

Tomasz Hoffmann

ORCID: 0000-0001-8423-8670

Pomorska Szkoła Wyższa w Starogardzie Gdańskim

Rozwój koncepcji praw pacjenta na tle historyczno-prawnym w Polsce

Streszczenie

Artykuł traktuje o rozwoju praw pacjenta w Polsce. Omówiono kształtowanie się praw pacjenta, wskazano na pierwsze regulacje na ziemiach polskich dotyczących tego zagadnienia, scharakteryzowano obecne regulacje w zakresie praw pacjenta, ponadto starano się omówić stan przestrzegania praw pacjenta w placówkach medycznych.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, prawo medyczne, prawa obywatelskie

Wprowadzenie

Od dłuższego czasu pojęcie pacjenta i osoby chorej było traktowane jako synonimy. Potwierdza to fakt, iż nawet w *Słowniku Języka Polskiego* podaje się, iż pacjentem jest osoba chora zwracająca się po poradę do lekarza lub osoba będąca pod jego opieką¹. Jak podaje A. Łaska-Formejster, słowo pacjent wywodzi się od łacińskiego znaczenia osoby cierpiącej. Pacjent zatem to osoba zgłaszająca się po poradę lekarską pod lekarza bądź też osoba będąca pod jego opieką².

Aby jednak dobrze zrozumieć istotę i pojęcie pacjenta należy odnieść się do terminu osoby. W literaturze filozoficznej jednostka ludzka jest bytem świadomym, podmiotem własnych działań intelektualnych³. Można zatem stwierdzić że będzie to każda osoba, zarówno chora, jak i zdrowa i tak często potocznie jest ona jednoznacznie określana jako typowy pacjent. Mimo wszystko pojęcie osoby chorej a pacjenta należy rozdzielić. Otóż Mała encyklopedia medycyny podaje,

¹ J. Dubisz, *Słownik Języka Polskiego*, t. 4, Warszawa 2003, s. 455.

² A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Łódź 2015, s. 33.

³ M. Nowacka, *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Probl Hig Epidemiol” 2008, 89(3), s. 326.

że osoba chora to taka, której organizm nie funkcjonuje prawidłowo⁴. Pacjent z kolei to osoba, która korzysta z systemu opieki zdrowotnej, poprzez nawiązywanie relacji z osobami profesjonalnie zajmującymi się leczeniem, czyli z lekarzami⁵.

Można zatem dojść do wniosku, iż potoczne rozumienie słowa pacjent kojarzy się z osobami, które kontaktują się z lekarzem, korzystają z jego pomocy, jednak nie zawsze są to osoby chore. Pomoc ta może koncentrować się na konsultacjach czy zasięgnięciu opinii. Przykładem może być również rodząca w szpitalu kobieta, która jest pacjentką, ale niewątpliwie nie jest osobą chorą bowiem połóg i ciąży nie można kojarzyć z chorobą⁶.

Światowa Organizacja Zdrowia formułuje pojęcie pacjenta w taki sposób, iż jest to osoba, która posiada prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy jest chora czy zdrowa⁷.

Inne rozumienie pacjenta koncentruje się na ujęciu socjologicznym. Z pojęcia chory wywodzi się pacjent, a socjologia koncentruje się na rolach, jakie oni pełnią. Rola pacjenta rozpoczyna się w momencie nawiązywania relacji z przedstawicielami zawodów medycznych (niekoniecznie lekarzem) i kończy, gdy problem, z którym pacjent przychodzi do profesjonalisty, zostaje rozwiązany⁸ lub czasowo zawieszony. Czasami rola pacjenta stanowi jedną z życiowych ról danego człowieka⁹, gdy człowiek musi być pod stałą opieką lekarza w przypadku chorób przewlekłych, czy zastosowania różnych terapii lekowych itp.

Można zatem wskazać że rola pacjenta to ukształtowany i unormowany zespół określonych praw i obowiązków, a zarazem oczekiwań wobec jednostki korzystającej z systemu opieki zdrowotnej, wchodzącej w interakcje w personelem medycznym¹⁰. Rola pełniona przez pacjenta jest w pewnym sensie wypadkową stanu, w jakim on się

⁴ *Mała encyklopedia medycyny PWN*, red. P. Kostrzewski, J. Ziółkowski, Warszawa 1999, s. 126-127.

⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., nr. 52, poz. 417 ze zm.).

⁶ A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności...*, op. cit., s. 33.

⁷ A Declaration on the Promotion Rights of Patients in Europe, European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam, 28-30 March 1994, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf?ua=1 [data wejścia 09.05.2018].

⁸ Chodzi o sytuacje, kiedy pacjent powraca do zdrowia.

⁹ I. Taranowicz, *Rola społeczna chorego*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002, s. 79.

¹⁰ *Ibidem*, s. 81.

znajduje. Cierpienie na pewnego rodzaju schorzenia czy choroby powodują, że pacjent staje się często osobą nieaktywną. Ponadto pacjenci cierpiący na tą samą jednostkę chorobową mogą zachowywać się zupełnie inaczej, a ich postępowanie determinowane jest postępowaniem choroby.

Pacjenta można również postrzegać na kanwie kontaktu z instytucją medyczną. Inaczej pacjenci są traktowani w przypadku, kiedy korzystają z publicznych świadczeń, a zupełnie odmiennie kiedy samodzielnie opłacają usługi medyczne¹¹. Wydaje się, że te uwarunkowania determinują nieskończoną ilość scenariuszy przez pryzmat, których może być postrzegany pacjent¹². Pacjent zatem w ujęciu socjologicznym to osoba zgłaszająca się do instytucji medycznej, która chce zadbać o swoje zdrowie lub samopoczucie, jest w stanie prawidłowo komunikować się z lekarzem, i tym samym odgrywa swoją rolę¹³.

Jak można zaznaczyć wejście w rolę pacjenta może i często wynika z pobudek profilaktycznych, czasami jest spowodowana koniecznością¹⁴, pacjent wchodzi w relacje z lekarzem czy innym przedstawicielem medycyny. Układ taki nazywa się układem relacyjnym. Ponadto do pełnienia roli pacjenta przygotowuje najczęściej rodzina w wyniku socjalizacji. Pacjent wchodząc w swoją rolę uzyskuje określone przywileje, a także nakładane są na niego pewne obowiązki¹⁵. To z kolei determinuje fakt, iż prawa pacjenta nabierają coraz większego znaczenia. Zasadniczym celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie i analiza historycznego rozwoju praw pacjenta.

¹¹ Często w literaturze pojawia się pojęcie konsumenta.

¹² Zob. B. Tobiasz-Adamczyk, K. Szafraniec, J. Bajka, *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Kraków 1999, s. 9.

¹³ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 45-50.

¹⁴ Kontakt z instytucją medyczną zwykle jest związany z podejrzeniem lub wystąpieniem dysfunkcji organizmu, z reguły negatywnie wpływającej na życie człowieka tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, stąd oczekiwanie, aby powrót do prawidłowego funkcjonowania nastąpił jak najszybciej. Por. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 10-23.

¹⁵ I. Taranowicz, *Rola społeczna chorego*, op. cit., s. 80-87.

1. Prawa pacjenta w polskim ustawodawstwie

O kształtowaniu się praw pacjenta w Polsce można mówić po 1918 roku, kiedy to próbowano tworzyć struktury ochrony zdrowia w oparciu o zdecentralizowane instytucje w poszczególnych regionach kraju, często mając do dyspozycji uregulowania prawne uchwalone przez zaborców¹⁶. Aktem prawnym, który określał podstawowe kwestie związane z ubezpieczeniami i wypadkach, był Dekret z 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby¹⁷. Na jego podstawie w 1920 r. powołano do życia kasy chorych jako organizatora ochrony zdrowia, po jednej w każdym powiecie. W miastach, mających ponad 50 tysięcy ludności, utworzono miejskie kasy chorych¹⁸. Kasy chorych okazały się jednak nieskutecznym rozwiązaniem i w 1933 r. formalnie zostały zlikwidowane ustawą o ubezpieczeniu społecznym.

Ustawę tę określono jako scaleniową, w której wskazano, że kasy chorych po nadaniu im statutów przez Ministra Opieki Społecznej przekształcają się w ubezpieczalnie społeczne, które przejmują ich prawa i obowiązki¹⁹. Uzupełniającym rozwiązaniem systemowym miała być ustawa o publicznej służbie zdrowia z dnia 15 czerwca 1939 r., która nie doczekała się realizacji z powodu wybuchu II wojny światowej. Poszczególne rozwiązania zawarte w ustawie z 1939 r. w pierwszych latach powojennej rzeczywistości posłużyły do tworzenia systemowych rozwiązań służby zdrowia. Jednak nie stały się podstawą do budowania scentralizowanej służby zdrowia.

Wynikało to z wielosektorowości systemu ochrony zdrowia, jaki funkcjonował w II Rzeczypospolitej, który opierał się na administracji ogólnej, samorządzie terytorialnym i gospodarczym, instytucji ubezpieczeń społecznych oraz innych organizacji publicznych i społecznych.

¹⁶ L. Kubicki, *Prawo medyczne – próba ustalenia zakresu*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 19-20.

¹⁷ Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, podpisany przez Naczelnika Państwa J. Piłsudskiego, Dziennik Praw Państwa Polskiego, nr 9, poz. 122.

¹⁸ Art 1 Dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, op. cit.

¹⁹ Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. RP z 1933 r., nr 51, poz. 396).

Okres międzywojenny charakteryzuje się praktyką niezależnego działania poszczególnych ośrodków zajmujących się sprawami zdrowia, z których każdy prowadził własną politykę zdrowotną. Problemy wynikały przede wszystkim z braku porozumienia w kwestii odpowiednich rozwiązań systemowych, które stanowiłoby pomost między władzami centralnymi, a instytucjami terenowymi. Nie doceniano także potrzeby koordynacji działań między poszczególnymi podmiotami odpowiadającymi za dostęp do pomocy medycznej. Przyczyniał się do takiej sytuacji również brak uregulowań prawnych, które pozwalałyby na egzekwowanie przyjętych rozwiązań²⁰.

Pacjentom w tym okresie przysługiwały pewne choć o stosunkowo ograniczonym zakresie prawa. Ochrona jego osobistych interesów ograniczała się do nałożenia na lekarza obowiązku zachowania w tajemnicy wszystkiego, czego dowiedział się w związku z udzielaniem świadczenia medycznego. Lekarz mógł jednak nie dochować tajemnicy w przypadku kiedy wystąpiły okoliczności, w których musiał on donieść władzom publicznym za zgodą pacjenta lub jego opiekuna o zachorowaniu pacjenta na określoną chorobę, gdy mogło to zagrozić interesowi publicznemu. Również w przypadku kiedy lekarz występował w charakterze biegłego i badania zostały zlecone przez odpowiednie władze, mógł zrezygnować z zachowania tajemnicy lekarskiej.

Rozporządzeniem Prezydenta RP o Zakładach leczniczych wprowadzono zapis uzyskania przez lekarza zgody od pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego²¹ początkowo w publicznych, a później również w prywatnych praktykach lekarskich²². D. Karkowska podaje, że w tym okresie pacjent, który ukończył 21. rok życia, miał prawo do wyrażania zgody lub odmowy na zabieg operacyjny.

W przypadku kiedy nie osiągnął tego wieku, zgodę lub sprzeciw wyrażał jego opiekun prawny. W sytuacjach zagrażających życiu, od pozyskania zgody odstępowano²³. Leczenie szpitalne nie wymagało zgody chorego, a w przypadku kiedy

²⁰ Por. R. Grabowski, *Ochrona życia w polskich przepisach konstytucyjnych w latach 1921-1939*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2008, nr 77, s. 87-90.

²¹ Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych (Dz.U. z 1928 r., nr 38, poz. 382 ze zm.).

²² Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 25 września 1932 roku o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz.U. z 1932 r., nr 81, poz. 712 ze zm.).

²³ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 148.

chorował na chorobę zakaźną pacjent mógł bez jego zgody zostać umieszczony w szpitalu. W obszarze ówczesnych praw, które można przypisać pacjentowi, nałożono na szpitale obowiązek prowadzenia dokumentacji lekarskiej i zachowania ich w poufności²⁴.

W okresie II Rzeczypospolitej uregulowano sprawy związane z transplantacjami²⁵, co stało się przyczynkiem do podjęcia tego problemu po 1989 roku²⁶. W okresie tym wprowadzono regulacje uprawniające kobiety do przeprowadzenia zabiegów aborcyjnych: gdy ciąża powstała w wyniku przestępstwa, lub gdy zagrażała życiu kobiety²⁷. Chory posiadał prawo wyboru lekarza²⁸. Chory mógł w nagłych przypadkach korzystać z pomocy medycznej poza systemem ubezpieczeń, gdy zachorował nagle i zagrażało to jego zdrowiu i życiu. W takim przypadku mógł domagać się zwrotu poniesionych kosztów na leczenie²⁹.

Okres II Rzeczypospolitej charakteryzuje się pierwszymi regulacjami dotyczącymi praw pacjentów, w szczególności usankcjonowano odpowiedzialność lekarza za wykonywanie zabiegu medycznego, jednak jego egzekucja była bardzo trudna. Mimo pozytywnego aspektu dotyczącego wprowadzenia tej regulacji, to negatywnie należy ocenić jego stosowanie bądź dochodzenie roszczeń przez pacjentów³⁰. Ustawodawca próbował także uregulować obowiązek informowania pacjenta, jednak był on na tyle fragmentaryczny, że w zasadzie lekarze nie przestrzegali go³¹. Przepisy, które wprowadzono w II RP w odniesieniu do pacjentów, były fragmentaryczne, i zarazem dość wybiórcze, co determinuje tezę, iż ich ocena jest raczej negatywna. Pozytywnym aspektem jest jednak to, że władze podjęły próby regulacji kwestii związanych z udzielaniem świadczeń medycznych, a tym samym wybranych aspektów praw pacjenta³².

²⁴ Szpitale były zobowiązane z kolei do wydawania poufnych i bezpłatnych odpisów dotyczących osoby chorego na rzecz uprawnionych do tego władz.

²⁵ Por. A. Balicki, *Transplantacje. Polska na tle Europy – aspekty prawne*, „Rubikon” 1998, nr 1.

²⁶ R. Grabowski, *Ochrona życia...*, op. cit., s. 87-90.

²⁷ Wymagało to jednak wydania odpowiedniego zaświadczenia dwóch lekarzy. Por. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s.149.

²⁸ Było ono ograniczone w przypadku kiedy inny lekarz rozpoczął proces leczenia.

²⁹ A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności...*, op. cit., s. 46.

³⁰ Ibidem.

³¹ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, op. cit., s. 152.

³² A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności...*, op. cit., s. 47.

Efektom zakończenia działań wojennych było totalne wyniszczenie miast i wsi, a także ludności³³. Sytuacja zdrowotna ludzi była dramatyczna, co z kolei implikowało do organizacji służby zdrowia, a ziemiach polskich. Było to jedno z najpilniejszych i zarazem najtrudniejszych zadań skierowanym do ówczesnego rządu³⁴. Rozwój nauk medycznych, a także sytuacja polityczna po II wojnie światowej, determinował przeorganizowaniem systemu ochrony zdrowia³⁵.

Organizacja nowego, jak na ówczesne czasy, systemu ochrony zdrowia miała koncentrować się na stworzeniu sieci społecznych instytucji profilaktyczno-leczniczych³⁶. Powszechną i państwową opiekę zdrowotną zapowiadały liczne dokumenty o charakterze politycznym.

W deklaracji Polskiej Partii Robotniczej zakładano, że państwo po zakończeniu II wojny światowej zmierzać będzie do zapewniania całemu społeczeństwu bezpłatnego leczenia, podjąć wysiłki z walką z powszechnymi wtedy chorobami zakaźnymi, a także rozwinie opiekę na kobietami w ciąży oraz podjąć sprawy związane z bezpieczeństwem sanitarnym. Również nacisk położy na prowadzenia wszelkich akcji uświadamiających społeczeństwo o konsekwencjach niektórych chorób³⁷.

Powstały Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego przewidywał odbudowę instytucji ubezpieczeń społecznych na ziemiach polskich³⁸, postulował uruchomienie szpitali, publicznej służby zdrowia, szkolenie kadr medycznych. PKWN zorganizował od podstaw leczenie otwarte i zamknięte, a także rozszerzył dostęp do bezpłatnej służby zdrowia dla wszystkich obywateli³⁹.

Wizja systemu ochrony zdrowia w okresie po zakończeniu II wojny światowej aż po 1989 rok została oparta na rozwiązaniach Związku Radzieckiego i opierała się

³³ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 7.

³⁴ E. P. Wąsiewicz, *Zdrowie Publiczne i Medycyna Społeczna*, Skrypt dla studentów, Poznań 2000, s. 23-25.

³⁵ J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 8.

³⁶ J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, *Organizacja Ochrony Zdrowia*, Warszawa 1972, s. 118.

³⁷ Ponadto zakładano budowę nowych zakładów opieki zdrowotnej. Por. J. Leowski, *Polityka Zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 162.

³⁸ Były to ubezpieczenia na wypadek choroby, inwalidztwa, bezrobocia i ubezpieczenia na starość.

³⁹ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia...*, op. cit., s. 25.

na trzech fundamentalnych zasadach: powszechnej i dostępnej dla ogółu ludności służby zdrowia, jednolitego kierownictwa zakładami opieki zdrowotnej, sprawowanego przez resort zdrowia oraz udziału społeczeństwa w rozwoju opieki zdrowotnej⁴⁰. Pierwszym aktem prawnym regulującym system ochrony zdrowia w tym okresie była ustawa z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad lecznictwem. Określała ona podstawowe zasady pełnienia nadzoru przez Ministra Zdrowia nad lecznictwem⁴¹.

Następnie uchwalono ustawy: o zdrowiu i planowanej gospodarce w służbie zdrowia⁴² oraz zawodzie lekarza⁴³. W przepisach tych uregulowano obowiązek lekarza do udzielenia pomocy każdemu w sytuacji niecierpiącej zwłoki⁴⁴. Ponadto na lekarza nałożono obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkiego, czego dowiedział się w związku z poradą lekarską⁴⁵. Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy przysługiwało w ściśle enumeratywnie wymienionych przypadkach⁴⁶. Lekarz mógł dokonać zabiegu operacyjnego, a pacjent musiał wyrazić na niego zgodę⁴⁷. Problematyka praw pacjenta została zatem, podobnie jak w okresie przedwojennym, uregulowana w sposób elementarny, co z kolei skutkowało wdrożeniem w życie tzw. zgody blankietowej, w której nie określano, jakie będą dokonane czynności medyczne wobec pacjenta. Relacje lekarza z pacjentem charakteryzowało się paternalizmem, co powodowało, że dopiero kiedy lekarz popełnił przestępstwo bądź pacjent poniósł szkodę niemajątkową, ingerować zaczynało państwo i jego aparat. Działanie takie, jak pisze D. Karkowska, w żaden sposób nie chroniły pacjenta, a jedynie prowadziły do rozwiązywania tzw. sytuacji konfliktowych, co jednak w żaden sposób nie przyczyniało się do poprawy standardu w zakresie ochrony praw pacjenta⁴⁸.

⁴⁰ M. Woch, *Instytucje kształtujące system opieki zdrowotnej w Polsce. Analiza prawnoporównawcza lat 1918-2004*, Warszawa 2012, s. 57-58.

⁴¹ Ibidem, s. 60.

⁴² Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. z 1948 r., nr 55, poz. 434).

⁴³ Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1950 r., nr 50, poz. 458).

⁴⁴ Art. 12, ibidem.

⁴⁵ Art. 14 ust. 1, ibidem.

⁴⁶ Por. art. 14 ust. 2, ibidem.

⁴⁷ Odstępowano od tej przesłanki kiedy osoba jest małoletnia, chora umyślowo, niedorozwinięta, nieprzytomna lub nie można z nią nawiązać kontaktu werbalnego.

⁴⁸ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.

Od początków powstania państwa socjalistycznego podjęto szeroko zakrojone prace, których celem miało być opracowanie nowoczesnego prawa służby zdrowia i jej odpowiedniej organizacji⁴⁹. Zmiany władzy motywowały tym, że w Polsce od 1939 roku istniały nieliczne podmioty lecznicze podporządkowane instytucjom i organizacjom pozarządowym, społecznym czy kościelnym, jednak podejmowane kolejno inicjatywy ustawodawcze nie spełniały tego zamyśłu. Wydaje się, że ówczesne państwo nie posiadało jednolitej, wypracowanej koncepcji pomocy medycznej oraz struktury instytucjonalnej, w której mógłby on działać. Zaczęły pojawiać się społeczne opinie, że władze wyzbyły się troski o zdrowie obywateli uważane dotąd za wartość najcenniejszą⁵⁰.

Zakłady opieki zdrowotnej zostały w całości upaństwowione, państwo przejęło monopol na tworzenie, prowadzenie i ich likwidowanie, tym samym dokonano likwidacji lecznictwa charytatywnego i zwalniano pracujących w szpitalach księży oraz siostry zakonne⁵¹. Podmioty lecznicze poddane zostały planowaniu budżetowemu, zlikwidowano prywatne praktyki, tym samym utraciły one autonomię. To rozwiązanie w efekcie doprowadziło w kolejnych latach do kryzysu⁵², który zaczął być odczuwany przez zakłady uspołecznionej służby zdrowia w kolejnych latach jej działania. Przyjęto rozwiązanie, że państwo zakłada i utrzymuje zakłady lecznicze o charakterze specjalistycznym, obsługujące obszar co najmniej jednego województwa, a w szczególności instytuty przeciwrakowe, sanatoria dla chorych na gruźlicę, szpitale psychiatryczne, sanatoria dla nerwowo chorych, szpitale wojewódzkie, kliniczne oraz inne zakłady lecznicze⁵³. Na powiaty nałożono obowiązki zakładania i utrzymywania okręgowych ośrodków zdrowia, powiatowych ośrodków zdrowia oraz szpitali powiatowych⁵⁴. Naczelne kierownictwo i zwierzchni nadzór nad służbą zdrowia sprawował Minister Zdrowia, który włączał do projektu budżetu swój plan finansowy⁵⁵.

⁴⁹ H. Matuszewski, S. Poździejch, *Medycyna społeczna organizacja ochrony zdrowia*, Kraków 1978, s. 199.

⁵⁰ J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s. 192-193.

⁵¹ A. Wołoszyn-Cichočka, *Ochrona praw pacjenta. studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 59.

⁵² *Zdrowie Publiczne: wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, Kraków 2001, s. 313.

⁵³ Art. 3 Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U.1948.55.434 z dnia 1948.11.29).

⁵⁴ Art. 6, ibidem.

⁵⁵ A. Wołoszyn-Cichočka, *Ochrona praw pacjenta...*, op. cit., s. 63.

Minister Zdrowia ustalał w porozumieniu z innymi ministrami plan rozmieszczenia zakładów społecznych służby zdrowia. Z kolei społeczne zakłady zdrowia opierały swoją działalność na zasadach łączenia lecznictwa z akcją zapobiegania chorobom, współpracy i wzajemnego uzupełnianie się zakładów pomocy otwartej i zamkniętej, terenowej współpracy i uzupełniania się działalności zakładów, udziału zakładów o bardzo zróżnicowanej specjalizacji w fachowym nadzorze nad innymi zakładami leczniczymi⁵⁶. Ustawa z 1948 roku miała przełomowe znaczenie, bowiem skonkretyzowała kierunek rozwoju socjalistycznej służby zdrowia⁵⁷. Po wejściu w życie ustawy o dnia 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, rady narodowe przejęły większość spraw z zakresu systemu opieki zdrowotnej na podległych im terenach⁵⁸. Wyjątkiem były sprawy zastrzeżone do kompetencji ministra zdrowia⁵⁹.

Zmiany stanowiły asumpt do realizacji podstawowej zasady ustroju socjalistycznego, a mianowicie bezpośredniego udziału i wpływu społeczeństwa na rozwój ochrony zdrowia w kraju. Było to możliwe dzięki powołaniu przy radach narodowych społecznych komisji zdrowia, które nie tylko kierowały agendami państwowymi służby zdrowia, ale także mogły ją kontrolować⁶⁰. Kolejnym aktem prawnym na drodze do budowania jednolitej organizacji służby zdrowia była ustawa z 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego⁶¹.

Ukonstytuowała on Zakład Lecznictwa Pracowniczego, który przejął obowiązki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, mający zajmować się sprawami pracowniczymi (chodziło o ubezpieczenia pracownicze)⁶². Centralistyczne metody zarządzania osłabiły wpływ rad narodowych na działalność terenowych organów administracji. Służba zdrowia była pionowo podporządkowana administracyjnie i współdziałała z radami narodowymi.

⁵⁶ Art. 16 Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby ..., op. cit.

⁵⁷ J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne*..., op. cit., s. 199.

⁵⁸ H. Izdebski, *Historia administracji*, Warszawa 1984, s. 204.

⁵⁹ Chodziło o sprawy zastrzeżone na terenie portów i przystani morskich do kompetencji Morskiego Urzędu Zdrowia i portowych urzędów zdrowia.

⁶⁰ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia*..., op. cit., s. 10-15.

⁶¹ Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. z 1950 r., nr 36, poz. 334).

⁶² Władzę na ZLP sprawował Minister Zdrowia.

Reasumując, przemiany społeczno-ekonomiczne końca lat 40. i początku 50. XX wieku doprowadziły do przebudowy struktur i instytucji w sferze ochrony zdrowia. Przekształcenia wynikały z treści ideologicznych, a ochrona zdrowia przyjęła państwowy model wzorowany na przykładzie radzieckim⁶³. Początek lat 50. XX wieku to proces całkowitej centralizacji ochrony zdrowia.

Od tego momentu państwo przejęło rolę i zadania kierownika i organizatora służby zdrowia w Polsce⁶⁴. Funkcjonował pogląd, że ochrona zdrowia nie jest tylko sprawą obywatela, ale ogólnonarodową i ma służyć całemu społeczeństwu. Centralizacja opieki zdrowotnej przyniosła również zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej. Jego założenia oparto na koncepcji narodowej służby zdrowia, a zakłady opieki zdrowotnej zaczęły być finansowane z budżetu centralnego⁶⁵. Jeśli chodzi o prawa pacjenta, to sporną kwestią był problem przymusowego leczenia pacjentów chorych na gruźlicę, który nie został zaaprobowany przez środowisko medyków⁶⁶. Powolne zmiany prawne, a także wprowadzenie w życie Konstytucji RPL, spowodowały, że zapisano, iż obywatele PRL niezależnie od rasy, wyznania, mają równe prawa we wszystkich dziedzinach życia⁶⁷. W 1956 roku wprowadzono ustawę o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych⁶⁸, a w 1964 kodeks cywilny, w którym uregulowano zasady odpowiedzialności za szkody medyczne⁶⁹, choć jak pokazała pragmatyka, zakres zastosowania art. 417-419 k.c. był sporadyczny do egzekucji odpowiedzialności za wyrządzone szkody medyczne⁷⁰. A. Łaska-Formejster wskazuje, że w 1976 roku obywatelom zaczęto gwarantować wolność sumienia, wyznania, nietykalność i bezpieczeństwo osobiste. Zapis ten

⁶³ J. Kaja, *Kierunki i etapy rozwoju polityki zdrowotnej Polski Ludowej*, „Studia nauk politycznych” 1976, nr 1, s. 41.

⁶⁴ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia...*, op. cit., s. 21-24.

⁶⁵ J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne...*, op. cit., s. 200-210.

⁶⁶ A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności...*, op. cit., s. 48.

⁶⁷ Art 69 Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 roku (Dz. U. z 1952 r., nr 33, poz. 232).

⁶⁸ J. Kosik, *Zasady odpowiedzialności państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów*, Wrocław 1961, s. 26 i nast.

⁶⁹ S. Garlicki, *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Warszawa 1971, s. 158-159.

⁷⁰ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2014 r., II CSK 364/12*, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014, s. 76.

był punktem wyjścia do budowania podstaw praw pacjenta⁷¹. Uzupełnieniem było szerokie orzecznictwo Sądu Najwyższego, który w kolejnych orzeczeniach odnosił się do nietykalności cielesnej w kontekście zabiegu medycznego, pouczenia pacjenta o skutkach leczenia, pobrania wycinków skóry bez zgody pacjenta, czy odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę. Również środowisko lekarskie poczyniło pewne prace i doprowadziło do uchwalenia Zbioru Zasad Etyczno-Deontologicznych, którego postanowienia odwoływały się do podstawowych praw pacjenta⁷², podobnie w niektórych zakładach opieki zdrowotnej powstawały regulaminy, w których starano się usankcjonować podstawowe uprawnienia pacjentów. Mimo tych wysiłków, przepisy owe były rozrzucone, fragmentaryczne, a na dodatek nie posiadały podstawy ustawowej. D. Karkowska podaje, że stan taki był kompromitacją i dodatkowo wymienia brak regulacji dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi, przesłanek stosowania wobec nich przymusu, sądowej kontroli decyzji lekarskich pozbawiających pacjentów wolności⁷³.

W latach 80. XX wieku doszło do kolejnych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, poprzez rozszerzenie katalogu zakładów służby zdrowia, o żłóbki, domy dla małych dzieci, ośrodki zdrowia i przychodnie⁷⁴.

Po II wojnie światowej uznano, iż system służby zdrowia jako całość będzie działał skuteczniej niż rozwiązania przyjęte w okresie międzywojennym. Został zerwany podział spraw zdrowia na obszar publiczny i prywatny. Cel, jaki przyświecał przyjmowanym rozwiązaniom, był jeden – objęcie wszystkich obywateli ubezpieczeniem i zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, które miało się materializować poprzez równy bezpłatny dostęp do poszczególnych wyspecjalizowanych lekarzy pracujących w strukturach służby zdrowia⁷⁵.

Należy jednoznacznie zauważyć, że w porównaniu z okresem międzywojennym w którym dostęp do lekarza mieli nieliczni, w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, z pomocy medycznej mogła korzystać bezpłatnie większość osób. Jeśli

⁷¹ A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności...*, op. cit., s. 49-50.

⁷² W szczególności przyznano pacjentowi prawo do informacji, konieczność uzyskania zgody na zabiegi operacyjne, zachowanie przez lekarza najwyższej staranności i postawy etycznej.

⁷³ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit.

⁷⁴ Chodziło o przychodnie rejonowe, przemysłowe, studenckie, specjalistyczne, stacje pogotowia ratunkowego i szpitale obwodowe, rejonowe wojewódzkie.

⁷⁵ Ibidem.

jednak chodzi o dochodzenie praw pacjenta, to okres po drugiej wojnie światowej charakteryzuje się koncepcją służby zdrowia jako strony zobowiązanej. To z kolei prowadziło do konstatacji, że na pierwszym miejscu jawiła się ludność i świadczenia, z kolei na następnych dopiero pacjent i jego prawa.

Zupełnie zaburzona była sfera kontaktów i relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Pracownicy służby zdrowia reprezentowali państwo a zatem pacjent był skazany na walkę z państwem, co niejako nabierało charakteru czysto politycznego. Kłopotliwą sytuację dodatkowo wzmacniał fakt braku odpowiednich podmiotów wyłonionych i odpowiedzialnych za prawa pacjenta. Monopol państwa na usługi medyczne powodował, że pacjent w sporze z pracownikami służby zdrowia stał na słabszej pozycji, bowiem w żaden sposób nie był wspierany w dochodzeniu swoich praw. W ramach systemu ochrony zdrowia nie wszyscy byli równo traktowani. W szczególności sposób traktowano klasę robotniczą oraz rolników.

Państwo w tamtym okresie uruchamiało swoje instytucje tylko w przypadku, kiedy w trakcie leczenia doszło do popełnienia przestępstwa lub pacjent poniósł szkodę niemajątkową, co wpłynęło na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. W tym jednak przypadku to także pacjent musiał udowodnić pracownikowi służby zdrowia popełnienie czynu zabronionego lub naruszenie dóbr osobistych na gruncie cywilnoprawnym. Podobnie, jeśli chodzi o odpowiedzialność zawodową lekarzy, jej egzekucja była trudna przez pacjenta⁷⁶.

Do poprawy tego stanu nie przyczyniały się powołane w PRL komisje kontroli zawodowej. Ich postępowania dotyczyły raczej drobnych spraw, wykroczeń zawodowych, wszczynane były na wniosek rzecznika służby zdrowia, a pacjent nie był stroną postępowania.

Efektom takiego stanu rzeczy była podjęta w końcu lat 80. XX wieku dyskusja na wprowadzeniu odpowiedzialności pracowników służby zdrowia za szkody wyrządzone przy leczeniu pacjentów⁷⁷. Zanim jednak miała ona wejść

⁷⁶ Państwo dostarczało obywatelom świadczeń medycznych, w związku z tym pacjent nie zawierał bezpośrednio umowy z zakładem służby zdrowia lub lekarzem. Pracodawcą pracowników służby zdrowia był Skarb Państwa, co powodowało, że bezpośredni sprawca szkody był objęty odpowiedzialnością wynikającą z kodeksu pracy.

⁷⁷ M. Nesterowicz, *O gwarancyjną odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przy leczeniu*, [w:] *Studia z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa dla uczczenia pracy naukowej Prof. dr hab. Adama Szpunara*, Warszawa–Łódź 1983, s. 156 i nast.

w postaci projektu ustawy, w Polsce zaczęły zachodzić szerokie przemiany społeczno-polityczne⁷⁸.

Analiza okresu od zakończenia II wojny światowej do transformacji ustrojowej skłania do wniosku, iż dochodzenie praw przez potencjalnych pacjentów było znacznie utrudnione, a w skrajnych przypadkach nawet niemożliwe. Po pierwsze, nie było do tego celu odpowiednich uregulowań prawnych, z kolei te, które funkcjonowały (kodeks cywilny), nie były skuteczne. Po drugie, pacjent w zderzeniu z pracownikiem służby zdrowia tak naprawdę wszczywał spór z państwem, które było dostawcą usług medycznych.

Pacjent był zatem w sytuacji wyjątkowo niekorzystnej. Fakt ten dodatkowo wzmocniony był przez postrzeganie lekarza, rejonizację, kłopoty z dostępem do świadczeń, które to powodowały, że pacjenci stali przed pewnego rodzaju barierą psychologiczną przy formułowaniu skarg na pracowników służby zdrowia. Uzupełnieniem tej niekorzystnej sytuacji był niski poziom wiedzy medycznej społeczeństwa, co powodowało uzależnienie pacjenta od służby zdrowia i lekarza⁷⁹.

Reasumując, model opieki zdrowotnej realizowany w latach 1946-1989 cechował się podporządkowaniem zasadom wynikającym z przyjętego ówczesnie ustroju politycznego. Ochrona zdrowia w socjalistycznej Polsce była wzorowana na rozwiązaniach radzieckich. Model stanowił zaprzeczenie idei systemu ochrony zdrowia realizowanego w Polsce w okresie międzywojennym. Model ochrony zdrowia wdrażany w okresie socjalizmu w założeniu miał gwarantować dostęp do lekarza, bezpłatność służby zdrowia i jej upaństwowienie⁸⁰.

Prawa pacjenta pozostały fikcją, bowiem obywatele mieli utrudniony dostęp do lekarzy, tym mocniej to nabrzmiewało w przypadku lekarzy specjalistów, opóźnienie w rozwoju nowoczesnych technologii w tym brak projektów badawczo-rozwojowych. Wszystko to cofało system ochrony zdrowia od potencjalnego obywatela, a także marginalizowało znaczenie polskiej medycyny na arenie międzynarodowej. Podstawowymi problemami wskazywanymi przez obserwatorów sceny politycznej i ekspertów odnośnie systemu ochrony zdrowia były: długi czas

⁷⁸ A. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Warszawa 2003, s. 11-12.

⁷⁹ A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności...*, op. cit., s. 51-52.

⁸⁰ J. Indulski, T. Gdulewicz, *Problem reorientacji w pracach nad reformą służby zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1988, nr 5.

oczekiwania na konsultacje, badania, biurokratyzacja. Ponadto w zakładach opieki zdrowotnej nie prowadzono ewidencji kosztów usług medycznych, system był scentralizowany, co powodowało, że był nieefektywny, pacjentów traktowano przedmiotowo⁸¹.

W PRL brakowało jednolitej regulacji prawnej poświęconej ogólnym, podstawowym prawom pacjenta. Niektóre uprawnienia można znaleźć w ustawie o zawodzie lekarza. Z kolei obok praw należy zwrócić na obowiązki pacjentów, które służyły ochronie zdrowia. Zaliczyć do nich należy przymusową hospitalizację, obowiązkowe szczepienia ochronne, konieczność poddania się badaniom okresowym. Polska Rzeczpospolita ludowa to okres, w którym dominowały dwa nurty: polityczny i realne. Sfera polityczna polegała na gloryfikowaniu społecznej służby zdrowia i wynikających z tego pozytywnych aspektów, z kolei sfera realna pasmo ciągnących się problemów natury organizacyjnej, finansowej i prawnej. Czas transformacji ustrojowej to okres pomiędzy latami 1989-1997. W okresie tym w wyniku obrad okrągłego stołu, ukonstytuowaniu się nowego rządu, powołaniem do życia nowych instytucji uznano, że regulacje wprowadzone w poprzednim ustroju były nie do zaakceptowania. Uznano, że służba zdrowia powinna być poddana procesom szerokiej decentralizacji: organizacyjnej, finansowej i prawnej.

W 1991 roku uchwalono jeden bardzo ważny akt prawny dotyczący zakładów opieki zdrowotnej⁸². Ustawa stwarzała formalno-prawne podstawy organizowania, funkcjonowania i finansowania obszaru ochrony zdrowia. Ustawodawca zdefiniował pojęcie zakładu opieki zdrowotnej, twierdząc, że jest to organizacyjnie wyodrębnione gremium osób i środków majątkowych, utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych⁸³. Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ) mógł być także utrzymywany w celu:

- prowadzenia na szeroką skalę badań naukowych, realizowania zakrojonych prac badawczo-rozwojowych, w powiązaniu ze świadczeniem świadczeń zdrowotnych,

⁸¹ A. Czubiński, *Spory o Polskę Ludową 1944 – 1989*, Poznań 1989, s. 88.

⁸² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r., nr 91, poz. 408).

⁸³ W grę wchodziła również promocja zdrowia.

- realizacji zadań dydaktycznych i badawczych⁸⁴, w powiązaniu ze świadczeniem świadczeń zdrowotnych⁸⁵.

ZOZ, w myśl ustawy, były: szpitale, zakłady pielęgnacyjne, sanatoria, hospicja, ośrodki zdrowia, ambulatoria, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratoria diagnostyczne, pracownie protetyki, zakłady rehabilitacji leczniczej, ambulatoria jednostek zapewniających porządek i bezpieczeństwo publiczne, stacje sanitarno-epidemiologiczne⁸⁶, wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej, jednostka publicznej służby krwi⁸⁷.

Kwestie, które w odniesieniu nie zostały uregulowane ustawowo w kontekście ZOZ, mogły zostać usankcjonowane w statucie zakładu opieki zdrowotnej. Ustawodawca zdefiniował publiczny zakład opieki zdrowotnej, który mógł uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, darowizn, zapisów i spadków, oraz dotacji, które w istocie miały pomóc realizacji zadań związanych z leczeniem chorych. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) to utworzony przez organizację pozarządową, kościół, stowarzyszenie, osobę fizyczną lub prawną NZOZ.

Zadaniem ZOZ zarówno publicznych, jak i niepublicznych było udzielanie świadczeń zdrowotnych⁸⁸. Świadczeniem zdrowotnym jest czynność, która wykonywana jest profesjonalnie⁸⁹ i polega na zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu

⁸⁴ Art 2 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, op. cit.

⁸⁵ Dodatkowo uregulowano sytuację, że na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej: zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez spółki, stowarzyszenia lub fundacje, lekarze lub lekarze stomatolodzy wykonujący zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej, pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych, inne podmioty nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

⁸⁶ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 1998 r., nr 90, poz. 575 ze zm.).

⁸⁷ Art. 2 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, op. cit.

⁸⁸ J. Nosko, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego w świetle uregulowań prawnych*, „Zdrowie Publiczne” 1999, nr 10, s. 360 i nast.

⁸⁹ M. Dercz, *Publiczni świadczeniodawcy w ochronie zdrowia, prawno-organizacyjne formy działalności – stan obecny i projektowany*, „Antidotum” 2003, nr 12.

i poprawie zdrowia, bądź jest to działanie związane z procesem leczenia⁹⁰. Można zatem przyjąć, że świadczeniem zdrowotnym jest świadczenie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia bądź innych przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych⁹¹. Świadczenie zdrowotne jest pojęciem dość szerokim, bowiem mieszczą się w nim również czynności dotyczące wystawiania przez lekarzy zwolnień lekarskich, choć w doktrynie istnieje również koncepcja mówiąca, że jest to normalna czynność wynikająca z wykonywania zawodu lekarza⁹². Świadczenia zdrowotne są udzielane przez ZOZ lub przez osoby fizyczne. Jeśli chodzi o ZOZ, są to zakłady publiczne, jak i niepubliczne, takie jak:

- ZOZ wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej
- osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, felczer⁹³, aptekarz⁹⁴)
- państwowa jednostka budżetowa, tworzona i nadzorowana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadająca w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej⁹⁵;
- podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

⁹⁰ Art. 3 pkt. 1-14 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej op. cit.; J. Nosko, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego...*, op. cit., s. 361.

⁹¹ Art 5 pkt 40 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 21350).

⁹² J. Nosko, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego...*, op. cit., s. 366

⁹³ Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2004 r., nr 53, poz. 531 ze zm.).

⁹⁴ Art. 5 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t.j. Dz.U. z 2003 r., nr 9, poz. 108 ze zm.).

⁹⁵ Art. 20 ust. 1 Ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. nr 249, poz. 2104 ze zm.).

W przypadku osób fizycznych udzielających świadczeń medycznych, ustawodawca zalicza do nich lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne i inny personel pomocniczy⁹⁶. Przepisy sankcjonują formę udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca przyjął, iż ZOZ udziela takich świadczeń bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie⁹⁷. Ponadto w przypadku ratowania życia ZOZ jest zobowiązany bez względu na jakiegokolwiek przesłanki udzielić pomocy każdej osobie⁹⁸.

Wprowadzenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wmusiło na szpitalach wprowadzenie wielu dość istotnych zmian, polegających na zmianie systemu finansowania, decentralizacji, zmian w zakresie diagnozowania, leczenia i wymogów technicznych dla sprzętu zakupionego do leczenia. Czynniki te wpłynęły na daleko idącą restrukturyzację szpitali. Większość z nich objęta planem restrukturyzacyjnym wymagała opracowania planów restrukturyzacyjnych⁹⁹. Przeprowadzenie działań restrukturyzacyjnych było wynikiem funkcjonowania szpitali w zupełnie nowej rzeczywistości – gospodarce rynkowej i konkurencji i świadczenia zdrowotne, co do tej pory nie było praktykowane. Poszczególne jednostki opracowywały plany restrukturyzacyjne, których celem było dostosowanie szpitali do warunków rynkowych. Głównym celem działań restrukturyzacyjnych było stworzenie racjonalnych warunków wydatkowania środków finansowanych na utrzymanie infrastruktury szpitalnej, kadry, i personelu pomocniczego. Wraz z planami restrukturyzacyjnymi wprowadzono szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, którzy mieli w przyszłości być lekarzami rodzinnymi¹⁰⁰. Na szczeblu rządowym przyjmowano liczne dokumenty, które miały uporządkować system ochrony zdrowia. Chciano zagwarantować w nich powszechną dostępność do

⁹⁶ Art. 4 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, op cit.

⁹⁷ Art. 6, ibidem.

⁹⁸ Art. 7, ibidem.

⁹⁹ H. Sobolewski, W. Tłuchowski, *Restrukturyzacja, prywatyzacja i wycena przedsiębiorstwa*, Poznań 2003, s. 22. Wymagało to przeprowadzenia analizy działalności szpitala, poszczególnych jego oddziałów, działów diagnostycznych czy zabiegowych, lecz wymagało też korekt pod względem struktur organizacyjnych zakładu i minimalizacji kosztów jego funkcjonowania.

¹⁰⁰ M. Murkowski, A. Koronkiewicz, Z. Cieślukowski, *Zasoby opieki zdrowotnej w Polsce w okresie 50-ciolecia 1945-1995 i perspektywa ich wykorzystania w latach 2002-2005*, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 6, s. 227.

usług medycznych, zwiększenie efektywności systemu, zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym itp.¹⁰¹

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku była pierwszym po zmianach ustrojowych w miarę kompleksowym aktem prawnym, który umożliwił tworzenie ZOZ (publicznych jak i samodzielnych), a także była pewnego rodzaju próbą urynkowania medycyny, co miało przejawiać się w odejściu od centralistycznego systemu ochrony zdrowia do systemu zdecentralizowanego. Kolejne nowelizacje ustawy, które miały miejsce w dalszych latach, niebagatelnie wpłynęły na liczne zmiany takie jak rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniobiorcy, a także wprowadzenia zarządzania menadżerskiego w systemie ochrony zdrowia.

Próby te niestety nie okazały się trafne, bowiem w przeciągu kilku następujących lat, system ochrony zdrowia okazywał się być coraz bardziej niesterowalny i niewydolny. W lipcu 1995 roku do Sejmu trafiły dwa projekty ustaw o ochronie zdrowia¹⁰². Oba zakładały zmianę budżetowego systemu finansowania na model ubezpieczeniowy. Projekty zostały jednak zarzucone na etapie prac parlamentarnych, a pracująca nad mini Sejmowa Komisja Nadzwyczajna opracowała własny projekt o ubezpieczeniach, wzorując się na dwóch projektach. W efekcie Sejm uchwalił ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która nie uwzględniała koszyka świadczeń zdrowotnych, co w wyniku nacisków lobby lekarskiego i społeczeństwa doprowadziło o fiaska ustawy z 1997 r.¹⁰³ W międzyczasie prowadzono prace nad wprowadzeniem w życie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, wprowadzono Rejestr Usług Medycznych i inne narzędzia umożliwiające monitorowanie kontraktowania świadczeń¹⁰⁴.

Początek lat 90. XX wieku to okres znaczących i radykalnych zmian w wielu sferach funkcjonowania Polski. Jeśli chodzi o przemiany i dokonane reformy w sektorze ochrony zdrowia, to należy przyjąć, iż wprowadzone zmiany dysfunkcjonalnego systemu ochrony zdrowia nie wniosły wielu innowacji. Co więcej, były one wyrazem niezadowolenia społecznego, licznych protestów zainteresowanych

¹⁰¹Ibidem, s. 228.

¹⁰²Rządowy Projekt prawa o powszechnym ubezpieczeniu (druk nr 1167 z dnia 17 lipca 1995 r.), oraz Prezydencki projekt prawa o powszechnym ubezpieczeniu (druk 1172 z dnia 12 lipca 1995 r.).

¹⁰³M. Murkowski, A. Koronkiewicz, Z. Cieślukowski, *Zasoby opieki zdrowotnej...*, op. cit., s. 229.

¹⁰⁴C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Kraków 1998, s. 121-153

grup. Problemem było finansowanie systemu ochrony zdrowia, którego brak uniemożliwił podejmowanie jakichkolwiek zdecydowanych działań.

Mimo tego stanu rzeczy pozytywnie należy ocenić wprowadzenia w 1991 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która zapoczątkowała zmiany w systemie ochrony zdrowia. Wprowadzenie rachunku kosztów, możliwość przejęcia niektórych zadań przez samorządy terytorialne, stwarzało podstawy do przeprowadzenia kolejnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Zmiana ekipy rządzącej i objęcie władzy przez koalicję Akcja Wyborcza Solidarność i Unia Wolności spowodowały realizację zapewnień wyborczych polegających na zwiększeniu nakładów na opiekę zdrowotną oraz przygotowanie kompleksowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu społecznym.

Tymczasem w sferze prawa konstytucyjnego, po 1992 r. stało się już oczywiste, że obowiązująca Konstytucja nie może być w dalszym ciągu regulatorem podstaw zmieniającego się państwa nie tylko ze względu na niedostatek cech jurydycznych tego aktu, lecz także dlatego że nowa ustawa zasadnicza powinna być oparta na przesłankach aksjologicznych wynikających z demokratyzacji systemu politycznego w Polsce, jak i innych przemian systemowych¹⁰⁵.

W toku powstawania nowych projektów ustawy zasadniczej okazywało się więc, że w nowej konstytucji niezbędne jest nie tylko normatywne uregulowanie mechanizmów sprawowania władzy państwowej, lecz także zawarcie w niej wartości, zasad i klauzul generalnych wyrażających aksjologię ustroju społeczno-politycznego i gospodarczego¹⁰⁶.

Koniecznym było także wyrażenie w postanowieniach konstytucyjnych deklaracji będących substytutem zaspokajającym niektóre oczekiwania społeczne oraz programowe postulaty zróżnicowanych pod względem ideologicznym sił politycznych, kościoła katolickiego, grup społecznych, korporacji zawodowych i innych podmiotów wywierających wpływ na treść konstytucji¹⁰⁷.

¹⁰⁵J. Zakrzewska, *Spór o konstytucję*, Warszawa 1993, s. 149-150; zob. też *Polskie prawo konstytucyjne*, red. D. Górecki, Kraków 2007, s. 16.

¹⁰⁶E. Łętowska, *Po co ludziom konstytucja*, Warszawa 1994, s. 145; zob. S. Sagan, *Prawo konstytucyjne Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2003, s. 11.

¹⁰⁷J. Jaskiernia, *Konstytucja jako efekt kompromisu politycznego*, Kraków 2006, s. 86-88.

Do pracy nad koncepcją praw pacjenta miało wpływ przywrócenie samorządu zawodowego zarówno lekarzy¹⁰⁸, jak i pielęgniarek oraz położonych¹⁰⁹, którym przyznano sprawowanie pieczy nad wykonywaniem zawodu, stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, uregulowanie zasad odpowiedzialności zawodowej¹¹⁰, utworzono samorząd aptekarski, a Izby Lekarskie opracowały Kodeks Etyki Lekarskiej, w którym znalazły się przepisy dotyczące praw pacjenta. Ostatecznie kolejnych zmian dokonano ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Weszła w życie w styczniu 1999 r., powołując kasy chorych, które opierały się na samorządności jako niezależnie funkcjonujące podmioty finansujące leczenie w poszczególnych województwach. Powołano również Krajowy Związek Kas Chorych oraz Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Koncepcja zmian z pewnymi modyfikacjami nawiązywała do zdecentralizowanej ochrony zdrowia, jaka obowiązywała w okresie międzywojennym. Zmiany nie zostały przyjęte pozytywnie ani przez pacjentów, ani przez pracowników ochrony zdrowia.

W 2003 r. powrócono do scentralizowania finansowania świadczeń, powołując do życia Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast placówki udzielające pomocy medycznej pozostały jako odrębnie funkcjonujące podmioty. Jednak ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z 2003 r. została uchylona przez Trybunał Konstytucyjny jako niezgodna z Konstytucją RP. Następnie w 2004 r. uchwalono ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o którą obecnie funkcjonuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednym z głównych kierunków przemian w ochronie zdrowia było odejście od traktowania przedmiotowego pacjenta i zagwarantowania mu odpowiednich praw. Początkowo w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej przyznano pacjentowi pięć praw: do świadczeń zdrowotnych, wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na świadczenie zdrowotne, prawo do informacji o swoim zdrowiu, prawo do poszanowania intymności i godności oraz prawo do umierania w spokoju¹¹¹. Gwarancją przestrzegania praw pacjenta miała być instytucja rady nadzorczej

¹⁰⁸Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 ze zm.).

¹⁰⁹Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U nr 41, poz. 178 ze zm.).

¹¹⁰D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit.

¹¹¹A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta...*, op. cit., s. 80.

działającej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Niestety, powołanie tej rady budziło wiele polemik i dyskusji.

Obok ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zapisy o poszczególnych prawach pacjenta pojawiły się w innych ustawach medycznych, takich jak: ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunków dopuszczalności ciąży¹¹², ochronie zdrowia psychicznego¹¹³, pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹¹⁴. W sferze regulacyjnej wprowadzono nową terminologię dotyczącą opieki zdrowotnej, usunięto nazwę służba zdrowia, co miało pozytywnie oddziaływać na świadomość społeczeństwa.

Uważano, że służba zdrowia kojarzy się z poświęceniem, co jest nie do przyjęcia w gospodarce liberalnej. Miało to swoje negatywne reperkusje przejawiające się w pozbawieniu wielu grup społecznych z możliwości korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej. Wątpliwości dotyczyły naruszenia konstytucyjnej zasady bezpłatności opieki zdrowotnej¹¹⁵, co wiązało się ze zmianami w systemie finansowania systemu ochrony zdrowia¹¹⁶. Reforma wprowadziła również Krajowy Związek Kas Chorych. Oprócz 16 kas regionalnych, powołano jedną o charakterze branżowym dla Służb Mundurowych¹¹⁷. Zmiana układu politycznego doprowadziła do likwidacji Kas Chorych i wprowadzenie finansowania systemu opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia¹¹⁸.

Ustawą z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia powołano do życia Narodowy Fundusz

¹¹²Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78).

¹¹³Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r., nr 111, poz. 535).

¹¹⁴Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411).

¹¹⁵A. Wołoszyn-Cichočka, *Ochrona praw pacjenta...*, op. cit., s. 85.

¹¹⁶S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002, s. 80; A. Koronkiewicz, W. Masłowski, *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2002, s. 42.

¹¹⁷§ 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych (Dz.U. z 1998, nr 148, poz. 969).

¹¹⁸Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Ochrona Zdrowia, Strategiczne kierunki działań MZ w latach 2002-2003, Dokument na posiedzenie Rady Ministrów, Warszawa 28 marca 2002 r. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=&ms=&ml=en&mi=&mx=7&mt=0&my=se&ma> [dostęp: 21.04.2018].

Zdrowia¹¹⁹, którego celem było zarządzanie środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawieranie umów ze świadczeniodawcami. Fundusz również zajmował się kwestią refundacji leków¹²⁰. Struktura terytorialna NFZ składała się z centrali oraz oddziałów wojewódzkich¹²¹. Na czele centrali stoi Prezes NFZ, z kolei na oddziale wojewódzkim kierował dyrektor¹²². Zadania NFZ zostały pogrupowane w sześć zasadniczych obszarach:

- zapewnienie osobom ubezpieczonym odpowiednich świadczeń zdrowotnych¹²³,
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie odpowiednich świadczeń,
- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych,
- wykonywanie odpowiednich działań zleconych,
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych¹²⁴

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ została w konsekwencji zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego na wniosek grupy posłów. Ustawie zarzucano brak skutecznej kontroli nad wydatkowaniem publicznych środków, potraktowanie składki jako daniny publicznej, co było niezgodne z ideą ubezpieczeń, kwestionowano pozycję prawną NFZ, który miał prawo ustalać maksymalne stawki świadczeń zdrowotnych bez obowiązku ustalania tzw. cen minimalnych, brak koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych¹²⁵.

¹¹⁹Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 339 ze zm.).

¹²⁰Art. 37, ibidem.

¹²¹W miejsce branżowej kasy chorych powstał w centrali NFZ departament do spraw służb mundurowych reprezentowany w poszczególnych oddziałach przez wydziały do służb mundurowych. Art. 38, ibidem.

¹²²Ibidem.

¹²³Chodziło o świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu.

¹²⁴Art. 39 ust 1 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia op. cit.

¹²⁵A. Zemke-Górecka, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010, s. 35-40.

Trybunał uznał, iż ustawodawca, tworząc instytucję publiczną w kształcie, który uniemożliwił jej rzetelne i sprawne działanie, naruszył tym samym zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹²⁶. W wyniku wyroku TK ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia straciła moc z dniem 31 grudnia 2004 roku¹²⁷.

W dniu 27 sierpnia 2004 roku ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pieniężnych znowelizowano przepisy dotyczące NFZ¹²⁸. Na kształt ustawy wpłynęło również członkostwo Polski w Unii Europejskiej. Wejście w struktury ugrupowania integracyjnego związane było z przyjęciem *acquis communautaire*, a także stosowanie prawa wspólnotowego w sposób bezpośredni. Od tej pory prawo to było nadrzędne w stosunku do ustaw zwykłych, implementowanych w polskim systemie prawnym.

Ochrona zdrowia była problemem na żywo dyskutowanym i wywołującym wiele kontrowersji. Analizując przedmiot systemu ochrony zdrowia od strony teorii prawa, należy przyjąć, że przyjęty model ochrony zdrowia powodował spór między stanowiskiem reprezentowanym przez pozytywistów a rzeczników prawa naturalnego. Uważano, że system oparty na prawie natury, bardziej koncentruje się na wartościach, które powinno się realizować, a nie na tych, które wynikają z systemu aksjologicznego.

Ostatecznie przyjęto rozwiązanie oparte na prawie pozytywnym, które określa dostęp do systemu ochrony zdrowia, co rodzi liczne spory wśród filozofów i prawników. Obok reform systemowych jednym z głównych przemian w ochronie zdrowia należały prawa przynależne pacjentom. Rozpoczęta dyskusja i prace w tym obszarze początkowo doprowadziły do wydania przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Karty Praw Pacjenta. Był to jednak akt niewiążący, stanowiący jedynie wykaz obowiązujących praw gwarantowanych przez obowiązujące wówczas ustawy. Brak całościowej regulacji praw pacjenta, znacznie utrudniał ich

¹²⁶ Trybunał Konstytucyjny uznał, iż konstrukcja prawna NFZ całkowicie nie poddaje się żadnym klasyfikacjom prawnym, Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

¹²⁷ J. Masiakowski, *Samoleczenie służby zdrowia*, „Aptekarz” 2004, Vol. 12, nr 7/8, s. 144.

¹²⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.z 2004 r., nr 210, poz. 2135).

ustalenie i w związku z tym rodził nieświadomość wśród pacjentów. W wyniku uchwalenia kolejnych aktów prawnych powoli zaczęto wypracowywać katalog praw pacjenta¹²⁹.

Na początku 2008 roku wniesiono do łaski marszałkowskiej pakiet ustaw dotyczących systemu ochrony zdrowia, w tym projekt o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta¹³⁰. Poza kompleksowym ujęciem problemu praw pacjenta, powołano do życia Rzecznika Praw Pacjenta, który stał na straży przestrzegania, przysługującym pacjentom praw¹³¹.

1 stycznia 2012 roku znowelizowano ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta. Dodano w niej regulacje dotyczące przyznawania pacjentom odszkodowań i zadośćuczynień za doznane krzywdy a także utworzono wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych¹³². Stworzenie katalogu prawa pacjenta, w jednym akcie prawnym, miało doprowadzić do ucywilizowania stosunku pacjent-placówka ochrony zdrowia, a tym samym chronić pacjentów przed nadużyciami. Ostatnie lata dodatkowo obfitowały w wprowadzenie innych aktów z zakresu prawa medycznego¹³³, co z kolei również ma wpływ na status pacjenta i jego uprawnienia¹³⁴.

Wprowadzenie i uregulowanie sytuacji prawnej pacjenta należy ocenić pozytywnie, choć nie jest ono pozbawione pewnych dylematów, w szczególności problemu ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jedną pozytywną zmianę, jaką można w tym obszarze zanotować, to zmiana przepisów, które weszły w życie 12 stycznia 2017 roku, dotyczących ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie ze zmianami osoba, której udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – mimo braku do tego uprawnień – nie zostanie

¹²⁹D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, op. cit., s. 120-135.

¹³⁰Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417).

¹³¹D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, op. cit., s. 140-150

¹³²A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta...*, op. cit., s. 96.

¹³³Chodzi o Prawo farmaceutyczne, ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych, ustawę o informacji medycznej, ustawę o działalności leczniczej.

¹³⁴Por. *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018; M. Safjan, *Instytucje Prawa medycznego. System prawa medycznego*, Warszawa 2018.

wezwana do zapłacenia za udzielone świadczenia. Ponadto uregulowano sytuację osób, które w trakcie udzielenia świadczenia spełniały przesłanki do bycia osobami ubezpieczonymi, ale nią nie były. Warunkiem jest „wsteczne” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego¹³⁵. Kolejnym aspektem, który ma wpływ na ochronę zdrowia, a tym samym prawa pacjenta, jest system finansowania sektora ochrony zdrowia¹³⁶.

Podsumowanie

Współczesny system ochrony zdrowia wymaga zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia, wprowadzenia dodatkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenia prywatne)¹³⁷, zmiany i eliminacji błędów w ustawie o działalności leczniczej. To, na ile ustawodawca poradzi sobie ze zmianami, wpłynie na poprawę świadczeń zdrowotnych, a tym samym na prawa pacjenta. Ochronę praw pacjenta można zatem wyprowadzać z ogólnych dokumentów międzynarodowych i europejskich dotyczących ochrony praw człowieka. Nie we wszystkich aktach jest ona wyrażona bezpośrednio, niekiedy rolę uzupełniającą pełni orzecznictwo czy deklaracje polityczne. To z kolei skłania do wniosku, iż system ochrony praw pacjenta, oparty na przytoczonych aktach prawnych, jest dość mało precyzyjny, niejasny, i mało skuteczny. Stąd prawo międzynarodowe stara się te kwestie pozostawiać rozwiązaniom krajowym, staje jednak, poszukując lepszych rozwiązań.

Regulacja praw pacjenta, w szczególności na styku nowoczesnej medycyny i praw człowieka, w sposób istotny wpływa na podejmowane liczne inicjatywy. W dodatku postęp biologiczny i technologiczny ciągle wymusza prace nad ulepszeniem kontekstu i relacji pacjent – lekarz, pacjent – szpital. Rozwój nowych technologii w medycynie również ma zasadniczy wpływ na koncepcję ochrony praw pacjenta.

¹³⁵ <https://www.gov.pl/zdrowie/masz-prawo-do-bezplatnych-swadczen-opieki-zdrowotnej> [dostęp: 8.05.2018].

¹³⁶ Podobnie. D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011; *Aktualne problemy prawne w psychologii i medycynie*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, A. Fiutak, Warszawa 2018.

¹³⁷ P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018; A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta...*, op. cit.

Nowości w postaci biodrukarek 3D są w stanie obecnie wyprodukować uszy, mięśnie czy tkanki kości. Obok biodrukarek innymi możliwościami uzyskania organów ludzkich stają się podejmowane próby wyhodowania ich w ciałach zwierząt. Możliwości te budzą wątpliwości etyczne, a także prawne. Z punktu widzenia prawnego, także rozwój telemedycyny rodzi wiele problemów prawnych oraz etycznych, w szczególności, jeśli chodzi o odpowiedzialność zawodową udzielającego porady lekarza¹³⁸.

Problemem staje się również kwestia udzielania pomocy pacjentom odmiennym kulturowo¹³⁹. Wreszcie, o czym warto wspomnieć, nic nie zastąpi najlepszego katalogu praw pacjenta, kiedy pacjent będzie się spotykał z brakiem kultury i empatii ze strony personelu medycznego czy pejoratywnego stosunku niektórych medyków do pacjentów psychiatrycznych. W związku z tym wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem byłaby zmiana kultury, w postępowaniu z osobami chorymi, czyli zwykłego stosunku jednego człowieka do drugiego. Tego niestety coraz częściej brakuje nam jako społeczeństwu, a także w relacjach personel medyczny-pacjent.

Bibliografia

1. *Aktualne problemy prawne w psychologii i medycynie*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, A. Fiutak, Warszawa 2018.
2. Balicki, A. *Transplantacje. Polska na tle Europy – aspekty prawne*, „Rubikon” 1998, nr 1.
3. Czubiński A., *Spory o Polskę Ludową 1944 – 1989*, Poznań 1989
4. Declaration on the Promotion Rights of Patients in Europe, European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam, 28-30 March 1994, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf?ua=1 [data wejścia 09.05.2018].
5. Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, podpisany przez Naczelnika Państwa J. Piłsudskiego, *Dziennik Praw Państwa Polskiego*, nr 9, poz. 122.

¹³⁸Podstawy informatyki z elementami telemedycyny, red. J. Martyniak, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2015, 4: 14-22; K. Zygo1, B. Zygo, P. Wysokiński, P. Starzyk, M. Węgrzyniak, K. Kuśmierz, *Formalno-prawne uwarunkowania rozwoju e-medycyny w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2016, t. 22, nr 3, s. 198-203.

¹³⁹J. Kiszka1, D. Ozga1, A. Mach, R. Krajewski, *Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2018, Vol. 17, No. 1(62), s. 31-40.

6. Dercz M., *Publiczni świadczeniodawcy w ochronie zdrowia, prawno-organizacyjne formy działalności – stan obecny i projektowany*, „Antidotum” 2003, nr 12.
7. Dubisz J., *Słownik Języka Polskiego*, t. 4, Warszawa 2003, s. 455.
8. Garlicki S., *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Warszawa 1971.
9. Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002, s.
10. Grabowski R., *Ochrona życia w polskich przepisach konstytucyjnych w latach 1921-1939*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2008, nr 77.
11. <https://www.gov.pl/zdrowie/masz-prawo-do-bezplatnych-swiadczen-opieki-zdrowotnej>.
12. Indulski J., Gdulewicz T., *Problem reorientacji w pracach nad reformą służby zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1988, nr 5.
13. Indulski J., Kleczkowski B., Leowski J., *Organizacja Ochrony Zdrowia*, Warszawa 1972
14. Izdebski H., *Historia administracji*, Warszawa 1984.
15. Kosik J., *Zasady odpowiedzialności państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów*, Wrocław 1961.
16. Jaskiernia, J. *Konstytucja jako efekt kompromisu politycznego*, Kraków 2006.
17. Kaja J., *Kierunki i etapy rozwoju polityki zdrowotnej Polski Ludowej*, „Studia nauk politycznych” 1976, nr 1.
18. Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004.
19. Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
20. Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.
21. Kiszka J., Ozgał D., Mach A., Krajewski R., *Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2018, Vol. 17, No. 1(62).
22. Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 roku (Dz. U. z 1952 r., nr 33, poz. 232).
23. Koronkiewicz A., W. Masłowski, *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2002.
24. Kubicki L., *Prawo medyczne – próba ustalenia zakresu*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.
25. Lach D. E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
26. Łaska-Formejster A., *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Łódź 2015.
27. Leowski J., *Polityka Zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2010.
28. Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7.

29. Łętowska E., *Po co ludziom konstytucja*, Warszawa 1994, s. 145.
30. *Mala encyklopedia medycyny PWN*, red. P. Kostrzewski, J. Ziółkowski, Warszawa 1999.
31. Masiakowski J., *Samoleczenie służby zdrowia*, „Aptekarz” 2004, Vol. 12, nr 7/8.
32. Matuszewski, H. Poździejch S., *Medycyna społeczna organizacja ochrony zdrowia*, Kraków 1978.
33. Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Ochrona Zdrowia, Strategiczne kierunki działań MZ w latach 2002-2003, Dokument na posiedzenie Rady Ministrów, Warszawa 28 marca 2002 r. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=&ms=&ml=en&mi=&mx=7&mt=0&my=se&ma>.
34. Murkowski M., Koronkiewicz A., Cieślukowski Z., *Zasoby opieki zdrowotnej w Polsce w okresie 50-ciolecia 1945-1955 i perspektywa ich wykorzystania w latach 2002-2005*, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 6.
35. Nesterowicz M., *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2014 r., II CSK 364/12*, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014.
36. Nesterowicz M., *O gwarancyjną odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przy leczeniu*, [w:] *Studia z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa dla uczczenia pracy naukowej Prof. dr hab. Adama Szpunara*, Warszawa–Łódź 1983.
37. Nestorowicz, A. *Prawo medyczne*, Warszawa 2003.
38. Nosko J., *Pojęcie świadczenia zdrowotnego w świetle uregulowań prawnych*, „Zdrowie Publiczne” 1999, nr 10.
39. Nosko J., *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005.
40. Nowacka M., *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Probl Hig Epidemiol” 2008, nr 89(3).
41. *Podstawy informatyki z elementami telemedycyny*, red. J. Martyniak, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2015.
42. *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018.
43. Prętki K., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.
44. Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych (Dz.U. z 1928 r., nr 38, poz. 382 ze zm.).
45. Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 25 września 1932 roku o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz.U. z 1932 r., nr 81, poz. 712 ze zm.).
46. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych (Dz.U. z 1998, nr 148, poz. 969).

47. Rządowy Projekt prawa o powszechnym ubezpieczeniu (druk nr 1167 z dnia 17 lipca 1995 roku), oraz Prezydencki projekt prawa o powszechnym ubezpieczeniu (druk 1172 z dnia 12 lipca 1995 roku).
48. Safjan M., *Instytucje Prawa medycznego. System prawa medycznego*, Warszawa 2018.
49. Sagan S., *Prawo konstytucyjne Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2003.
50. Sobolewski H., Tłuchowski W., *Restrukturyzacja, prywatyzacja i wycena przedsiębiorstwa*, Poznań 2003.
51. Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986.
52. Taranowicz I., *Rola społeczna chorego*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002.
53. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J., *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Kraków 1999.
54. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411).
55. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 1998 r., nr 90, poz. 575 ze zm.).
56. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 ze zm.).
57. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 41, poz. 178 ze zm.).
58. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r., nr 111, poz. 535).
59. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. z 1950 r., nr 36, poz. 334).
60. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2004 r., nr 53, poz. 531 ze zm.).
61. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 339 ze zm.).
62. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135).
63. Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. RP z 1933 r., nr 51, poz. 396).
64. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. z 1948 r., nr 55, poz. 434).
65. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1950 r., nr 50, poz. 458).
66. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. nr 249, poz. 2104 ze zm.).

67. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408).
68. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417).
69. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78).
70. Wąsiewicz E.P., *Zdrowie Publiczne i Medycyna Społeczna*, Skrypt dla studentów, Poznań 2000.
71. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Kraków 1998.
72. Woch M., *Instytucje kształtujące system opieki zdrowotnej w Polsce. Analiza prawnoporównawcza lat 1918-2004*, Warszawa 2012.
73. Wołoszyn-Cichocka A., *Ochrona praw pacjenta. studium publicznoprawne*, Lublin 2017.
74. Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.
75. Zakrzewska J., *Spór o konstytucję*, Warszawa 1993, s. 149-150; zob. też *Polskie prawo konstytucyjne*, red. D. Górecki, Kraków 2007.
76. *Zdrowie Publiczne: wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, Kraków 2001.
77. Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010.
78. Zygo K., Zygo B., Wysokiński P., Starzyk P., Węgrzyniak M., Kuśmierz K., *Formalno-prawne uwarunkowania rozwoju e-medycyny w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2016, t. 22, nr 3.

Development of the concept of patient rights against the historical and legal background in Poland

Abstract

The article deals with the development of patient rights in Poland. The development of patient's rights was discussed, the first regulations in Poland regarding this issue were pointed out, the current regulations in the field of patient's rights were characterized, and attempts were made to discuss the state of observance of patient's rights in medical facilities.

Keywords: patient rights, medical law, civil rights