

Iwona Wrześniewska-Wal

dr n. pr., Szkoła Zdrowia Publicznego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

ORCID: 0000-0002-8892-5985

PODSTAWOWE PRAWA PACJENTA W ORZECZENIACH SĄDÓW LEKARSKICH. STAN OBECNY I WYZWANIA NA PRZYSZŁOŚĆ

Wprowadzenie

Medycyna ze sztuki przynoszącej ludziom ulgę w cierpieniu stała się nauką przyrodniczą, ścisłą, prowadząca niejednokrotnie do przekonania, że człowiek może sam decydować o życiu i śmierci. Dążenia lekarzy do wykorzystania możliwości medycyny sprawiły, że w pewnych obszarach dochodziło do ograniczenia, ale też i naruszenia naturalnych praw człowieka. W związku z tym w ślad za Powszechną Deklaracją Praw Człowieka (10.12.1948) pojawiły się szczegółowe dokumenty międzynarodowe i lokalne dotyczące praw człowieka w odniesieniu do różnych sytuacji życiowych, w tym także praw człowieka chorego, m.in.: Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (4.11.1950), Europejska Karta Socjalna (18.10.1961) czy Międzynarodowe Pakty Praw Obywatelskich i Politycznych (16.12.1966) oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych (19.12.1966)¹. Prawo do ochrony zdrowia gwarantowane jest w Konstytucji RP (2.04.1997), stanowiąc, co podkreślił TK,

¹ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, PZWL, Warszawa 2002, s. 47.

„prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać”². Dokumenty te wskazują, że szacunek dla życia i zdrowia jest nieodłączną cechą zawodu lekarza, którego postępowanie musi być takie, aby chory wiedział, że medyk czyni wszystko, co możliwe, ratując jego życie lub utracone zdrowie, z jednoczesnym poszanowaniem przynależnych mu praw i godności. Prawa polskich pacjentów zostały ujęte w jeden dokument, którym jest ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (PrPacjRPPU)³. Autonomia pacjenta wyraża się w ujętych w tej ustawie prawach, które po stronie lekarza rodzą związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych obowiązki. W niniejszej publikacji omówione zostaną dwa podstawowe prawa pacjenta, które znajdują swoje odzwierciedlenie we wskazanej regulacji: prawo do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do godności. Skupienie uwagi na tych prawach związane jest ze statystyką, która pokazuje w aspekcie ilościowym skalę ich naruszeń.

Prawa pacjenta i ich ochrona

Fundamentalna dla pacjentów regulacja wskazuje, że prawa pacjenta są w przeważającym zakresie prawami osobistymi, czego dowodzi zbieżność z przykładowym katalogiem z art. 23 Kodeksu cywilnego (k.c.)⁴. Zarówno prawa pacjenta, jak i cywilne prawa osobiste chronią podstawowe dobra osobiste jak godność człowieka i inne ściśle z nią związane, m.in: życie, zdrowie, wolność, prywatność, intymność oraz wizerunek⁵. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie tylko wylicza prawa pacjenta, ale również wskazuje środki ich ochrony, w tym względnie odsyłając do innych ustaw, np. k.c. Zgodnie z art. 4 PrPacjRPPU w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Mimo że przepis ten nawiązuje do regulacji dotyczącej zadośćuczynienia za krzywdę związaną z naruszeniem dóbr osobistych, to samodzielny charakter tego przepisu nie budzi wątpliwości⁶. Zdaniem Sądu Najwyższego roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz

² Wyrok TK z dnia 14 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A2004.

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm).

⁴ Ustawa z 23 kwietnia 1964, Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 121, ze zm.).

⁵ L. Bosek, *Instytucje Prawa Medycznego*, t. 1, [w:] *System Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 709.

⁶ R. Bryzek, *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta – udział rzecznika praw pacjenta w postępowaniach cywilnych na prawach przysługujących prokuratorowi*, Konferencja Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta „Rekompensata za utratę zdrowia i życia – praktyczne aspekty dochodzenia roszczeń”, Warszawa, 19 kwietnia 2018 r., https://rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_pliki/konferencja-rpp-rf-19.04.2018/rbryzyek-konf-19.04.pdf [dostęp: 12.09.2019].

roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta stanowią odrębną podstawę prawną do dochodzenia przez pacjenta zadośćuczynienia w związku z zawinionym naruszeniem jego praw, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne⁷.

Pacjenci, których prawa zostały naruszone, korzystają nie tylko z ochrony prawa cywilnego, lecz próbują dochodzić swoich praw w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, pomimo że w tym postępowaniu nie ma możliwości bezpośredniego uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia. Praktyka wskazuje, że jedno zdarzenie faktyczne może stanowić podstawę dwóch lub więcej postępowań: karnego, cywilnego oraz w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy⁸. Materiał dowodowy, zebrany w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, może być cenny dla toczącego się postępowania cywilnego. W cywilnych procesach medycznych istotne znaczenie mają opinie biegłych, znajdujące się w aktach spraw prowadzonej np. w sądzie lekarskim, tym bardziej, że opinia biegłego to środek dowodowy pociągający za sobą największe koszty i powodujący istotne wydłużenie postępowania sądowego⁹. Ponadto obecna zmiana procedury cywilnej po 7 października 2019 r. będzie sprzyjać wykorzystaniu opinii biegłego z postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w procesach cywilnych. Nowe brzmienie art. 278¹ k.p.c. stanowi: „Sad może dopuścić dowód z opinii sporządzonej na zlecenie organu władzy publicznej w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę”¹⁰.

Prawo pacjenta do świadczeń

Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych. Definicję świadczenia zdrowotnego wskazuje art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej (DziłLeczU)¹¹, zgodnie z którym na świadczenie zdrowotne składają się „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Świadczenia mają być udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (art. 6 ustawy PrPacjRPPU) oraz z należytą starannością (art. 8 ustawy PrPacjRPPU). Obowiązek udzielania zgodnych

⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2007 r., sygn. akt V CSK 76/07, Legalis nr 87062.

⁸ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.).

⁹ I. Wrześniewska-Wal, *Wybrane zagadnienia prawa dowodowego w cywilnych procesach medycznych. Orzecznictwo i badania własne*, [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 901.

¹⁰ Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r., poz. 1469).

¹¹ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm).

z tym prawem świadczeń nakłada na lekarza art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (u.z.l.)¹², który wskazuje, że lekarz ma wykonywać swój zawód „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej zobowiązane są zarówno podmioty lecznicze udzielające świadczeń finansowanych ze środków prywatnych (na podstawie umów zawartych z pacjentami i przez nich finansowanych), jak i ze środków publicznych (świadczeń finansowanych przez NFZ)¹³. Prawa pacjenta są wszędzie takie same. W przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych obowiązek podejmowania działań z „należytą starannością”, „przestrzegając praw pacjenta”, w celu zapewnienia ich „należytej jakości” określa dodatkowo rozporządzenie¹⁴. Urzeczywistnienie podstawowego prawa pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej sprowadza się, do wyboru i możliwości finansowych pacjenta tak w publicznych, jak i prywatnych podmiotach leczniczych¹⁵.

Uzupełnieniem tej regulacji są normy wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL)¹⁶, który nie jest co prawda źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji RP, a jego normy mają charakter norm deontologicznych, jednak mogą dookreślać treść norm prawnych¹⁷. Warto tu wskazać art. 8 KEL, który określa, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędną ilość czasu. KEL wskazuje na dwa aspekty właściwej relacji lekarza wobec pacjenta: ogólnie pojęta staranność czynności lekarza oraz poświęcenie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu. Każdy pacjent oczekuje nie tylko starannego wykonania wszystkich procedur, ale również indywidualnego podejścia i poświęcenia uwagi. Tymczasem pośpiech, nerwowość oraz zła organizacja pracy w niektórych placówkach są czynnikami wpływającymi ujemnie na wykonywanie pewnych działań lekarskich.

W praktyce widoczne jest to podczas udzielania świadczeń w czasie wizyt ambulatoryjnych w placówkach publicznych; wizyty pacjentki w takiej właśnie

¹² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm).

¹³ P. Sobolewski, *Instytucje Prawa Medycznego*, t. 1, [w:] *System Prawa Medycznego*, *op. cit.*, s. 811.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 1146).

¹⁵ P. Sobolewski, *op. cit.*, s. 811–812.

¹⁶ Kodeks Etyki Lekarskiej tj. z dnia 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r., http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [dostęp: 19.09.2019].

¹⁷ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK 1992/Nr 2, poz. 38.

placówce dotyczyła sprawa rozstrzygana przez Okręgowy Sąd Lekarski (OSL). Pacjentka w ramach świadczeń udzielanych przez NFZ zgłosiła się do Poradni Onkologicznej w celu wycięcia dwóch budzących wątpliwość znamion skórnych okolicy przedramienia ręki prawej i uda lewego. Podczas wizyty lekarz zbadał pacjentkę i usunął zmiany, po czym przesłał obie zmiany w jednym pojemniku do badania histopatologicznego. Lekarz onkolog wstępnie rozpoznał zmiany łagodne – włókniaki. W oparciu o to rozpoznanie kliniczne zalecił pacjentce samokontrolę miejsc operowanych, a w razie niepokojących objawów zgłoszenie się na dodatkowy zabieg. Tymczasem zgodnie z procedurą lekarz histopatolog po ocenie materiału przekazanego do badania wskazał na konieczność usunięcia jednej ze zmian w szerszych granicach, jednak z uwagi na fakt, że materiał z obu pól był przesłany łącznie, nie mógł w sposób precyzyjny określić, z jakiego miejsca był pobrany materiał: z prawego przedramienia czy lewego uda. Zaplanowanie kolejnego zabiegu, na który wskazywał lekarz histopatolog, było niemożliwe. Pacjentka złożyła skargę do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ). W trakcie trwającego postępowania lekarz onkolog wskazywał na trudności organizacyjne związane z brakiem personelu pomocniczego, m.in. pielęgniarki, która winna zabezpieczyć materiał do badania histopatologicznego. Mając klika minut na pacjenta, lekarz nie jest w stanie wykonać również czynności już technicznych, choć cały czas związanych z zabiegiem. Wyjaśnienia lekarza onkologa były spójne z zeznaniami pacjentki, która podkreśliła te trudne warunki słowami: „taśma zabiegowa”, „jeszcze jeden nie wyszedł a już wchodził drugi”. Mimo to po zakończeniu postępowania wyjaśniającego OROZ skierował do OSL wnioski o ukaranie lekarza onkologa przeprowadzającego zabieg. Zdaniem OROZ w postępowaniu lekarza onkologa zabrakło należytej staranności, zatem postawił zarzut naruszenia art. 4 u.z.l. i 8 KEL. Powołany w tej sprawie biegły ze specjalizacją chirurgii oraz z wieloletnią praktyką zawodową podkreślił, że każda wycięta zmiana powinna być przesłana do badania nie tylko w oddzielnym pojemniku, ale i z dokładnym opisem. Wynik badania histopatologicznego jest istotny, bo decyduje o dalszym postępowaniu wobec chorego. OSL podkreślił, że zdobycie i pielęgnowanie tej cennej cechy, jaką jest należyta staranność w dobie pośpiechu i natłoku obowiązków, jest dla lekarza wyjątkowo trudne. Niemniej lekarz staje w obliczu konkretnego pacjenta i konkretnego problemu klinicznego, który trzeba rozwiązać fachowo i kompetentnie. Sąd uznał obwinionego lekarza winnym popełnienia zarzucanego mu przewinienia zawodowego¹⁸.

Prawo do poszanowania godności

Godność człowieka jest eksponowana i chroniona przede wszystkim w art. 30 Konstytucji RP, który odnosi się do osobowego ujęcia godności, traktując ją jako

¹⁸ Orzeczenie OSL w Warszawie z dnia 11 czerwca 2019 r., sygn. akt OSL. 630. 4/19, niepublikowane

immanentną cechą każdej istoty ludzkiej¹⁹. Prawo do godności w kontekście zdrowia ma bezpośrednie umocowanie w normach konstytucyjnych, gwarantujących prawo do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP), a prawo do ochrony zdrowia w prawie do ochrony życia (art. 38 Konstytucji RP). Szczegółowe regulacje związane z godnością pacjentów zawiera art. 20 ust. 2 PrPacjRPPU, który odnosi się do poszanowania intymności i godności pacjenta. Należy zwrócić uwagę, że są to dwa odrębne treściowo prawa podmiotowe pacjenta: do godności oraz do intymności. Zaraz po tych przepisach w 2017 r. dodano regulacje art. 20a – prawa do leczenia bólu oraz diagnozowania jego natężenia oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia²⁰. Prawo to niewątpliwie ma bezpośredni związek z godnością pacjenta, która *de facto* obejmuje dwa prawa: prawo do „umierania w spokoju i godności” oraz prawo do obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych²¹. Uzupełnieniem jest art. 30 KEL, który stanowi pewną wskazówkę: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”. Wyrażone wprost w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta prawo do godności związane z końcową fazą życia pacjenta stanowi odzwierciedlenie deklaracji i dokumentów programowych dotyczących kresu życia, jakie wyszły w środowiskach medycznych, m.in. Deklaracji Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w sprawie opieki medycznej końca życia oraz tzw. Karta praska²². Jednak w prawie polskim nie ma szczególnej regulacji prawnej dotyczącej oświadczeń *pro futuro*²³. Nie ma

¹⁹ L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2012, s. 30.

²⁰ *Idem*, *Instytucje Prawa Medycznego*, *op. cit.*, s. 770

²¹ *Ibidem*, s. 770–771.

²² WAM, Deklaracja Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, przyjęta przez 35. Walne Zgromadzenie WMA, Wenecja (Włochy) w październiku 1983 r. i zmieniona przez 57. Walne Zgromadzenie WMA, Pílanesberg (Republika Południowej Afryki) w październik 2006 r., <https://www.nil.org.pl/dzialalnosc/osrodk-i-naczelnej-izby-lekarskiej/orodek-bioetyki/etyka-medyczna/deklaracja-swiatowego-stowarzyszenia-lekarzy-wma-z-wenecji-w-sprawie-chorob-terminalnych> [dostęp: 30.09.2019];

²³ Karta Praska z 2012 r., wersję polską dokumentu przetłumaczył i opracował za zgodą Zarządu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC) W. Leppert, <http://www.medycynapaliatywna.org/Karta-Praska-The-Prague-Charter-,130.html> [dostęp: 30.09.2019].

²³ Orzecznictwo idzie w innym kierunku – autorka przywołuje postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., sygn. akt III CK 155/05 OSNC nr 7-8/2006 poz. 137. Zob. „Kryteria prawidłowości złożonych oświadczeń woli *pro futuro* powinny zostać w przyszłości przez judykaturę doprecyzowane w sposób jak najprostszy do oceny”; R. Tymiński, *Glosa do postanowienia SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05*, „PS” 2008, nr 3, s. 116–121. Por. także: M. Boratyńska, *Sprzeciw pacjenta wobec zabiegu i sprzeciw na przyszłość (pro futuro)*, komentarz praktyczny, LEX/ 2019; *eadem*, *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Część 1. Sprzeciw pro futuro*, „PiM” 2007, nr 2, s. 23; B. Janiszewska, *Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, „PiM” 2007, nr 2, s. 33.

również wskazówki w KEL odnośnie wyrażenia przez pacjenta uprzedniej woli co do rodzaju interwencji medycznej w chwili umierania. Zagadnienie jest regulowane na gruncie międzynarodowym przez art. 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej (EKB)²⁴, którą Polska podpisała, lecz nie ratyfikowała²⁵. Zgodnie z tą regulacją: „Należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”. Powyższe standardy normatywne nie zostały uwzględnione w regulacjach prawa, a skutki prawne, które należy z nimi wiązać, nie są w literaturze prawniczej oceniane jednoznacznie²⁶. W doktrynie opinie na temat charakteru i mocy wiążącej oświadczeń *pro futuro* na gruncie obowiązującego prawa są zróżnicowane, aczkolwiek dominuje pogląd, że oświadczenia te są istotną wskazówką dla lekarza. Jeśli jednak uznać, że wcześniej wyrażone życzenie jest jedynie „wyrazem woli podobnym do oświadczenia woli, to pozostaje zasadnicza wątpliwość, jak zapewnić jej doniosłość prawną, skoro przepisy art. 30–35 u.z.l. regulują w sposób wyczerpujący i zupełny stosunek lekarza i pacjenta, określając ich prawa i obowiązki”²⁷. Brak regulacji prawnych w tym obszarze ma swoje odzwierciedlenie w praktyce lekarskiej. Zgodnie z prezentowanym kierunkiem orzecznictwa lekarz powinien uwzględnić wcześniej wyrażone życzenia pacjenta w granicach, w jakich nie naraża pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W praktyce orzeczniczej OSŁ pojawiła się sprawa 84-letniego pacjenta z rozpoznaną marskością wątroby i żylakami przełyku w stanie terminalnym. Córka chorego wezwała na wizytę domową lekarza z NPL-u. Powodem wezwania była wysoka temperatura, której nie dawało się obniżyć domowymi sposobami. Rejestratorka poprosiła do telefonu dyżurującą lekarzkę, która gdy tylko zorientowała się, że jest to pacjent nieuleczalnie chory u końca swego życia, odmówiła przyjazdu do domu chorego, polecając wezwać Pogotowie. Skarżąca zadzwoniła do Pogotowia Ratunkowego, ale tam otrzymała informację, że pacjent będzie zabrany do szpitala, a udzielenie pomocy w zakresie leczenia ambulatoryjnego, w tym również wizyty w domu chorego, należą do NPL. Rodzina miała świadomość faktu, że pacjent jest ciężko chory i bliski śmierci, znajduje się zatem w takim momencie swojego życia, kiedy leczenie szpitalne nie przynosi już żadnej korzyści. W obliczu tej sytuacji życzeniem pacjenta i jego rodziny było pozostawienie chorego w domu. W związku z tym rodzina pacjenta zrezygnowała z możliwości zabrania chorego do szpitala, licząc jednak na pomoc

²⁴ Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie – tzw. Europejska Konwencja Bioetyczna (EKB), sporządzona w Oviedo, w dniu 4 kwietnia 1997 r., http://www.coe.int/t/dg3/health/bioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf [dostęp: 23.09.2019].

²⁵ Polska podpisała Konwencję w dniu 7 maja 1999 r., jednak do tej pory jej nie ratyfikowała.

²⁶ M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 259.

²⁷ L. Bosek, *Instytucje Prawa Medycznego*, *op. cit.*, s. 777.

lekarza, który zmniejszy cierpienie chorego. Do NPL ponownie zadzwoniła druga córka pacjenta z prośbą o wizytę domową, ale znów otrzymała odpowiedź odmowną. Niedługo później córki po raz kolejny zadzwoniły do NPL. W końcu dyżurna lekarka przyjechała na wizytę domową do pacjenta, którego pobieżnie zbadała, stwierdzając głośno, że tak jak się spodziewała, pacjent jest w stanie terminalnym, i rzucając na jego łóżko skierowanie do szpitala. Następnego dnia rodzina wezwała na wizytę domową lekarza z Poradni Rodzinnej, która zbadała pacjenta, stwierdziła, że wysoka temperatura może być związana z zakażeniem dróg moczowych (pacjent miał cewnik w pęcherzu) oraz zleciła antybiotykoterapię. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego OROZ postawił pierwszej lekarce zarzut, że dwukrotnie odmówiła telefonicznie przyjazdu do chorego, sugerując, że według jej doświadczenia pacjent jest w stanie terminalnym, należy więc wezwać pogotowie oraz że po przyjeździe do chorego ograniczyła się do wydania skierowania do szpitala. Sąd uznał lekarkę winną, gdyż nie zachowała należytej staranności, czym naruszyła art. 4 u.z.l. i art. 8 KEL. OSL wskazał, że lekarz nie może pozbawiać opieki chorych u kresu życia, a jego obowiązkiem jest zbadać pacjenta i ulżyć jego cierpieniom. W miarę możliwości chory winien umierać wolny od cierpień, w spokoju, w otoczeniu bliskich mu osób²⁸.

Podsumowanie i wnioski

W jednym z największych sądów lekarskich w Polsce ponad 60% spraw związanych jest z brakiem należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych²⁹. Powód jest prozaiczny – złe rozwiązania organizacyjne spowodowane nadmierną ilością pacjentów zapisanych na wizyty, szczególnie w placówkach publicznych. Rodzi to pośpiech i nieuwagę po stronie lekarza³⁰. Niestety, choć w statystykach nie jest to widoczne, to jednak zdarza się, że lekarz traktuje pacjenta przedmiotowo, jak kolejny przypadek w długim procesie doświadczeń, a nie jak osobę posiadającą swoją godność³¹. W praktyce orzeczniczej sprawy

²⁸ Orzeczenia z dnia 4 lipca 2019 r. Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, sygn. akt 630.52/18 – niepublikowany.

²⁹ Badania własne: OSL Warszawa: 2016 r. – na 55 wszystkich badanych spraw 71% dotyczyło braku należytej staranności, 2017 r. – 65,4% wszystkich badanych spraw (52), 2018 r. – 65% wszystkich badanych spraw (34). Tylko część z nich zakończyła się orzeczeniem skazującym lekarza.

³⁰ W Polsce lekarz poświęca pacjentowi średnio 10 min., podobnie jest w Holandii, Japonii czy Danii. Najwięcej czasu dla pacjenta mają lekarze w Szwecji (ok. 22,5 min.), w USA (ok. 21), Bułgarii (20), Norwegii (18) i Finlandii (ponad 17). Mniej za to w Niemczech (ok. 7,5) i Austrii (5), ^h<https://www.politykaszczepna.com/24902,od-2-do-22-minut-i-w-polsce-nie-jest-najgorzej-ile-czasu-lekarz-poswieca-pacjentom> [dostęp: 29.09.2019].

³¹ J. Orzeszyna, *Człowiek jako pacjent*, [w:] „Antoni Kępiński”. Materiały konferencyjne: Sesja naukowa 25-lecie Oddziału Psychiatrycznego WSZ w Częstochowie i spotkanie Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Częstochowa 11 maja 2001, s. 42.

związane z naruszeniem prawa pacjenta do godności, związane z końcem życia, bólem i cierpieniem, często powiązane są ze skargą na brak odpowiedniej opieki i zainteresowania ze strony lekarza, w efekcie zmierzając do wykazania braku należytej staranności w procedurach medycznych. Warto pamiętać, że obecnie ocena lekarza obejmuje już nie tylko jego profesjonalizm, ale i postawę etyczną. *W tej sytuacji wyraźną wskazówką dla lekarza winno stanowić orzecznictwo sądów lekarskich.* Stąd postulat *de lege ferenda*, aby wykorzystać walor edukacyjny orzecznictwa sądów lekarskich w nauczaniu lekarzy zarówno obowiązkowym, jak i na kursach doskonalących, gdyż nie wszystkie aspekty udzielania świadczeń zdrowotnych mogą zostać unormowane.

Bibliografia

- Bryzek R., *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta – udział rzecznika praw pacjenta w postępowaniach cywilnych na prawach przysługujących prokuratorowi*, Konferencja Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta „Rekompensata za utratę zdrowia i życia – praktyczne aspekty dochodzenia roszczeń”, Warszawa, 19 kwietnia 2018 r., https://rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_pliki/konferencja-rpp-rf-19.04.2018/rbryzek-konf-19.04.pdf [dostęp: 12.12.2019].
- Brzeziński T., *Etyka lekarska*, PZWL, Warszawa 2002.
- Janiszewska B., *Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, „PiM” 2007, nr 2.
- Syska M., *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- System Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Tymiński R., *Glosa do postanowienia SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, „PS” 2008, nr 3.*
- Wrześniewska-Wal I., *Wybrane zagadnienia prawa dowodowego w cywilnych procesach medycznych. Orzecznictwo i badania własne*, [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, C.H. Beck, Warszawa 2016.

Basic Rights of the Patient in Medical Court Decisions. Current Status and Challenges for the Future

Documents related to human rights indicate that respect for life and health is inherent in the medical profession. The doctor's conduct is aimed at saving the patient's life or health. At the same time, it is important that the patient's dignity is not violated and his statutory rights are respected. In her work, the author would like to present her research on medical court rulings conducted in one of the largest medical courts in Poland, providing not only statistics but also numerous examples of authentic judgments. Unfortunately, the examples presented by the author show that modern medicine loses its deepest meaning, which is the good of the patient. Hence the postulate that the educational value resulting from the decisions of medical courts be used in the process of teaching doctors.

Key words: medical courts, patient rights, education of doctors

Podstawowe prawa pacjenta w orzeczeniach sądów lekarskich. Stan obecny i wyzwania na przyszłość

Dokumenty związane z prawami człowieka wskazują, iż szacunek dla życia i zdrowia jest nieodłączną cechą zawodu lekarza. Postępowanie lekarza nakierowane jest na ratowanie życia lub zdrowia pacjenta. Jednocześnie ważne jest, aby nie została naruszona godność pacjenta i były respektowane jego ustawowe prawa. W swojej pracy autorka pragnie zaprezentować swoje badania nad orzecznictwem sądów lekarskich prowadzone w jednym z największych sądów lekarskich w Polsce, podając nie tylko statystykę, ale i liczne przykłady autentycznych orzeczeń. Niestety przedstawione przez autorkę przykłady pokazują, iż współczesna medycyna gubi swój najgłębszy sens jakim jest dobro chorego. Stąd postulat, aby walor edukacyjny płynący z orzecznictwa sądów lekarskich wykorzystać w procesie nauczaniu lekarzy.

Słowa kluczowe: sądy lekarskie, prawa pacjenta, edukacja lekarzy