

Anna Szafranek¹ Rafał Iwański²

Ustrojowa ochrona praw do świadczeń zdrowotnych osób dorosłych i starszych w terminalnych stanach choroby

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, opieka paliatywna i hospicyjna, zabezpieczenie społeczne, osoby starsze, osoby terminalnie chore

Keywords: patient's rights, palliative and hospice care, social insurance, elderly people, terminally ill people

Streszczenie

Starzenie się społeczeństwa polskiego wiąże się z koniecznością zabezpieczenia potrzeb opiekuńczych i leczniczych rosnącej populacji seniorów oraz osób w terminalnych stanach choroby. Celem artykułu jest ocena ustawodawstwa zapewniającego ustrojową ochronę praw osób w terminalnych stanach choroby, w kontekście analizy skali zjawiska terminalnych stanów chorobowych oraz zapotrzebowania w zakresie usług świadczonych terminalnie chorym i ich rodzinom.

¹ ORCID ID: 0000-0002-3902-0063, doktor, Katedra Nauk Prawnych, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. E-mail: aszafranek@pwsip.edu.pl.

² ORCID ID: 0000-0001-6345-9677, doktor, Zespół Gerontologii Stosowanej i Tanatologii, Katedra Pedagogiki Społecznej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Szczeciński. E-mail: rafal.iwanski@usz.edu.pl.

Abstract**Institutional protection of rights to health benefits for adult and elderly people in terminal states of illnesses**

Ageing of the Polish society entails the importance of securing caring and medicinal services of the growing population of seniors and people in terminal states of illnesses. The aim of this article is to assess legal framework concerning institutional protection of rights of people in terminal states of illnesses, in the context of the scale of terminal states of illnesses and the need for services aimed at terminally ill and their families.

✱

I. Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa polskiego oraz systematyczny wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe, generuje zwiększanie się odsetka osób w terminalnych stanach chorobowych. Wskazane jednostki potrzebują wsparcia rozumianego nie tylko jako zapewnienie stosownych świadczeń (także finansowych), opieki (doraźnej, bądź całodobowej, zarówno w środowisku domowym, jak i instytucjonalnym), wsparcia emocjonalnego i duchowego, ale również prawnego, przejawiającego się w ochronie praw do świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym celem artykułu jest ocena ustawodawstwa zapewniającego ustrojową ochroną praw osób w terminalnych stanach choroby, w kontekście analizy skali zjawiska terminalnych stanów chorobowych oraz zapotrzebowania w zakresie usług świadczonych terminalnie chorym i ich rodzinom. W prezentowanym artykule autorzy dążą do odpowiedzi na następujące pytanie: W jakim zakresie w Polsce osoby w terminalnym stanie choroby mają prawnie zagwarantowane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej?

II. Prawa osób terminalnie chorych w ujęciu konstytucyjnym³

Na wstępie nadmienić należy, iż szczególną uwagę w zakresie obranego tematu poświęcono obszarowi prewencyjnej ochrony praw i wolności jednostek. Wprawdzie, co do zasady konstytucje poświęcają więcej uwagi ochronie represyjnej, to jednak ochrona prewencyjna jest równie istotna⁴. Nadrzędny akt normatywny, tj. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.⁵ już w preambule podkreśla konieczność zagwarantowania każdej jednostce praw obywatelskich, działania instytucji publicznych w sposób rzetelny i sprawny, zaś stosowanie samego aktu nie może mieć miejsca bez zachowania przyrodzonej godności człowieka i jego prawa do wolności.

Zawarte w preambule treści zostały raz jeszcze podkreślone w art. 30 Konstytucji, wskazującego zasadę godności zarówno jako „przesłanki całego porządku konstytucyjnego” oraz jej normatywnego charakteru, przez nałożenie na władzę publiczną obowiązku poszanowania i ochrony godności. Godność osobowa przysługuje bowiem każdej jednostce (od narodzin do naturalnej śmierci) właśnie z racji bycia człowiekiem; nie wymaga zdobywania, co jest jednoznaczne z brakiem możliwości jej utracenia (tym samym podmiotem godności będzie także osoba terminalnie chora, która z uwagi na stan zdrowia nie jest w stanie samodzielnie podejmować decyzji). Godność jest tym samym traktowana w kategorii trwałej, absolutnej i pierwotnej, przy czym, jak zauważa L. Garlicki, obok wskazanych wyżej podstawowych treści, pojawiają się także nowe jej przesłanki (m.in. sposób wiązania zasady godności z prawami socjalnymi⁶ – co w sposób szczególny wiąże się z prawami grup

³ Analiza ustrojowa została uzupełniona o inne akty prawne zapewniające ochronę osób terminalnie chorych. Przy czym wskazany z niniejszej części katalog aktów prawnych nie ma charakteru zamkniętego. Z uwagi na ograniczenia objętościowe tekstu oraz poczynione analizy autorzy wybrali te regulacje, które mają istotne znaczenie w kontekście zapotrzebowania na usługi świadczone osobom terminalnie chorym i ich rodzinom.

⁴ B. Banaszak, *Porównawcze prawo konstytucyjne współczesnych państwa demokratycznych*, Warszawa 2012, <https://sip.lex.pl/#/monograph/369249737/82?keyword=banaszak%20bogus%C5%82aw&tocHit=1&cm=STOP> (27.10.2020).

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁶ L. Garlicki, *Art. 30, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.

o specjalnych potrzebach, wymagającymi szczególnych form wsparcia – tj. osób dorosłych i starszych w terminalnych stanach choroby). Niezbywalna godność oznacza także, zapewnienie każdemu człowiekowi (także w stanie terminalnym) nie tylko szacunku, ale też możliwości działania zgodnego z własną wolą i potrzebami⁷. W konstruowaniu każdego szczegółowego prawa (także dotyczącego leczenia paliatywnego i opieki nad pacjentami terminalnymi) konieczne jest uwzględnienie związku godności z realizacją zasady godności osoby ludzkiej⁸.

Ponadto, zgodnie z art. 38 naczelnego aktu normatywnego, każdy człowiek ma prawnie zagwarantowaną ochronę życia. Artykuł ten stwarza kompletność konstytucyjnych regulacji, bowiem podkreśla biologiczny aspekt ochrony życia, ale jednocześnie pozwala na analizę podmiotowego prawa jednostki, którym jest „prawo do prawnej ochrony życia”. Jak wskazuje P. Sarnecki, odpowiednikiem wskazanej zasady powinny być działania państwa realizowane w formach prawnych, których celem będzie stworzenie instytucji i sytuacji (zarówno z punktu widzenia prawnego, jak i faktycznego) zmniejszających, bądź eliminujących stany zagrażające życiu ludzkiemu (co dotyczy także sytuacji osób dorosłych i starszych w terminalnych stanach choroby). Tym samym przepis stanowi *de facto* przepis programowy i jednocześnie pierwsze z praw osobistych⁹.

Obywatele, niezależnie od sytuacji materialnej, mają równy dostęp do ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1–2). Przy czym w Komentarzu do art. 68 wskazuje się, że analizowana regulacja musi być interpretowana na tle „ogólnej klasyfikacji praw i wolności zawartych w konstytucji” (tj. w kategorii praw socjalnych i kulturalnych). Ponadto, na niekorzyść obywatela działa fakt, iż prawo do ochrony zdrowia jest traktowane jako norma adresowana przede wszystkim do państwa (władzy publicznej), co nie oznacza, że obywatel nie może się na nią powoływać. Przyczyny takiego stanu rzeczy doszukuje się w założeniu, że te prawa stanowią funkcję rozwoju społeczno-gospodarczego państwa, co oznacza, że „państwo może tyle zaoferować obywatelowi, na ile stać finanse pań-

⁷ B. Banaszak, M. Jabłoński, [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998, s. 68.

⁸ L. Garlicki, *Art. 30...*

⁹ P. Sarnecki, *Art. 38*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II...

stwa¹⁰. Ponieważ podaż świadczeń z zakresu ochrony zdrowia jest uzależniona od środków zebranych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, zauważalne są znaczące deficyty w zakresie organizacji i finansowania poszczególnych typów świadczeń, w tym dla osób terminalnie chorych.

Z kolei w sytuacji niezdolności do pracy ze względu na chorobę, każdy ma prawo do zabezpieczenia społecznego (art. 67 ust. 1), przy czym jednak zwraca się uwagę, iż wskazana reguła jest traktowana w kategorii normy programowej, która w specyficznych sytuacjach może stanowić podstawę konkretnego roszczenia¹¹. L. Garlicki podkreśla, iż Konstytucja nadaje prawu do zabezpieczenia społecznego wyraźnie egzekwowalny charakter¹². Otrzymanie tego rodzaju wsparcia (cechującego się, zgodnie z art. 67 Konstytucji, powszechnością) jest szczególnie istotne w przypadku osób w stanach terminalnych, bowiem koszty leczenia objawowego (w tym uśmierzania bólu) nie są w pełni refundowane i niejednokrotnie przewyższają możliwości finansowe rodzin, bądź opiekunów.

W przypadku osób terminalnie chorych zastosowanie znajduje także art. 39 Konstytucji zakazujący eksperymentów medycznych (których jednym z rodzajów jest weryfikacja działań umożliwiających leczenie chorób do tej pory nieuleczalnych¹³) bez dobrowolnie wyrażonej zgody. Przy czym eksperymenty medyczne, bezpośrednio ingerujące w procesy fizjologiczne pacjentów, nie mogą zawierać ryzyka (bądź ryzyko winno być ograniczone do minimum) wystąpienia negatywnych skutków dla osób w nim uczestniczącym, zaś zgoda na udział w nich musi być udzielana indywidualnie (decyzja zbiorowa, bądź podjęta w konsekwencji woli większości nie może być podstawą do udziału w eksperymencie medycznym)¹⁴. Należy zwrócić szczególną uwagę, że osoby poddane wyłącznie leczeniu paliatywnemu, bądź znajdujące się w ostatniej

¹⁰ J. Trzeciński, M. Wiącek, *Art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II...

¹¹ R. Babińska-Górecka, *Skutki prawne orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego w dziedzinie ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014, s. 229.

¹² L. Garlicki, S. Jarosz-Żukowska, *Art. 67, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II...

¹³ M. Haczkowska, *Art. 39, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014.

¹⁴ *Ibidem*; P. Sarnecki, *Art. 39, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II...

fazie nieuleczalnej choroby mogą być bardziej podatne na perswazję i celem przedłużenia życia, są gotowe podjąć nieświadomą decyzję o uczestnictwie w eksperymencie medycznym, który wprawdzie może pomóc, ale także przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia. Powyższą sytuację i jej złożoność można analizować przez odwołanie do decyzji Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, który w swym wyroku z 13 listopada 2012 r., w odpowiedzi na skargę bułgarskich pacjentów chorych na raka wskazał, że odmowa podania leków eksperymentalnych (nie dopuszczonych do użytku w Bułgarii) pacjentom chorym na raka w końcowych stadiach choroby nie naruszyła ich podstawowych praw. W omówieniu wyroku wskazano na dwa aspekty: pacjent w terminalnym stadium choroby ma prawo do ratowania swojego życia i może chcieć skorzystać ze środków dających mu choćby minimalną nadzieję na przedłużenie życia, zaś z perspektywy interesu publicznego ważna jest także ochrona terminalnych pacjentów, w związku z czym istnieje konieczność uregulowania dostępu do leków eksperymentalnych, których wpływ na zdrowie i życie pacjentów nie jest zbadany i jasno zdefiniowany. Należy jednocześnie nadmienić, że wskazany wyrok jest oceniany jako kontrowersyjny nie tylko w środowisku terminalnie chorych (czterech spośród dziewięciu skarżących zmarło), ale również wśród sędziów trybunału, bowiem trzech z nich postulowało uznanie zasadności skargi¹⁵. Tym samym warto postawić pytanie o cel odmowy leczenia (nawet bez potwierdzonej skuteczności leku) w obliczu nieuchronnie zbliżającej się śmierci?

Kolejny przepis, istotny z punktu widzenia osób terminalnie chorych i ich rodzin, stanowi art. 38 Konstytucji zapewniający prawną ochronę życia ludzkiego, co oznacza brak zgody na eutanazję¹⁶. Tym samym przyspieszenie zgonu (poprzez zaniechanie, bądź ograniczenie działań medycznych) osoby w stanie terminalnym nie rokującym na wyzdrowienie (nawet na jej

¹⁵ K. Warecka, *Strasburg: odmowa podania leku eksperymentalnego nie narusza praw podstawowych pacjenta. Hristozov i inni przeciwko Bułgarii – wyrok ETPC z 13 listopada 2012 r., skarga nr 47039/11 i 358/12, omówienie*, LEX/el. 2014, https://www.lex.pl/?gclid=EAIaIQobChMIj5-WrdaoSwIVGsS3Ch3AVQcYEAAYASAAEgKtHPD_BwE (14.12.2019).

¹⁶ Zgodnie z art. 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani udzielać choremu pomocy w popełnieniu samobójstwa, przy czym Kodeks jednocześnie nie definiuje terminu „eutanazja”. Szerzej: Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (29.01.2020).

wyraźne żądanie), jest niedopuszczalne¹⁷. Zważywszy jednak na niezbywalną godność osoby ludzkiej (art. 30 Konstytucji) oraz prawo do decydowania o sobie (art. 47 Konstytucji), możliwe jest przerwanie uporczywej terapii, w przypadku kiedy jej dalsze stosowanie będzie generowało wyłącznie dodatkowe cierpienie osoby terminalnie chorej¹⁸. W przedmiotowym temacie istotne jest zdanie specjalisty opieki paliatywnej J. Łuczaka, który wskazuje, że lekarz ma „święty obowiązek uśmierzenia bólu, duszności i ataków paniki za wszelką cenę, nawet za cenę nieumyślnego skrócenia życia”¹⁹. Tym samym wskazany przypadek można analizować w kontekście uzasadnionej moralnie i etycznie – letalnej analgezji, polegającej na łagodzeniu bólu i cierpienia terminalnie chorych pacjentów, co w konsekwencji doprowadza do przyspieszenia ich śmierci²⁰. Osobną kwestie stanowi dostępność do świadczeń, bowiem w niektórych rejonach Polski chorzy spełniający przesłanki uprawniające do uzyskania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zmuszeni są czekać w kolejce na miejsce w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycy paliatywnej lub realizację usług w formie hospicjum domowego²¹.

Na uwagę zasługuje także fakt, że prawo o stanowieniu o swoim zdrowiu i życiu jest chronione również na gruncie prawa karnego, bowiem zgodnie z art. 192 § 1 ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny²² (dalej: k.k.) każdy kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności, albo pozbawienia wolności do lat 2. M. Mozgawa i M. Kandys-Marko wskazują ponadto, że w takich przypadkach nie znajduje zastosowanie tzw. „stan wyższej konieczności” na który powołują się lekarze, bowiem dopuszczenie wykonania zabiegu

¹⁷ P. Sarnecki, *Art. 38...*

¹⁸ M. Boniecka, F. Sztandera, *Kryteria dyferencjacji dozwolonego od niedozwolonego zaniechania terapii – aspekty socjologiczne i prawne*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10, s. 45–62.

¹⁹ J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996, s. 33.

²⁰ J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, [https://www.lex.pl/?gclid=EAIaIQobChMIj5-WrdaoSwIVGs53Ch3AVQcYEAAAYASAAAEgKtHPD_Bwe\(14.12.2019\)](https://www.lex.pl/?gclid=EAIaIQobChMIj5-WrdaoSwIVGs53Ch3AVQcYEAAAYASAAAEgKtHPD_Bwe(14.12.2019)).

²¹ R. Iwański, E. Sielicka, A. Jarzębińska, *Opieka Paliatywna i hospicyjna w ujęciu ekonomicznym i społecznym*, Warszawa 2018, s. 89.

²² Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2019, poz. 1950).

kierując się stanem wyższej konieczności niwelowałoby znaczenie wyrażenia zgody przez pacjenta²³.

W przedmiotowych rozważaniach należy także wziąć pod uwagę sytuację pacjenta nieprzytomnego, w stanie terminalnym, który z obiektywnych powodów nie jest w stanie wyrazić zgody na zabieg. W takich sytuacjach, powołując się na art. 34 ust. 7 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁴ (dalej jako: u.z.l.l.d.), lekarz może bez zgody pacjenta zastosować zabieg, bądź inne postępowanie medyczne, które jednocześnie stwarza podwyższone ryzyko, bowiem zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody mogłaby skutkować niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta. W takich sytuacjach lekarz prowadzący powinien zasięgnąć porady innego lekarza (preferowana jest ta sama specjalizacja) i bez zbędnej zwłoki wykonać zabieg, bądź wdrożyć kolejne etapy postępowania medycznego. Ponadto we wskazanych przypadkach zastosowanie znajduje także art. 33 ust. 1 u.z.l.l.d. stanowiący o wykonaniu badania lub udzieleniu pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego w sytuacji, kiedy konieczne jest udzielenie natychmiastowej pomocy lekarskiej²⁵.

Zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji każdemu człowiekowi zapewnia się netykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie²⁶. Powyższa regulacja wydaje się być bardzo istotna, a z punktu widzenia osób terminalnie chorych kluczowa, bowiem zdarzają się sytuacje, w których rodzina umierającego ma przeświadczenie, że wie lepiej czego w danej sytuacji potrzebuje ich bliski, co nie jest zjawiskiem korzystnym. Zdaniem autorów pacjent,

²³ M. Mozgawa, M. Kandys-Marko, *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.)*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3, s. 24.

²⁴ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2019, poz. 537).

²⁵ Szerzej: A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, https://www.lex.pl/?gclid=EAIAIQobChMIj5-WrdaoSwIVGs53Ch3AVQcYEAAYASAAEgKtHPD_BwE (14.12.2019).

²⁶ Zastosowanie mają przede wszystkim następujące akty prawne: ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2019, poz. 537), ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019, poz. 1373), ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018, poz. 1878), ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2019, poz. 1405).

którego stan świadomości na to pozwala, powinien mieć możliwość wolnego podejmowania decyzji, z zachowaniem nietykalności osobistej i co do zasady powinien być świadomy stanu swojego zdrowia, by mógł się z nim oswoić i przygotować (przede wszystkim emocjonalnie, a być może także religijnie) do kolejnych etapów choroby.

Szczegółowy katalog praw zapewniających ochronę pacjentom (w tym osobom terminalnie chorym) został zawarty m.in.: w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁷ (dalej jako: u.p.p.), ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸ oraz rozporządzeniach regulujących ten sektor usług zdrowotnych, np. Rozporządzenie Ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej²⁹.

III. Terminalnie chorzy i struktura zgonów w Polsce

Na przestrzeni ostatnich dekad zmianie ulegała liczba i struktura zgonów ze względu na przyczynę. W 2018 ro w Polsce zmarło 414 200 osób, przy czym od 1980 r nastąpił wzrost liczby zgonów o przeszło 17%³⁰. Jest to spowodowane starzeniem się populacji, a w najbliższych latach można spodziewać się dalszego wzrostu liczby zgonów w ujęciu rocznym, ponieważ pokolenie wyżu demograficznego z lat powojennych będzie zbliżać się do średniej wieku 73,8 lat dla mężczyzn i 81,7 lat dla kobiet³¹. Tym samym rosnąć będzie zapotrzebowanie na świadczenia realizowane rzecz osób w terminach stanach choroby.

²⁷ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019, poz. 1127).

²⁸ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019, poz. 1373).

²⁹ Rozporządzenie Ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2018, poz. 1185).

³⁰ GUS 2019, *Rocznik statystyczny*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2019,2,19.html> (13.02.2020).

³¹ GUS 2020, *Trwanie życia*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> (13.02.2020).

Tabela 1. Wybrane przyczyny zgonów w Polsce w latach 1980–2017

Przyczyny zgonów	1980	1990	2000	2010	2017
Ogółem na 10 tys. ludności	99,3	102,6	96,2	98,3	104,8
w tym:					
Choroby zakaźne i pasożytnicze	1,6	0,8	0,6	0,7	0,5
Nowotwory	17,1	19,4	22,6	24,9	27,8
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	1,4	1,6	1,5	1,8	2,5
Zaburzenia psychiczne	0,5	0,4	0,4	0,5	1,0
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	1,1	0,9	0,9	1,3	1,7
Choroby układu krążenia	47,4	53,5	45,9	45,2	43,5
Choroby układu oddechowego	5,5	4,1	4,8	5,0	6,8
Choroby układu pokarmowego	3,6	3,2	3,8	4,2	4,4
Choroby skóry i tkanki podskórnej	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Choroby układu kostno-stawowego, mięśni i tkanki łącznej	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Choroby układu moczowo-płciowego	1,4	1,3	1,1	1,3	1,0
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	2,6	1,6	0,4	0,3	0,2
Wady rozwojowe wrodzone	1,2	0,8	0,4	0,3	0,2
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych	7,7	6,7	6,4	6,4	9,9
Zewnętrzne przyczyny zgonu	7,6	7,8	6,7	6,1	5,0

Źródło: GUS 2019, Rocznik Demograficzny 2019.

Na początku XXI w. z powodu chorób nowotworowych zmarło w Polsce 86 tys. osób, w 2017 r. ich liczba wzrosła do 106 tys., co stanowi wzrost o prawie 24%³². Warto podkreślić, że choroby nowotworowe stanowią jedną z głównych przyczyn przyznania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dla osób dorosłych. Najwięcej osób zmarło w 2017 r. z powodu chorób

³² Bank danych lokalnych, 2020, <https://bd.l.stat.gov.pl/BDL/start> (12.02.2020).

związanych z układem krążenia 43,5/10 tys. oraz chorób nowotworowych – 27,8/10 tys. (tabela 1).

Zgodnie z art. 20a u.p.p. pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień, co jest bardzo istotne w przypadku pacjentów z chorobami nowotworowymi, których dolegliwości bólowe są bardzo uciążliwe. Należy podkreślić, że ból może zmienić osobność chorego, spowodować zaburzenia, które będą miały przełożenie na wiele sfer funkcjonowania jednostki, w tym na płaszczyźnie relacji z opiekunami³³. Skuteczna terapia przeciwbólowa ma duże znaczenie w procesie terapeutycznym, ponieważ ból wyniszcza równie skutecznie jak nowotwór³⁴. W przypadku Polski wykorzystywanie w terapii przeciwbólowej silnych leków opioidowych, które są skuteczne w leczeniu m.in. bólu przewlekłego u chorych na nowotwory jest pięciokrotnie rzadsze niż w innych krajach Europejskich. Ponadto w 2016 r. w poradnie leczenia bólu nie funkcjonowały w 70% powiatów³⁵. W niektórych regionach kraju systematycznie zmniejszają nakłady z NFZ na świadczenia realizowane w poradniach medycy paliatywnej, dla przykładu w woj. zachodniopomorskim w latach 2006–2016 liczba pacjentów tych poradni zmniejszyła się z 2003 do 695 osób, a wydatki ze środków NFZ z 451 tys. do 94 tys. zł³⁶.

Coraz częściej zgon następuje w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej. W 1980 r. w wymienionym typie placówek odnotowano 43% ogólniej liczby zgonów, natomiast w domach 49% (173 241). Pod koniec drugiej dekady XXI w. odsetek zgonów w domach spadł do 35% (145 386), a w szpitalach i innych placówkach medycznych zmarło odpowiednio: 51% i 8%³⁷.

W ujęciu modelowym chory, który zakończył leczenie, powinien w pierwszej kolejności uzyskać świadczenia realizowane w formie ambulatoryjnej w poradni medycy paliatywnej. Jeśli świadczenia są niewystarczające do jego potrzeb, kolejny etap stanowią hospicja domowe. Ostatnim formą realizacji

³³ A. Zimmermann, W. Mędrzycka-Dąbrowska, M. Zagłoba, *Prawo pacjenta do leczenia bólu*, „Palliative Medicine in Practice” 2018, t. 12, nr 1, s. 23.

³⁴ Z. Kaczmarek, *Znaczenie leczenia bólu w chorobie nowotworowej*, „Nowa Medycyna” 2002, nr 5, <http://www.czytelniamedyczna.pl/1619,znaczenie-leczenia-bolu-w-chorobie-nowotworowej.html> (12.02.2020).

³⁵ Najwyższa Izba Kontroli, *Dostępność terapii przeciwbólowej*, Warszawa 2017.

³⁶ R. Iwański, E. Sielicka, op.cit. s. 89.

³⁷ GUS 2019, op.cit.

świadczeń dla osób terminalnie chorych, są hospicja stacjonarne i oddziały medycy paliatywnej³⁸. W zależności od formy świadczenia usług oraz stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wymiar czasowy opieki może być zróżnicowany. Pacjenci objęci opieką hospicyjną i paliatywną nie stanowią grupy jednorodnej. Dzięki postępowi jaki dokonał się w zakresie technologii medycznych, udaje się przezwyciężyć ostre kryzysy zdrowotne (np. udar niedokrwienno-mózgu) lecz jeśli rokowania nie są korzystne chory wymaga opieki długoterminowej, a w ostatnim okresie życia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Okres terminalny choroby trwa około 6–8 tygodni a chory w tym czasie wymaga stałej opieki³⁹. Warto podkreślić, że z każdym rokiem rośnie w liczba osób chorych na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera, która ma charakter postępujący. Według szacunków na chorobę Alzheimera w Polsce choruje od 300 do 500 tys. osób⁴⁰. W przypadku tej grupy pacjentów okres preterminalny i terminalny jest niekiedy trudny do rozróżnienia, może trwać nawet kilka lat. Warto podkreślić, że sama choroba Alzheimera, nawet w ostatniej zaawansowanej fazie nie uprawnia do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowanej z środków NFZ. W niektórych krajach (np. USA) przyjęte zostały regulacje prawne, które określają, że chorzy mogą być objęci opieką paliatywną, jeśli czas ich przeżycia nie przekracza 6 miesięcy⁴¹.

W 2019 r. na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wydano z środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) 825 661 tys. zł, co stanowi 0,91% budżetu NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej 90 342 980 tys. zł⁴². W 2009 r. udział wydatków na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w budżecie NFZ wynosił zaledwie 0,46%. Od lat systematycznie wzrastają nakłady na tę formę świadczeń, a w okresie ostatniej de-

³⁸ R. Iwański, E. Sielicka, op.cit. s. 9.

³⁹ J. Glińska, E. Adamska, B. Brosowska, M. Lewandowska, *Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009, nr 17 (3), s. 190–198.

⁴⁰ T. Gabryelewicz, *Epidemiologia choroby Alzheimera.*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Raport RPO, Warszawa 2014, s. 17.

⁴¹ B. Babiarczyk, D. Sternal, *Zastosowanie opieki paliatywnej u chorych w zaawansowanym stadium otępienia*, „Gerontologia Polska” 2012, t. 20, nr 2, s. 39–44.

⁴² NFZ, *Ostateczny plan finansowy NFZ na 2019 r.*, Warszawa 2020, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz> (10.02.2020).

kady zwiększyły się o 556 819 tys. zł⁴³. Rosnące nakłady na świadczenia nie przekładają się jednoznacznie na wzrost liczby chorych objętych opieką, ponieważ w ostatnich latach dynamicznie rosną koszty procedur medycznych, w tym koszty pracy.

Pacjenci w terminalnych stanach choroby bardzo często wymagają pomocy w codziennym funkcjonowaniu, której najczęściej udzielają im członkowie najbliższej rodziny. Gdy okres opieki przekracza kilka dni, opiekun jest niekiedy zmuszony ograniczyć lub zawiesić aktywność zawodową. Wpływa to na pogorszenie się sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego. W przypadku, gdy opieki wymaga osoba dorosła i posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki, opiekunowie rodzinni (zobowiązani do alimentacji i małżonkowie) mogą wystąpić o specjalny zasiłek opiekuńczy⁴⁴. Świadczenie w wysokości 620 zł miesięcznie przyznawane jest, jeśli dochód w gospodarstwie domowym nie przekroczy kwoty 764 zł na osobę w rodzinie⁴⁵. Natomiast jeżeli podopiecznym jest dziecko, przysługuje świadczenie pielęgnacyjne w kwocie 1830 zł i w tym przypadku nie obowiązuje kryterium dochodowe⁴⁶. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 21 października 2014 r. określa, że różnicowanie świadczeń ze względu na moment powstania niepełnosprawności (art. 17 ust. 1b ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych) jest niezgodne z art. 32 ust. 1 Konstytucji⁴⁷. Choć ustawodawca jest zobowiązany naprawić stan prawny, to nie zostały dotychczas podjęte żadne działania w tym kierunku.

⁴³ NFZ, *Łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 1.01 – 31.12.2009 r.*, Warszawa 2020, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz> (10.02.2020); Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*. Warszawa 2017, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13694,yp,16130.pdf> (15.01.2020).

⁴⁴ Art. 16a ust. 1 ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. Nr 228, poz. 2255).

⁴⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z 31 lipca 2018 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokości świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna (Dz.U. poz. 1497).

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ 104/9/A/2014 wyrok z 21 października 2014 r. Sygn. akt K 38/13.

IV. Zakończenie

W najbliższych latach liczba pacjentów w stanie terminalnym, którzy będą wymagać pomocy i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz wdrożenia wyspecjalizowanych procedur medycznych, w tym terapii przeciwbólowej będzie systematycznie rosła. Zagwarantowana w poszczególnych aktach prawnych, począwszy od Konstytucji, ochrona praw pacjenta w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych i utrzymania godności do ostatnich chwil życia, ze względu na deficytowy charakter rynku usług medycznych finansowanych z środków NFZ nie ma charakteru powszechnego. Choć art. 68 ust. 2 Konstytucji określa, że władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń z opieki zdrowotnej to szczegółowe uwarunkowania są już regulowane przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁸. Ponadto w drodze rozporządzenia określone są świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dla poszczególnych grup pacjentów⁴⁹. Nie wszyscy chorzy w terminalnych stanach choroby, szczególnie w przypadku osób dorosłych i starszych, mają możliwość skorzystania ze świadczeń realizowanych przez hospicja domowe i stacjonarne. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonuje wyceny poszczególnych świadczeń⁵⁰. W dalszej kolejności oddziały wojewódzkie podpisują kontrakty na realizację świadczeń z podmiotami ze swojego regionu. Analiza kontraktów oraz badania przeprowadzone w środowisku świadczeniodawców wskazują, że w niektórych przypadkach środki z kontraktów NFZ pokrywają od 41% do 64% faktycznych kosztów opieki nad pacjentami w terminalnych stanach choroby⁵¹. Ponadto część chorych ze względu na brak miejsc lub ograniczone limity wynikające z kontraktu NFZ jest zmuszonych czekać na miejsce, co stanowi zaprzeczenie idei opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz ogranicza prawo do zachowania godności pacjenta.

⁴⁸ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019, poz. 1373).

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. poz. 1185).

⁵⁰ Art. 31n ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019, poz. 1373).

⁵¹ R. Iwański, E. Sielicka, op.cit., s. 101–104.

Literatura

- Babiarczyk B., Sternal D., *Zastosowanie opieki paliatywnej u chorych w zaawansowanym stadium otępienia*, „Gerontologia Polska” 2012, t. 20, nr 2.
- Babińska-Górecka R., *Skutki prawne orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego w dziedzinie ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014.
- Banaszak B., Jabłoński M., [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998.
- Banaszak B., *Porównawcze prawo konstytucyjne współczesnych państwa demokratycznych*, Warszawa 2012.
- Boniecka M., Sztandera F., *Kryteria dyferencjacji dozwolonego od niedozwolonego zaniechania terapii – aspekty socjologiczne i prawne*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.
- Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016.
- Gabrylewicz T., *Epidemiologia choroby Alzheimera*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Raport RPO, Warszawa 2014.
- Garlicki L., Art. 30, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- Garlicki L., Jarosz-Żukowska S., Art. 67, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M., *Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009, nr 17 (3).
- Haczkowska M., Art. 39, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014.
- Iwański R., Sielicka E., Jarzębińska A., *Opieka Paliatywna i hospicyjna w ujęciu ekonomicznym i społecznym*, Warszawa 2018.
- Kaczmarek Z., *Znaczenie leczenia bólu w chorobie nowotworowej*, „Nowa Medycyna” 2002, nr 5.
- Łuczak J., *Etyka w opiece paliatywnej*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996.
- Malczewski J., *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Mozgawa M., Kandys-Marko M., *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.)*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3.
- Sarnecki P., Art. 38, Art. 39, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- Trzciniński J., Wiącek M., Art. 68, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.

Warecka K., *Strasburg: odmowa podania leku eksperymentalnego nie narusza praw podstawowych pacjenta. Hristozov i inni przeciwko Bułgarii – wyrok ETPC z 13 listopada 2012 r., skarga nr 47039/11 i 358/12, omówienie*, LEX/el. 2014. https://www.lex.pl/?gclid=EAIaIQobChMIj5-Wrdao5wIVGs53Ch3AVQcYEAAYASAAEgKtHPD_BwE.

Zimmermann A., Mędrzycka-Dąbrowska W., Zagłoba M., *Prawo pacjenta do leczenia bólu*, „Palliative Medicine in Practice” 2018, t. 12, nr 1.