, co przyczyni się do zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu (czyli różnic w stanie zdrowia uwarunkowanych statusem społeczno-ekonomicznym). Wśród dostrzeżonych różnic OSR przytacza między innymi następujące dane zawarte w publikacji Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego¹⁹: *Jak wskazują analizy mężczyźni w najmniejszych miastach żyją przeciętnie o ok. 3,5 roku krócej niż mężczyźni w dużych miastach i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi, natomiast kobiety w najmniejszych miastach żyją o ok. 2 lata krócej niż mieszkanki największych miast i o prawie półtora roku krócej niż mieszkanki wsi.*

Wśród działań przewidzianych ustawą znalazły się także: monitoring występowania nierówności w zdrowiu oraz analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach „Narodowego programu zdrowia” pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu oraz badanie sytuacji dotyczącej nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Za ważne uznano także ukierunkowanie interwencji podejmowanych w ramach Programu na grupy najbardziej wrażliwe społecznie oraz proponowanie interwencji zmniejszających różnice między najbardziej

¹⁹ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

uprzywilejowanymi a najbardziej wrażliwymi grupami społecznymi i spłaszczających gradient czynników ryzyka i problemów zdrowotnych w populacji. W zakresie kształtowania prozdrowotnej polityki publicznej działania Ministra Zdrowia, we współpracy z Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Finansów, Ministrem Gospodarki i Ministrem Pracy i Polityki Społecznej mają się skupiać na realizacji polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Zadania polegające na monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa oraz identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu znalazły się w katalogu działań, na których realizację przeznaczają się będzie nie mniej niż 10% rocznych wydatków ponoszonych w ramach „Narodowego programu zdrowia”.

Problem nierówności zdrowotnych podniesiony został również w OSR do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020”²⁰. Jak zauważają jego autorzy: *Jednym z czynników najsilniej zaburzających harmonijny rozwój społeczny są nierówności zdrowotne pojawiające się w następstwie nie zrównoważonego oddziaływania społecznych czynników determinujących zdrowie. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w Polsce w 2010 r. osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub niższym – mężczyźni o około 12 lat i kobiety o około 5 lat. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi (...) Jednym z podstawowych zadań systemu zdrowia publicznego jest właściwa identyfikacja przyczyn leżących u podstaw nierówności zdrowotnych oraz właściwe adresowanie interwencji zdrowotnych do populacji o największym stopniu marginalizacji i wykluczenia społecznego, dzięki czemu oczekuje się stopniowej redukcji przytoczonych powyżej danych świadczących o wysokim poziomie społecznych nierówności zdrowotnych.* Jak słusznie zauważają autorzy artykułu pt. *Ustawa o zdrowiu publicznym – nowa jakość*²¹, regulacja ta stanowi wyraźny przejaw dostrzeżenia i podniesienia rangi problematyki zdrowia społeczeństwa. Jednak z uwagi na fakt, że nie nakłada na organy władzy publicznej nowych obowiązków i nie nadaje im nowych uprawnień oraz swoim zakresem nie obejmuje innych kluczowych dla zdrowia publicznego zagadnień, trudno uznać przyjęte w niej rozwiązania za faktycznie gwarantujące spójność, kompleksowość i efektywność podejmowanych działań.

Nie ulega natomiast wątpliwości, że w toku prac zarówno nad ustawą, jak i „Narodowym programem zdrowia na lata 2016–2020” przeprowadzono ana-

²⁰ Druk sejmowy nr 3675/ VII kad., s. 51.

²¹ J. Grudziąż-Sękowska, K. Sękowski, D. Cianciara, *Ustawa o zdrowiu publicznym – nowa jakość?*, „Postępy Nauk Medycznych” 2016, nr 5, s. 337–343.

lizę zagadnienia występowania nierówności zdrowotnych. Zdefiniowanie ich jako wyraźnego problemu społecznego znalazło również swoje odzwierciedlenie w sformułowaniu w programie konkretnych działań monitorujących i naprawczych i przypisaniu ich konkretnym organom państwowym. Należy mieć nadzieję, że działania te w jeszcze nieco ponaddwuletniej perspektywie realizacji Programu przyniosą wymierny skutek, a przynajmniej będą stanowiły bardzo konkretny punkt wyjścia do dalszych działań.

Wśród nowych rozwiązań prawnych, mających umożliwić równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, wymienić należy również ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej²². Dzięki rozwiązaniom przyjętym w ustawie podstawowa opieka zdrowotna (POZ), oparta na medycynie rodzinnej i pielęgniarstwie rodzinnym, zostanie skoordynowana z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, a także zwiększona będzie rola profilaktyki i edukacji zdrowotnej. W swoim docelowym kształcie system ma również zapewniać każdemu pacjentowi kompleksową i holistyczną opiekę zespołu POZ (lekarza, pielęgniarki i położnej). Nowa POZ ma być dużo bardziej ukierunkowana na potrzeby pacjenta, adekwatne do jego wieku i płci oraz poprawić dostęp do badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, zgodnie z indywidualnymi planami diagnostyki, leczenia i opieki. W myśl art. 3 ustawy POZ ma na celu zapewnić świadczeniobiorcy, czyli nie każdemu, opiekę zdrowotną nad nim i jego rodziną, koordynację tej opieki w systemie ochrony zdrowia. Zadaniem POZ jest również ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych i wdrażanie działań profilaktycznych, a także rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego w skali całej populacji objętej tą opieką. W obszarze wykraczającym poza medycynę naprawczą zadaniem POZ jest również profilaktyka zdrowotna oraz promocja zdrowia dostosowane do potrzeb różnych grup społeczeństwa, a także edukacja w obszarze troski o zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej. Z uwagi na dotychczasowy, demotywacyjny mechanizm finansowania POZ (wyłącznie wg stawki kapitałowej) docelowo pojawią się obok niej środki przeznaczone na zapewnienie opieki skoordynowanej, opłata zadaniowa oraz dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość opieki. Ponieważ istotna część przepisów będzie wchodzić w życie jesienią 2020 r., a niektóre jeszcze później, trudno obecnie odnieść się do faktycznych efektów proponowanych rozwiązań. Należy jednak ocenić, że ich kierunek wydaje się słuszny, zwłaszcza w odniesieniu do zwiększenia roli profilaktyki, edukacji i promocji zachowań prozdrowotnych. Niewątpliwie osiągnięcie planowanych efektów nie będzie możliwe bez mechanizmów sprzyjających zwiększeniu obecnej liczby lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w POZ oraz faktycznemu wygospodarowaniu na ten cel odpowiednich środków finansowych. Przewidywany coroczny wzrost wydatków na POZ w ciągu najbliższych 10 lat ma osiągnąć wskaźnik

²² Ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. poz. 2217.

20% wydatków NFZ. Natomiast mechanizmy koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (budżet powierzony), zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz dodatek motywacyjny z tytułu oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki mają być wdrażane od roku 2020.

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej w jednym ze swych założeń ma stanowić uzupełnienie obowiązującej od października 2017 r. ustawy wprowadzającej tzw. sieć szpitali²³. Podstawowymi celami projektowanych zmian miało być poprawienie dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych, dzięki kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Z punktu widzenia pacjenta rozwiązania zawarte w ustawie miały zagwarantować dostosowaną do potrzeb zdrowotnych opiekę ambulatoryjną, szpitalną i rehabilitacyjną. Pytany o korzyści dla pacjentów płynące z takiego rozwiązania ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł stwierdził między innymi, że jednym z elementów realizacji zobowiązania konstytucyjnego do zapewnienia obywatelom dostępu do ochrony zdrowia jest dekomercjalizacja szpitali i budowa sieci odpowiedzialności opartej na publicznych placówkach szpitalnych²⁴. Według danych przedstawionych przez Ministra Zdrowia w nieco ponad pół roku po wejściu w życie rozwiązań ustawy liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych łącznie przez podmioty włączone do sieci szpitali wzrosła o prawie 5% w stosunku do analogicznego okresu w 2016 r., a łączna wartość świadczeń, zarówno w liczbie punktów, jak i w kwotach sprawozdawanych przez szpitale włączone do sieci, wzrosła w stosunku do IV kwartału 2016 r. o 11%.

Rozważając zagadnienie równości w dostępie do zdrowia, warto odnieść się do tego elementu systemu opieki zdrowotnej, w którym to prawo ma absolutnie kluczowe znaczenie – ratownictwa medycznego. 25 lipca 2001 r. została uchwalona pierwsza w polskim systemie prawnym ustawa regulująca kompleksowo zagadnienie pomocy medycznej osobom w stanie zagrożenia życia, była to ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 113, poz. 1207, ze zm.). W uzasadnieniu do projektu zapisano, że – bazując na danych dotyczących pomocy doraźnej, takich jak choćby czas dotarcia karetki do chorego czy wskaźnik zgonów w okresie przedszpitalnym – można stwierdzić jednoznacznie, że w Polsce nie ma systemu ratownictwa medycznego, który gwarantowałby udzielenie specjalistycznej pomocy, koniecznej do ratowania zdrowia i życia ofiarom wypadków, katastrof i nagłych zachorowań²⁵. Być może z tych właśnie względów już w pierwszym artykule zadeklarowano utworzenie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) w celu zapewnienia sprawnej

²³ Ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. poz. 844.

²⁴ *Sieć szpitali – lepiej dla pacjentów, a gorzej dla szpitali niepublicznych?*, „Medical Tribune” 2016, nr 3, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/21520,siec-szpitali-lepiej-dla-pacjentow-a-gorzej-dla-szpitali-niepublicznych> [dostęp: 11 listopada 2018 r.].

²⁵ Druk sejmowy nr 2806/III kad.

i efektywnej realizacji zadania państwa, polegającego na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia. Ustawa definiowała nagłe zagrożenie życia lub zdrowia jako stan wywołany czynnikiem zewnętrznym lub przyczyną wewnętrzną prowadzący do szybkiego pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia. Medyczne działania ratownicze zaś to działania medyczne, w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych, podejmowane przez jednostkę systemu (szpitalny oddział ratunkowy lub zespół ratownictwa medycznego), służące ratowaniu osoby w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Organizacja systemu miała gwarantować między innymi możliwość natychmiastowego wezwania pomocy, niezwłocznego przybycia na miejsce zespołu ratownictwa medycznego oraz podjęcia przez niego właściwych działań ratowniczych, transportu medycznego, a także niezwłocznego przyjęcia pacjenta do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.

Od 2004 r. na obszarze całego kraju miał obowiązywać jednolity standard czasu dojazdu do zdarzenia wyrażony medianą (wartość cechy w szeregu uporządkowanym, powyżej i poniżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji) nieprzekraczającą 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza nią, ponadto maksymalny czas dojazdu nie mógł przekraczać odpowiednio 20 i 30 minut. Po raz pierwszy w systemie prawnym umocowanie uzyskał również zawód ratownika medycznego. Jednolicie wystandaryzowane były także wymagania dla ambulansów medycznych, szpitalnych oddziałów oraz standardy udzielania medycznych czynności ratunkowych.

Jedyną przesłanką uzyskania pomocy medycznej w myśl ustawy było wystąpienie stanu nagłego zagrożenia życia. Prawo do pomocy medycznej w stanie nagłego zagrożenia przysługiwało każdej osobie niezależnie od innych warunków i okoliczności i było prawem bezwarunkowym. Od 1 stycznia 2007 r. ówczesnie obowiązujące przepisy zostały zastąpione przez ustawę z 8 września 2006 r. (Dz.U. nr 191, poz. 1410). W tej ustawie o PRM zadania państwa w zakresie ratownictwa medycznego zostało przeformułowane i polegały na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Gwarancje udzielenia medycznych czynności ratunkowych zastąpiono znacznie bardziej pojemnym pojęciem „pomocy”. Pojawiło się również pojęcie kwalifikowanej pierwszej pomocy, czyli wystandaryzowanych i bardziej zaawansowanych niż pierwsza pomoc procedur dla innych niż medyczne służb państwowych (Państwowej Straży Pożarnej, Policji itp.). Zmianie uległy również niektóre definicje. Stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia według tej ustawy polega na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Natomiast medyczne czynności ratunkowe w całości zostały włączone

do katalogu świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z tym że podejmowane są one w warunkach pozaszpitalnych i w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Podobnie jak w pierwszej ustawie przyjęto, że podstawowe znaczenie dla dostępności i skuteczności działań ratunkowych ma czas otrzymania pomocy – również wyrażony wskaźnikiem mediany i maksymalnego dopuszczalnego czasu dojazdu, doprecyzowano natomiast pojęcie aglomeracji miejskiej. Ustawa z 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym była systematycznie nowelizowana, jednak w fundamentalnej warstwie gwarancji dostępności do tego rodzaju opieki medycznej istotnych zmian w ostatnich latach nie wprowadzono. W 2017 r. skuteczność organizacji systemu PRM była między innymi przedmiotem kontroli NIK, co prawda dotyczyła ona wycinka obszaru działań ratunkowych – mianowicie autostrad, jednak z uwagi na fakt, że rozwiązania prawne nie różnicują działania systemu na autostradach i w innych obszarach, wydaje się, że wyniki i wnioski z tej kontroli można odnieść do organizacji całego systemu²⁶. Kontrola potwierdziła, że procedury dotyczące zasad i organizacji prowadzenia działań ratowniczych (na autostradach i drogach ekspresowych) były zasadniczo spójne i pozwalały na sprawne prowadzenie akcji oraz, że: *w Polsce stworzono rozwiązania prawne, organizacyjne i infrastrukturalne umożliwiające sprawne prowadzenie działań ratowniczych (...) oraz skuteczne wyposażenie służb ratunkowych i państwowych oraz wyszkolenie ratowników i funkcjonariuszy*. Słuszna wydaje się zatem teza, że Polska jest krajem, który w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zdrowiu stworzył skuteczne gwarancje nie tylko prawno-etyczne, ale również, a może przede wszystkim, faktyczne.

Choć ostatnie lata przyniosły wiele nowych rozwiązań prawnych, w tym o ważnym charakterze systemowym, obserwując rzeczywistość ochrony zdrowia w Polsce, trudno oprzeć się wrażeniu, że, niestety, nie przynoszą one wyraźnego efektu, szczególnie w zakresie poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Godność ludzka i prawa pacjenta

Prawa do ochrony zdrowia z art. 68 Konstytucji RP nie sposób interpretować bez odniesienia się do treści art. 30 ustawy zasadniczej, który stanowi, że: *Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela*. Godność wymaga, aby każdy człowiek był traktowany sprawiedliwie, tj. uczciwie i w sposób równy w procesie udzielania świadczeń

²⁶ NIK, „Organizacja i przygotowanie do działań ratowniczych na autostradach i drogach ekspresowych”, informacja o wynikach kontroli, nr ewid. P/16/037, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14511,vp,16974.pdf> [dostęp: 11 listopada 2018 r.].

zdrowotnych²⁷. W tym celu w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.)²⁸ zostały skatalogowane najważniejsze prawa pacjenta²⁹. Zawarty tam wykaz praw nie jest jednak katalogiem zamkniętym – prawa pacjenta odnaleźć można także w innych tzw. ustawach medycznych³⁰. Co więcej, prawom tym odpowiadają obowiązki profesjonalistów medycznych: lekarzy, pielęgniarek i położnych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych czy ratowników medycznych, a czasem także organizatorów – kierowników podmiotów leczniczych.

Najszerzej, ze względu na szczególną relację lekarz–pacjent, ujęte są obowiązki lekarzy (zwłaszcza w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry; dalej: u.z.l.)³¹. Prawu pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiada zawarty w art. 4 u.z.l. lekarski obowiązek wykonywania zawodu (a zatem również udzielania świadczeń) zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy zastosowaniu dostępnych lekarzowi metod i środków, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Wymóg aktualizacji wiedzy wynika z ciągłego rozwoju nauk medycznych i ma charakter bezwzględny³². Lekarz ma obowiązek udzielić wymaganych świadczeń pacjentowi

²⁷ M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 161.

²⁸ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417, ze zm.

²⁹ Wymienić tu należy: prawo do świadczeń zdrowotnych (w tym prawo do obiektywnej procedury ustalania kolejności oraz prawo do dodatkowej opinii lub zwołania konsylium), prawo do informacji (w tym prawo do informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia oraz prawo do informacji o prawach pacjenta, a także o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń), prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych, prawo do tajemnicy, prawo do zgody, prawo do poszanowania intymności i godności (w tym m.in. prawo do leczenia bólu), prawo do dokumentacji, prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (w tym m.in. do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej), prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, prawo do żądania interwencji Rzecznika Praw Pacjenta w razie naruszenia praw pacjenta, prawo do wystąpienia z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego.

³⁰ Między innymi w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ustawie o publicznej służbie krwi, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, ustawie o leczeniu niepłodności, ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

³¹ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz.U. 2008, nr 136, poz. 857, ze zm.

³² M. Nestorowicz, *Glosa do wyr. SN z 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98 [w:] Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, LexisNexis, Warszawa 2014, s. 60.

jedynie przy zastosowaniu dostępnych mu metod i środków, gdyż nikt nie jest zobowiązany do czynienia tego, co niemożliwe (*ultra posse nemo obligatur*)³³. Ale lekarski obowiązek ma szerszy wymiar, składa się bowiem nań również, zawarty w art. 30 u.z.l., obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała albo ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Obowiązek ten odpowiada zawartemu w art. 7 u.p.p. prawu pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Wystąpienie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (wypadek, zawał serca, udar mózgu itp.) jest wyjątkową okolicznością, usprawiedliwiającą udzielenie świadczenia zdrowotnego poza kolejnością, która wynika z zasady równego traktowania pacjentów³⁴. Kolejność tę ustala się w zależności od kolejności zgłoszenia, po uwzględnieniu stanu zdrowia, rokowania, schorzeń towarzyszących czy zagrożenia niepełnosprawnością, kwalifikując pacjentów jako przypadki „pilne” (z pierwszeństwem) albo „stabilne”.

Podobnie dwoisty charakter ma lekarski obowiązek informacyjny odpowiadający zawartemu w art. 9 u.p.p. prawu pacjenta do uzyskania informacji w zakresie stanu zdrowia, a także rozpoznania, proponowanych oraz możliwych do zastosowania metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania. Ustawodawca nie wyraził tego dualizmu wprost, niemniej dostatecznie wyraźnie wyróżnił ogólny i szczególny obowiązek informacyjny. Ogólny obowiązek informacyjny (zawarty w art. 31 u.z.l.) odnosi się do informowania pacjenta lub wskazanej przez niego osoby na życzenie, a zatem zakłada pewną inicjującą aktywność pacjenta (lub wskazanej osoby) i odpowiada wprost treści art. 9 u.p.p. Jednak prawo pacjenta do uzyskania informacji obliгуje również inne niż lekarz osoby wykonujące zawód medyczny (choć oczywiście w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez tę osoby i zgodnie z posiadanymi przez nie uprawnieniami). Natomiast szczególny obowiązek informacyjny (który wynika z art. 34 ust. 2 u.z.l.) jest związany ściśle z prawidłową realizacją prawa pacjenta do wyrażenia decyzji (zgody) na wykonanie proponowanych czynności medycznych. Tu stroną aktywną powinien być lekarz. Rzetelne wywiązanie się przez lekarza z tego szczególnego obowiązku umożliwi następnie pacjentowi podjęcie świadomej decyzji.

Prawidłowa realizacja szczególnego obowiązku informacyjnego zakłada co do zasady uprzedniość informowania pacjenta. Jednak informowanie *post factum* może stanowić jeden z warunków legitymujących lekarza, który przekroczy

³³ T. Rek, D. Hajdukiewicz, *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 21.

³⁴ P. Sobolewski, *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy w depozycie [w:] System prawa medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 822.

zakres wyrażonej uprzednio zgody i rozszerzy pole operacyjne (o ile pacjent nie sprzeciwił się wcześniej takiej możliwości i pod warunkiem, o ile to możliwe, skonsultowania takiej potrzeby z innym lekarzem, najlepiej tej samej specjalności), jeżeli podczas wykonywania istotnej czynności medycznej stwierdził nowe okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia i nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. O swoim działaniu lekarz powinien powiadomić pacjenta po fakcie, a także dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej. Koncepcja ta opisana jest w art. 35 u.z.l. i nazywa się „wyjątkiem terapeutycznym”. Wyjątku terapeutycznego nie można jednak mylić z koncepcją tzw. przywileju terapeutycznego.

Przywilej terapeutyczny umożliwia lekarzowi ograniczenie informacji udzielanej pacjentowi w ramach ogólnego obowiązku informacyjnego. Zgodnie z art. 31 ust. 4 u.z.l. lekarz może w sytuacjach wyjątkowych, gdy rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta i przemawia za tym jego dobro, ograniczyć (ale nie zataić) informację przekazywaną pacjentowi w zakresie stanu zdrowia i rokowania. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu informacji, o które prosi. Instytucja przywileju terapeutycznego, warunkując dobrem pacjenta możliwość ograniczenia informacji, zarezerwowana musi być jedynie do tej grupy lekarzy, których z pacjentem wiąże szczególna więź. O tym, co jest dla pacjenta dobre, wiedzieć może bowiem tylko ten lekarz, który swojego podopiecznego zna rzeczywiście dobrze i dostatecznie długo.

Prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny (w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych) informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego zawarte jest w art. 13 u.p.p. Odpowiada mu art. 40 ust. 1 u.z.l. Co istotne, tajemnicą lekarską objęte są wszelkie informacje uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, a zatem nie tylko podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, ale również podczas prowadzenia prac badawczych, nauczania zawodu, zatrudnienia w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej czy kierowania podmiotem leczniczym. Tajemnica lekarska wiąże więc także np. dyrektora szpitala czy urzędnika NFZ. Określenie „wszelkie informacje” oznacza, że tajemnicą lekarską objęte są nie tylko informacje nt. stanu zdrowia pacjenta, ale również wszystkie inne informacje na jego temat (a także na temat innych osób z jego otoczenia), w tym również informacje uzyskane pośrednio, np. podczas analizowania dokumentacji medycznej albo wywnioskowane z posiadanych danych medycznych. Poza tym odniesienia prawa do tajemnicy (w tym odstępstwa) można znaleźć w medycznych ustawach szczególnych, np. w odniesieniu do chorób zakaźnych czy psychicznych.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na interwencję medyczną uznawane jest za prawo podstawowe, gdyż stanowi realizację tzw. autonomii jednostki i poszanowania jego woli³⁵. Prawidłowo wyrażona zgoda na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego stanowi warunek uznania legalności tego świadczenia, w przeciwnym wypadku lekarz może ponieść odpowiedzialność zawodową i prawną, w tym karną na podstawie art. 192 Kodeksu karnego³⁶. Aby zgodę można było uznać za wyrażoną niewadliwie, musi być ona udzielona swobodnie (bez wywierania presji i manipulacji) i świadomie (a więc po uzyskaniu przystępnej i zrozumiałej informacji w zakresie określonym w art. 9 u.p.p.)³⁷. Gdy pacjent sprzeciwia się proponowanemu postępowaniu medycznemu, brak zgody materializuje po stronie lekarza dodatkowy obowiązek informacyjny co do konsekwencji takiej decyzji dla życia i zdrowia pacjenta i implikuje zaniechanie działania zgodnie z jego wolą³⁸. W pewnych przypadkach (pacjentów małoletnich i ubezwłasnowolnionych) stosowana jest zgoda zastępcza wyrażana przez przedstawiciela ustawowego, a czasem sądu albo zgoda obu podmiotów. Na ogół wystarcza forma ustna wyrażenia zgody, a czasem nawet jedynie poprzez czynności konkludentne, ale w przypadku zabiegów operacyjnych i stanowiących podwyższone ryzyko wymagana jest forma pisemna. Zgoda powinna zostać wyrażona przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego.

Prawo do intymności i godności zawiera w sobie kilka istotnych elementów zakresowych, spośród których na podkreślenie zasługują: prawo do umierania w spokoju i godności, prawo do obecności bliskich osób i prawo do leczenia bólu. Zapewnienie spokoju realizuje się między innymi poprzez ograniczenie liczby personelu medycznego jedynie do tych osób, których obecność przy pacjencie, a zwłaszcza przy umierającym, jest niezbędna. Warto jednak pamiętać, że z art. 36 ust. 4 u.z.l. wynika, iż do klinik i szpitali akademickich, jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów, lekarzy i innych profesjonalistów medycznych, w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych, nie stosuje się art. 22 ust. 2 u.p.p. Z kolei obecność osób bliskich jest prawem pacjenta, a nie tych osób, zatem lekarz nie ma obowiązku ulegać ich naciskom, jeśli świadomy pacjent nie wyraził stosownego życzenia.

Z prawem do informacji nie należy utożsamiać prawa dostępu do dokumentacji medycznej, mimo że w dokumentacji medycznej zawiera się obok danych pacjenta informacje z nim związane. Z tego względu szczególne znaczenie ma prawidłowe interpretowanie zakresu upoważnienia wydanego przez pacjenta osobie upoważnionej do dokumentacji medycznej. Posługując się analogią do

³⁵ T. Rek, D. Hajdukiewicz, *Lekarz a prawa pacjenta*, *op. cit.*, s. 116.

³⁶ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1600, ze zm.

³⁷ Wyrok SA w Warszawie z 12 czerwca 2015 r., sygn. akt VI ACa 1404/14, LEX nr 1843180.

³⁸ Wyrok TK z 11 października 2011 r., sygn. akt K 16/10, OTK-A ZU 2011, nr 8, poz. 80.

art. 98 Kodeksu cywilnego dotyczącego pełnomocnictwa³⁹ można wyróżnić trzy kategorie upoważnienia: ogólne (do wszelkiej dokumentacji znajdującej się we wszystkich podmiotach leczniczych, z których świadczeń pacjent korzystał), rodzajowe (do dokumentacji wytworzonej w określonym rodzaju zakładów leczniczych, np. w szpitalach) i szczególne (do dokumentacji w konkretnym podmiocie leczniczym, a nawet w określonej poradni czy w określonym czasie). Dokumentację udostępnia się do wglądu, a także w postaci wyciągów, odpisów i kopii oraz na nośniku informatycznym.

Prawo pacjenta do żądania zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza (pielęgniarki lub położnej) uzupełnia koncepcję korzystania z rad innych profesjonalistów medycznych w wyniku samodzielnej inicjatywy lekarza (pielęgniarki lub położnej). Odmowa spełnienia żądania pacjenta w tych kwestiach wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Pacjent ma także prawo zgłosić sprzeciw wobec dotyczącej go opinii albo orzeczenia lekarza, jednak sformalizowanie procedury i związane z nią wymagania powodują, że prawo to daje jedynie iluzoryczną ochronę⁴⁰.

Prawo do przechowywania nieodpłatnie rzeczy wartościowych w depozycie, w odróżnieniu od innych praw pacjenta, chroni majątkowe interesy pacjenta (a nie jego zdrowie czy życie) i pośrednio tylko wiąże się z leczeniem, przez co uznanie go za prawo pacjenta budzi pewne wątpliwości⁴¹. Za rzeczy wartościowe uważa się przykładowo odzież wierzchnią i obuwie, zegarki i biżuterię, pieniądze i karty płatnicze, telefony komórkowe i laptopy, a także inne urządzenia elektroniczne, ale już nie samochody⁴².

Analizując problematykę praw pacjenta, nie można pominąć zagadnień dotyczących ograniczania ich na rzecz czy to praw lekarza, czy też szeroko rozumianego interesu publicznego. Prawodawca kilkakrotnie przyznał prymat niektórych praw lekarza nad prawami pacjenta⁴³. I tak na przykład lekarz może zgodnie z art. 38 u.z.l. odstąpić albo nie podjąć leczenia, a także na podstawie

³⁹ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1025, ze zm.

⁴⁰ M. Śliwka, *Prawa proceduralne: do dodatkowej opinii lub konsylium i do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, pielęgniarki lub położnej* [w:] *System prawa medycznego*, t. 1, Instytucje prawa medycznego, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 804.

⁴¹ P. Sobolewski, *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy*, op. cit., s. 824.

⁴² M. Wałachowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. M. Nestorowicz, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009, s. 238–239.

⁴³ Wspomniana już instytucja przywileju terapeutycznego tylko pozornie mogłaby obrazować to zagadnienie, gdyż ustawodawca nie wybiera tu między prawem pacjenta a prawem lekarza, ale między poszczególnymi prawami pacjenta, przez co w dalszym ciągu chroni jego interesy, wskazując jednak na dobro pacjenta jako istotniejsze od jego prawa do pełnej informacji. Lekarz nie ma tu prawa ograniczenia informacji, a jedynie przywilej dokonania tego wyboru spośród praw pacjenta.

art. 39 u.z.l., powołując się na tzw. klauzulę sumienia, powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.

A zatem mamy do czynienia aż z trzema istotnie różniącymi się między sobą sytuacjami, w których dochodzi do ograniczenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych: 1) zaprzestanie wcześniej rozpoczętego leczenia, 2) nierozpoczęcie nowego leczenia i 3) odmówienie udzielenia świadczenia zdrowotnego (jako kategorii znacznie szerszej od leczenia). Co istotne, z tą ostatnią sytuacją wiąże się dodatkowo ograniczenie w praktyce prawa pacjenta do informacji w zakresie realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, co wynika z wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r. w sprawie o sygn. akt K 12/14⁴⁴. Na podkreślenie zasługuje okoliczność, że tym, co łączy powyższe koncepcje pierwszeństwa prawa lekarza przed prawem pacjenta, jest wyłączenie uniemożliwiające lekarzowi skorzystanie z tego prawa, jeżeli zachodzi sytuacja opisana w art. 30 u.z.l. Przy stosowaniu klauzuli sumienia w przypadkach uregulowanych ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁴⁵ będzie to dotyczyło sytuacji opisanej w art. 4a ust. 1 pkt 1, tj. ciąży stanowiącej zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. W przywołanym wyroku Trybunał Konstytucyjny uznał jednak za niezgodną z ustawą zasadniczą niemożność zastosowania klauzuli sumienia w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki” (o czym mowa w końcowej części art. 30 u.z.l.)⁴⁶. Poza tym każde z praw podlega dalszym ograniczeniom wynikającym albo z obowiązku uzyskania zgody przełożonego na niepodjęcie czy odstąpienie od leczenia, albo z obowiązku uprzedniego powiadomienia go o takim problemie w przypadku klauzuli sumienia. Co oczywiste, muszą wystąpić poważne powody uzasadniające odwołanie się przez lekarza do tego prawa (w przypadku klauzuli sumienia – konkretnie konflikt sumienia). W przypadku odstąpienia od leczenia czy powołania się na klauzulę sumienia wymagane jest także uzasadnienie i odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta. Warto jeszcze zauważyć, że koncepcja klauzuli sumienia zawarta jest również w art. 12 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej⁴⁷.

O ile omówione zagadnienia dotyczą przede wszystkim ograniczenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych (ewentualnie informacji), o tyle szeroko rozumiany przymus leczenia jest ograniczeniem autonomii pacjenta, jego prawa

⁴⁴ OTK-A ZU 2015, nr 9, poz. 143. Obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia powinien, zdaniem TK, spoczywać na organach władzy publicznej.

⁴⁵ Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. nr 17, poz. 78.

⁴⁶ Obie istotne zmiany relacji lekarz–pacjent w kontekście tzw. klauzuli sumienia, wynikające z przywołanego wyroku TK, powinny znaleźć swoją ustawową podstawę w znowelizowanym brzmieniu art. 39 u.z.l., czego jednak dotychczas ustawodawca nie dokonał.

⁴⁷ Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej, Dz.U. nr 174, poz. 1039.

do samostanowienia. W tym wypadku ustawodawca albo chroni interesy samego pacjenta, w sytuacji, kiedy sam nie może o nie zadbać (np. z powodu wieku lub problemów psychicznych), albo chroni interes publiczny, jakim jest zdrowie publiczne (np. poprzez obowiązkowe szczepienia profilaktyczne).

Podstaw prawnych obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym szukać należy już w przepisach Konstytucji RP, a konkretnie w art. 68 ust. 4, który dotyczy obowiązku zwalczania chorób epidemicznych nałożonego na władze publiczne. Możliwość ograniczenia wolności i praw (w tym dotyczących ochrony zdrowia) w drodze ustawy wynika z art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570) w art. 5 reguluje zasady ograniczania wolności osób przebywających na terytorium RP poprzez zobowiązanie ich do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Szczegółowy kalendarz szczepień publikowany jest corocznie w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego⁴⁸. Celem szczepień jest zarówno prewencja indywidualna, czyli uodpornienie zaszczepionych osób, jak i populacyjna, polegająca na obniżeniu ryzyka szerzenia się zakażeń na osoby niezaszczepione. Wykorzystując zjawisko wakcynofobii⁴⁹, poprzez różne manipulacje tzw. ruchy antyszczepionkowe szerzą kłamliwe opinie nt. skuteczności i bezpieczeństwa szczepień. Działania te powodują realne zagrożenie dla osób niezaszczepionych nie tylko z powodu błędnego przekonania o szkodliwości, ale przede wszystkim dla tych osób, u których obniżona odporność albo inne poważne powody uniemożliwiły zaszczepienie. W obecnym stanie prawnym nie ma jednak dostatecznie skutecznych środków przymusu eliminującego to niebezpieczne zjawisko. Poza różnymi formami rzetelnego informowania społeczeństwa proponuje się ostatnio nakładanie na osoby niezaszczepione sankcji polegających na uniemożliwieniu im korzystania z publicznych placówek opiekuńczych i edukacyjnych oraz na pozbawianiu ich pewnych przywilejów finansowych (zasiłki socjalne, dodatek 500+ itp.), a także na zobowiązaniu ich do pokrywania kosztów leczenia. Powyższe propozycje wymagać jednak będą formalnoprawnego uregulowania.

Etyka zawodowa

Etykę zawodową definiuje się jako pewną doktrynę moralną, dokonującą systematyzacji ocen i norm moralnych związanych z wykonywaniem określonego zawodu. Zwyczajowo zamiennie używane są terminy etyka i moralność, choć warto pamiętać, że słowa te mają odmienną etymologię. W literaturze poświę-

⁴⁸ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 25 października 2018 r., Dz.Urz. MZ poz. 104.

⁴⁹ Niepohamowany, bezpodstawny lęk przed szczepieniem i jego konsekwencjami.

conej zagadnieniom etycznym proponuje się odróżnienie pojęcia moralności od etyki i posługiwanie się tym pierwszym terminem na oznaczenie zjawiska społecznego obejmującego rzeczywiście przyjmowane i praktykowane oceny i normy moralne istniejące w określonych społecznościach, natomiast terminem etyka na określenie wszelkich istniejących doktryn moralnych, argumentacji, zbiorów zaleceń czy wskazówek co do tego, jak należy postępować słusznie⁵⁰. Problemy etyki zawodowej uwidaczniają się szczególnie w tych wolnych zawodach, przy wykonywaniu których należy mieć na uwadze dobra postrzegane społecznie jako szczególnie cenne i warte ochrony. Takimi dobrami jest niewątpliwie zdrowie i życie człowieka.

Z tego względu bezpieczeństwo w systemie ochrony zdrowia, który winien chronić życie i zdrowie człowieka, wyraża się także w sprawowaniu pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów medycznych, jaką państwo przekazało samorządom zawodowym lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych oraz fizjoterapeutów. Powyższe profesje medyczne określane są mianem zawodów zaufania publicznego i znajdują swoje oparcie w art. 17 Konstytucji RP. Należy podkreślić, że w dużej części państw europejskich zawody zaufania publicznego nie znajdują umocowania w ustawach zasadniczych, ale są uregulowane jedynie w przepisach rangi ustawowej. Umieszczenie przez polskiego ustawodawcę regulacji dotyczącej zawodów zaufania publicznego w Konstytucji RP świadczy o tym, że przywiązuje on dużą wagę do tej kategorii zawodów⁵¹. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego, poza odpowiednim przygotowaniem merytorycznym, w tym posiadanie wysokich umiejętności fachowych, wymaga także określonej postawy etycznej. W kilku orzeczeniach dotyczących zawodów prawniczych Trybunał Konstytucyjny podjął próbę wyjaśnienia, na czym polega wykonywanie zawodu zaufania publicznego. W orzeczeniu z 7 maja 2002 r. Trybunał Konstytucyjny stwierdził między innymi, że: „*zawód zaufania publicznego*” to *zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, poza tym wiąże się to z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego oraz istnieje uzasadnione przekonanie społeczne, że ww. informacje będą chronione. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji (aplikacja) P. Sarnecki, Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury, w: L. Garlicki (red.), *Konstytucja – Wybory – Parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi, Liber*, Warszawa 2000, s. 155 i nast.⁵². W innym istotnym*

⁵⁰ T. Pietrzykowski, *Etyczne problemy prawa – zarys wykładu*, Naukowa Oficyna Wydawnicza, Katowice 2005, s. 14–15.

⁵¹ A. Trybalski, *Samorządy zawodów zaufania publicznego na przykładzie samorządu radców prawnych. Perspektywa konstytucyjnoprawna*, „*Studia Iuridica Lublinensia*” 2014, nr 21.

⁵² Wyrok TK z 7 maja 2002 r., sygn. akt SK 20/00, Dz.U. nr 66, poz. 611.

orzeczeniu z 2 lipca 2007 r.⁵³ Trybunał podkreślił, iż czynności zawodowe osób wykonujących zawód zaufania publicznego wymagają profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej. Nie ulega wątpliwości, że ich wykonywaniu towarzyszy realne zaufanie publiczne. Na to zaufanie składa się wiele czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwają się: przekonanie o stosowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu.

Jednym z najstarszych samorządów wśród zawodów medycznych jest samorząd lekarzy i lekarzy dentystów. Samorząd lekarski funkcjonuje na podstawie ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219, poz. 1708, ze zm.), określającej zadania, zasady działania i organizację izb oraz prawa i obowiązki ich członków. Obowiązkiem każdego lekarza jest przestrzeganie zasad wykonywania zawodu zawartych w przepisach prawa i w Kodeksie etyki lekarskiej (dalej: KEL)⁵⁴. Kodeks etyki lekarskiej został inkorporowany do systemu prawa na podstawie ustawowego upoważnienia udzielonego Krajowemu Zjazdowi Lekarzy do określenia norm etycznych. Kodeks etyki lekarskiej od początku swego istnienia był przedmiotem sporów i wątpliwości dotyczących jego statusu i charakteru normatywnego. Należy zaznaczyć, że Konstytucja RP z 1997 r. ustanowiła zamknięty katalog źródeł prawa, a rozdział III Konstytucji wymienia je w sposób enumeratywny i wyczerpujący, jednak nie ma tam Kodeksu etyki lekarskiej. W związku z tym powstał problem, czy KEL jest źródłem prawa, czy tylko normą deontologiczną. Należy przypomnieć, że ten problem był przedmiotem wykładni Trybunału Konstytucyjnego. Podstawowe pytanie, na które musiał odpowiedzieć Trybunał Konstytucyjny, dotyczyło kwestii, czy normy ustalane przez samorząd zawodowy podlegają właściwości TK? Ponadto czy badaniu zgodności z Konstytucją może podlegać norma etyczna, czy tylko norma prawna? W postanowieniu z 7 października 1992 r.⁵⁵ Trybunał uznał, że KEL zawiera normy mające charakter deontologiczny, które same przez się nie posiadają charakteru prawnego, należą bowiem do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. Zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się jednak i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnione jest więc twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Kilka lat później w orzeczeniu

⁵³ Wyrok TK z 2 lipca 2007 r., sygn. akt K 41/05, Dz.U. nr 124, poz. 871.

⁵⁴ Kodeks etyki lekarskiej, t.j. z 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r., http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [stan na dzień 15 sierpnia 2017 r.].

⁵⁵ Postanowienie TK z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK 1992, nr 2, poz. 38.

z 23 kwietnia 2008 r. w sprawie o sygn. akt SK 16/07⁵⁶ Trybunał w pewnym stopniu zmodyfikował swoje stanowisko. W tym wyroku TK odwrócił kolejność przyjętą w skardze i orzekł o niezgodności przepisu art. 52 ust. 2 KEL w związku z przepisami ustawy, zamiast przepisów ustawy w związku z przepisem KEL. Jednak nie oznacza to zmiany poglądów Trybunału Konstytucyjnego co do zasadniczego braku kompetencji do kontrolowania przepisów korporacyjnych⁵⁷. Zgodnie z dotychczasowym orzecznictwem można stwierdzić, że akty korporacyjne same z siebie nie mają charakteru prawnego, a jedynie w takim zakresie, w jakim dookreślają przepisy prawa. W tym wyłączenie zakresie mogą one stanowić przedmiot kontroli Trybunału Konstytucyjnego.

Powyższe normy wskazują, że nienaganna postawa etyczna i wysokie kompetencje zawodowe to niezbędne cechy zawodu lekarza. Lekarz, tak jak każdy przedstawiciel zawodu zaufania publicznego, ma obowiązek wykonywać swój zawód z należytą starannością i zgodnie z etyką zawodową. Zagadnienie należytej staranności lekarzy zostało ujęte w przepisach prawa (art. 4 u.z.l.) oraz w normach etycznych (art. 8 KEL). Powyższe przepisy, o których powinien pamiętać każdy lekarz, są fundamentalne dla wykonywania zawodu lekarza. Należy wskazać, że zakres staranności lekarza powinien odpowiadać aktualnej wiedzy medycznej⁵⁸. Aktualną wiedzę medyczną lekarz zdobywa między innymi na szkoleniach, kursach (nie tylko obowiązkowych), konferencjach oraz czytając piśmiennictwo branżowe. Lekarz, który nie śledzi na bieżąco literatury medycznej, nie dokłada równocześnie należytej staranności w zakresie uzupełniania i uaktualniania swej wiedzy⁵⁹. Ze względu na obowiązek lekarza zachowania należytej staranności przy udzielaniu świadczeń w niektórych dziedzinach powstają standardy. Są to wszelkie zasady, które obowiązują lekarza w związku z wykonywanym przez niego zawodem. Obecnie są one określone zarówno na poziomie rangi ustawowej, jak i w drodze rozporządzenia właściwego ministra, ale również poprzez zalecenia i rekomendacje tworzone przez towarzystwa naukowe czy konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny i zawierające standardy postępowania medycznego⁶⁰. Art. 8 KEL stanowi, że: *Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. W języku potocznym staranność oznacza wykonanie obowiązku w sposób odpo-*

⁵⁶ OTK-A ZU 2008, nr 3, poz. 45.

⁵⁷ L. Bosek, M. Wild, *Kontrola konstytucyjności prawa*, C.H. Beck, Warszawa 2014, s. 64–65.

⁵⁸ *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiełto, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 15.

⁵⁹ *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 78–79.

⁶⁰ J. Haberko, *Sumienność lekarza a odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem*, „Forum Teologiczne” 2014, nr 15.

wiedni, z sumiennnością i rzetelnością, w trosce o ogólnie pojęte dobro drugiego człowieka⁶¹. Ponadto potrzebny jest czas na rozmowę z pacjentem i zbudowanie zaufania, które jest podstawą relacji lekarz–pacjent. W literaturze i orzecznictwie konstruuje się „wzorzec dobrego lekarza”⁶². Wzorzec ten jest obiektywny i abstrakcyjny, a więc całkowicie niezależny od indywidualnych właściwości lekarza (jego doświadczenia itp.)⁶³. Niezachowanie należytej staranności mogłoby być stwierdzone, gdyby okazało się, że owo „wzorcowe zachowanie” różniło się od postępowania lekarza w konkretnym przypadku⁶⁴. Pacjent ufa, że lekarz ma wiedzę i kompetencję oraz działa uczciwie, rzeczowo i z należyłą starannością. Brak należytej staranności lekarza może skutkować ponoszeniem odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej. Błąd medyczny określany jest jako każdy przypadek, w którym lekarz postąpił niezgodnie z zasadami wiedzy, nie dołożył koniecznej staranności, przekroczył swoje kompetencje, czyli postąpił *contra lege artem* (tj. działanie lub zaniechanie niewłaściwe, naruszające zasady wiedzy medycznej)⁶⁵. W orzecznictwie klasyczna definicja błędu medycznego ujęta została w wyroku Sądu Najwyższego⁶⁶, gdzie błędem lekarskim jest czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Wzrost liczby procesów dotyczących błędu medycznego⁶⁷ powoduje utratę zaufania pacjenta do lekarza, jak również do innego personelu medycznego. Relacje lekarz–pacjent przekładają się na cały system ochrony zdrowia.

Z drugiej strony postęp medycyny i jej coraz większe możliwości w zakresie diagnostyki i terapii budują w społeczeństwie nadzieję na podtrzymanie życia nawet w sytuacjach beznadziejnych. Pacjent nieuleczalnie chory, cierpiący, odczuwający silny ból może domagać się od lekarza lub innego członka personelu medycznego pomocy w odebraniu sobie życia. Z kolei przykład 2-letniego chłopca Alfiego Evansa wymaga od nas odpowiedzi na pytanie o sens i granice

⁶¹ A. Muszala, P. Jaranowski, *Kodeks etyki lekarskiej – odcinek 15: Z należyłą starannością, poświęcając swój czas*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 5, s. 1–5.

⁶² M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, s. 95; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2013, s. 93–94.

⁶³ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone błędem medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2018, nr 1–4 [Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Błąd medyczny”, Warszawa, 5–6 marca 2008 r., cz. II], <http://prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=115> [dostęp: 29 sierpnia 2018 r.].

⁶⁴ M. Safjan, *Prawo i medycyna, op. cit.*, s. 95.

⁶⁵ Z. Marek, *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, 76.

⁶⁶ Wyrok SN z 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7.

⁶⁷ P. Rojek-Socha, *Polacy coraz częściej żądają zadośćuczynienia za błędy medyczne*, „Rzeczpospolita” z 21 stycznia 2017 r., <http://www.rp.pl/Zdrowie/301219989-Polacy-coraz-czesciej-zadaja-zadosuczynienia-za-bledy-medyczne.html> [dostęp: 15 marca 2018 r.].

uporczywej terapii. W tej sprawie spór sądowy o procedury medyczne rozgrywał się między rodzicami dziecka a szpitalem. Nie ulega zatem wątpliwości, że dostrzeżenie realnych możliwości, jakie w przypadku osób terminalnie chorych oferuje współcześnie profesjonalna opieka hospicyjna i zapewnienie jej odpowiedniej pozycji w systemie ochrony zdrowia (w tym adekwatnego finansowania), pozwoli wypełnić przestrzeń między nieakceptowanymi (a przynajmniej uznawanymi za kontrowersyjne) koncepcjami postępowania medycznego, jakimi są z jednej strony – eutanazja, a z drugiej strony – uporczywa terapia, stanowiąc dla nich naprawdę wartościową alternatywę.

Wnioski

W wyniku analizy polskiego systemu ochrony zdrowia z perspektywy wartości konstytucyjnych: równości w dostępie do ochrony zdrowia, solidaryzmu, godności ludzkiej i praw pacjenta oraz etyki zawodowej osób udzielających świadczeń, zarysowują się następujące tendencje. W pierwszej kolejności treść konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia wypełniają uprawnienia podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, do których ochrony jest zobowiązana władza państwowa⁶⁸. Gwarancyjny charakter tych podstawowych praw jest uzasadniony także względami ochrony zdrowia publicznego, a tym samym leży w interesie całego społeczeństwa. Warto zaznaczyć, że prawo do ochrony zdrowia, wyrażone w art. 68 Konstytucji RP, nie jest już tylko prawem socjalnym opartym na zasadzie solidaryzmu i równego dostępu do systemu opieki zdrowotnej. System ochrony zdrowia w Polsce i tworzące go prawne uregulowania traktują zdrowie szerzej. Aspekt ten jest szczególnie widoczny w rozwoju regulacji związanych z prawami pacjenta oraz lustrzanego odbicia tych praw, czyli powinności personelu medycznego łącznie z zasadami etycznymi. Nakłada to na państwo i jego organy obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia.

Bibliografia

66. posiedzenie Sejmu II kadencji, Kancelaria Sejmu, Diariusz Sejmowy, 1995.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone błędem medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2018, nr 1–4 [Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Błąd medyczny”, Warszawa, 5–6 marca 2008 r., cz. II], <http://prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=115>.
- Bosek L., Wild M., *Kontrola konstytucyjności prawa*, C.H. Beck, Warszawa 2014.

⁶⁸ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Wydawnictwo KUL, 2016, https://www.researchgate.net/publication/319254950_Prawo_do_zdrowia_w_systemach_ochrony_praw_czlowieka [dostęp: 26 września 2018 r.].

- Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001.
- Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Grudziąż-Sękowska J., Sękowski K., Cianciara D., *Ustawa o zdrowiu publicznym – nowa jakość?*, „Postępy Nauk Medycznych” 2016, nr 5.
- Haberko J., *Sumienność lekarza a odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem*, „Forum Teologiczne” 2014, nr 15.
- Health systems: improving performance, The World health report 2000*, WHO, 2000.
- Kodeks Etyki Lekarskiej, t.j. z 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r., http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.
- Korzycka-Iwanow M., *Ochrona zdrowia konsumenta w nowej ustawie o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2001, nr 3.
- Marek Z., *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.
- Mikos M., Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Muszala A., Jaranowski P., *Kodeks etyki lekarskiej – odcinek 15: Z należytą starannością, poświęcając swój czas*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 5.
- Nestorowicz M., *Glosa do wyr. SN z 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98 [w:] Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, LexisNexis, Warszawa 2014.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2013.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa, lipiec 2010 r., www.nik.gov.pl/plik/id,1980,vp,2416.pdf.
- NIK, „Organizacja i przygotowanie do działań ratowniczych na autostradach i drogach ekspresowych”, *informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. P/16/037, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14511,vp,16974.pdf>.
- NIK, „Przygotowanie i wdrożenie Pakietu Onkologicznego”, *informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2017, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14278,vp,16729.pdf>.
- NIK, „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.”, *informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2015, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9954,vp,12261.pdf>.
- Piechowiak Ł., *Ile nas kosztuje KRUS*, Bankier.pl z 29 września 2011 r., www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-nas-kosztuje-KRUS-2410011.html.
- Pietrzykowski T., *Etyczne problemy prawa – zarys wykładu*, Naukowa Oficyna Wydawnicza, Katowice 2005.
- Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 11/2/08/2015, „Barometr Fundacji Watch Health Care” 2015, nr 11, www.korektorzdrowia.pl.
- Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018, „Barometr Fundacji Watch Health Care” 2018, nr 18, www.korektorzdrowia.pl.

- Rek T., Hajdukiewicz D., *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Rojek-Socha P., *Polacy coraz częściej żądają zadośćuczynienia za błędy medyczne*, „Rzeczpospolita” z 21 stycznia 2017 r., <http://www.rp.pl/Zdrowie/301219989-Polacy-coraz-czesciej-zadaja-zadosuczynienia-za-bledy-medyczne.html>.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Sarnecki P., *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury* [w:] *Konstytucja – Wybory – Parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi*, red. L. Garlicki, Liber, Warszawa 2000.
- Sobolewski P., *Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy w depozycie* [w:] *System prawa medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Sieć szpitali – lepiej dla pacjentów, a gorzej dla szpitali niepublicznych?*, „Medical Tribune” 2016, nr 3, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/21520,siec-szpitali-lepiej-dla-pacjentow-a-gorzej-dla-szpitali-niepublicznych>.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- Śliwka M., *Prawa proceduralne: do dodatkowej opinii lub konsylium i do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, pielęgniarki lub położnej* [w:] *System prawa medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Wydawnictwo KUL, 2016, https://www.researchgate.net/publication/319254950_Prawo_do_zdrowia_w_systemach_ochrony_praw_czlowieka.
- Trybalski A., *Samorzędy zawodów zaufania publicznego na przykładzie samorządu radców prawnych. Perspektywa konstytucyjnoprawna*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2014, nr 21.
- Urbaniak M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia* [w:] *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawnicze i psychologiczne*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań 2008.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiegło, C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Wałachowska M. [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. M. Nestorowicz, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Wędrzychowska E., Wrześniewska-Wal I., *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia (sprawozdanie z seminarium Prawa i Medycyna, Warszawa, 02.04.2004)*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 15.

Wojtczak A., „Systemy opieki zdrowotnej w świecie. Organizacja i finansowanie”, wykład na kursie specjalizacyjnym dla lekarzy w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, 10 stycznia 2012 r.

Zoll A., „Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń Rzecznika Praw Obywatelskich”, wykład na III Ogólnopolskim Forum Prawniczo-Medycznym pt. „Odpowiedzialność prawna lekarza, zakładu opieki zdrowotnej i kasy chorych”, Warszawa, 7–8 grudnia 2000 r.

Akty prawne

Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1025, ze zm.

Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. nr 17, poz. 78.

Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz.U. 2008, nr 136, poz. 857, ze zm.

Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1600, ze zm.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1510, ze zm.

Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. nr 191, poz. 1410, ze zm.

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417, ze zm.

Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. nr 234, poz. 1570.

Ustawa z 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, Dz.U. nr 118, poz. 989.

Ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz.U. nr 219, poz. 1708, ze zm.

Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. nr 174, poz. 1039.

Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1492.

Ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. poz. 844.

Ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. poz. 2217.

Orzeczenia

Postanowienie TK z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK 1992, nr 2, poz. 38.

Wyrok SN z 1 kwietnia 1955, sygn. akt IV CR 39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7.

Wyrok TK z 7 maja 2002 r., sygn. akt SK 20/00, Dz.U. nr 66, poz. 611.

Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, Dz.U. nr 5, poz. 37.

Wyrok TK z 2 lipca 2007 r., sygn. akt K 41/05, Dz.U. nr 124, poz. 871.

Wyrok TK z 23 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 16/07, OTK-A ZU 2008, nr 3, poz. 45.

Wyrok TK z 11 października 2011 r., sygn. akt K 16/10, OTK-A ZU 2011, nr 8, poz. 80.

Wyrok SA w Warszawie z 12 czerwca 2015 r., sygn. akt VI ACa 1404/14, LEX nr 1843180.