

Prawa pacjenta

Konrad Wroński

Patient Rights

Wstęp

Prawa pacjenta stanowią integralną część i konkretyzację szeroko rozumianych praw człowieka oraz są konsekwencją ewolucji, jaka dokonała się w ostatnim półwieczu w sferze tych praw [1-5]. Wyrastają one bowiem ze wspólnego i tak charakterystycznego dla naszych czasów poczucia zagrożenia podmiotowych praw i godności jednostki ludzkiej [2, 4, 6-16].

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka, a w szczególności dotyczy uzyskania niezbędnej pomocy medycznej w razie choroby lub urazu oraz świadczeń medycznych zapobiegających chorobie lub trwałemu kalectwu [2, 7, 17].

Państwo zapewnia realizację prawa pacjenta i prawa do ochrony zdrowia poprzez:

- działalność prawodawczą, określając szczegółowo zakres uprawnień do świadczeń zdrowotnych, dostępnych bez względu na sytuację ekonomiczną potrzebujących oraz
- zadania i obowiązki zakładów opieki zdrowotnej udzielających tych świadczeń.

Bioetycy T.L. Beauchamp i J.F. Childress definiują prawa jako „uzasadnione roszczenia, jakie mogą zgłaszać jednostki i grupy pod adresem innych jednostek lub społeczeństwa. Mieć do czegoś prawo to móc określić w swobodnym akcie wyboru, co powinni lub czego nie powinni czynić” [11].

W literaturze prawniczej – prawo jest to prawnie gwarantowana:

- możliwość zachowania się samemu w określony sposób, względnie,
- możliwość skutecznego żądania od innych osób, aby zachowywały się w określony sposób [11].

Słowo „pacjent” etymologicznie wywodzi się od łacińskiego słowa *patiens* co znaczy cierpiący [18]. Słownikowo jego znaczenie podawane jest jako „chory zgłaszający się po poradę do lekarza lub pozostający pod jego opieką”. Na pierwszy rzut oka „pacjent” i „chory” są synonimami. Jednak tak nie jest. W normalnym uży-

ciu słowo „pacjent” odnosi się do osób kontaktujących się z lekarzem, korzystających z jego pomocy, które jednak niekoniecznie są chore (a co więcej – w niektórych wypadkach pomoc im udzielana nie jest leczeniem w ścisłym znaczeniu tego słowa) [3, 11, 12].

Pacjent w najszerszym rozumieniu tego słowa to osoba, na której organizmie jest wykonywana jakaś interwencja medyczna (interwencja medyczna to termin techniczny – wykorzystanie technik medycznych w jakimkolwiek celu), choćby nie mająca charakteru leczniczego [8, 9, 11, 18, 19].

Rys historyczny rozwoju praw pacjenta

Pierwszej wzmianki o ochronie praw pacjenta możemy się doszukać w oficjalnym dokumencie dotyczącym praw człowieka, przyjętym przez Narodową Konwencję Rewolucji Francuskiej z roku 1793. Możemy tam przeczytać, że: „w jednym łóżku powinien przebywać jeden pacjent, a łóżko powinno mieć co najmniej wymiar trzech łokci”.

Ale tak naprawdę to dopiero po II wojnie światowej, kiedy rozpoczęła swoją działalność Światowa Organizacja Zdrowia, powstała przy ONZ w latach 1946-1948, zrzeszająca prawie wszystkie kraje świata bez względu na ich poziom ekonomiczny oraz ustrój polityczny, możemy mówić o powstawaniu praw pacjenta.

To właśnie ta organizacja w 1946 roku ustanowiła obowiązującą po dziś dzień definicję *zdrowia*, jako: „stanu całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego, a nie tylko braku choroby czy inwalidztwa”. Określiła ona również, iż „dostęp do możliwie wysokiego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka bez względu na rasę, przynależność polityczną oraz ekonomiczne i społeczne uwarunkowania”.

W roku 1948 przyjęto *Powszechną Deklarację Praw Człowieka* jako rezolucję Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych. Deklaracja ta została uznana jako dokument ideologiczny z dziedziny praw człowieka. Możemy tam przeczytać między innymi, że: „każda osoba ma prawo do poziomu życia odpowiadającego potrzebom zdrowia i dobrobytu jej samej i jej rodziny, włączając żywność, ubiór, mieszkanie, opiekę medyczną i niezbędne świadczenia społeczne, jak również prawo

do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy itd.”.

W roku 1948 powstała *Deklaracja Genewska* (uzupełniona w roku 1968 i 1983), która jest rodzajem współczesnej wersji przysięgi Hipokratesa. Możemy w niej przeczytać, że od lekarza wymaga się poświęcenia życia służbie ludzkości; uczynienia zdrowia chorego swoją główną troską; niedopuszczenia, aby względy religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na niego w wykonywaniu obowiązków wobec chorego; szacunku dla powierzonych mu tajemnic nawet po śmierci pacjenta; najwyższego respektu „dla życia ludzkiego od jego początku” (to ostatnie określenie wprowadzono w 1983 roku); żąda się także od lekarza, aby nie używał swej profesjonalnej wiedzy „przeciwko prawom ludzkości”.

Wśród międzynarodowych organizacji pozarządowych niewątpliwie największą rolę odegrało Światowe Towarzystwo Medyczne, dla którego punktem wyjścia do przyjęcia wielu deklaracji była *Deklaracja Genewska*. W 1949 roku w Londynie III Światowe Zgromadzenie ŚTM przyjęło *Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej*, poprawiony i udoskonalony również w Sydney i w 1983 roku w Wenecji. Pomimo, że nie jest to obszerny dokument, to zostały w nim zawarte bardzo ważne stwierdzenia. Wymaga on między innymi: przestrzegania *Deklaracji Genewskiej*, zachowania najwyższego poziomu zawodowego, uczciwości w kontaktach z pacjentami i kolegami lekarzami, ujawniania przypadków lekarskiej nieuczciwości i niekompetencji, a także nie kierowania się motywem zysku w decyzjach klinicznych. Kodeks stwierdza także, że lekarz winien jest pacjentom całkowitą lojalność i postępowanie wedle najlepszej wiedzy, że „nie wolno lekarzowi wyjawiać bez zgody chorego, nawet po jego śmierci, wiadomości uzyskanych podczas leczenia. Ponadto w dokumencie tym zaapelowano, aby prawa pacjenta zostały ujęte lub rozwinięte w narodowych kodeksach etycznych lekarzy.

W roku 1961 powstała *Europejska Karta Socjalna*, precyzująca prawo do pomocy socjalnej i medycznej.

W 1964 roku zostaje zatwierdzona *Deklaracja Helsińska*, zmodyfikowana następnie w latach 1975 i 1983; reguluje ona sposób prowadzenia badań biomedycznych na człowieku. Wśród wielu jej zapisów czytamy również, że „interes osoby poddanej badaniu musi przeważać nad interesem nauki i społeczeństwa”. Stwierdza się tam także, że „lekarz powinien uzyskać dobrowolną zgodę osoby badanej”.

Rok 1966 to powstanie *Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych*.

W roku 1968 przyjęto *Deklarację z Sydney*, zmodyfikowaną następnie w roku 1983. Dotyczy ona śmierci, czytamy w niej między innymi: „celem kliniki nie jest jednak utrzymywanie przy życiu izolowanych komórek, ale utrzymanie przy życiu człowieka”. Deklaracja ta wysuwa wymagania, by w przypadku zamierzonej transplantacji stwierdzenie śmierci dawcy było dokonane przez dwóch lekarzy, którzy nie są odpowiedzialni za zabieg transplantacji.

Deklaracja z Oslo powstała w 1970 roku i jest poświęcona aborcji. Wielu lekarzy uważa ją nadal za najbardziej niejednoznaczna spośród wszystkich deklaracji, ponieważ wymaga ona od lekarzy najwyższego szacunku dla zdrowia i życia ludzkiego od jego początku, a jednocześnie uznaje, że stosunek do życia dzieci nienarodzonych „jest kwestią jednostkowego przekonania i sumienia, które muszą być respektowane”. Różnie interpretowana, deklaracja ta zawsze sankcjonuje aborcję ze względów zdrowotnych.

Warto zwrócić także uwagę na *Kodeks Pielęgniarek*, przyjęty w 1973 roku przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek. Określa on podstawowe wartości, którymi powinny kierować się pielęgniarki w swojej pracy. Kodeks ten wpłynął w sposób wyraźny na zmianę stosunku w relacji pielęgniarka – pacjent; ma on głównie wymiar etyczny.

W roku 1975 zostaje zatwierdzona *Deklaracja z Tokio*, która została zmodyfikowana w roku 1983, a dotyczy ona tortur i jednoznacznie zabrania lekarzowi „aprobowania, usprawiedliwiania i uczestniczenia w torturach lub innych działaniach okrutnych, niehumanitarnych lub poniżających człowieka”.

W roku 1977 przyjęto *Deklarację Hawajską*, zmienioną w roku 1983 – dotyczy ona etyki psychiatrycznej i wymaga zapewnienia pacjentowi najlepszej z dostępnych metod leczenia i możliwości wyboru, gdy dostępna jest więcej niż jedna taka metoda. Zabrania ona psychiatrze uczestniczenia w przymusowym leczeniu, gdy nie ma objawów choroby. Deklaracja stwierdza także: „w toku badań naukowych, jak w toku leczenia, należy zapewnić pacjentowi najlepszą z dostępnych metod leczniczych”, oraz że „udział pacjenta w takich badaniach musi być całkowicie dobrowolny i poprzedzony pełną informacją” i że pacjent ma prawo wycofać się z nich w każdej chwili.

Deklaracja Lizbońska z roku 1981 poświęcona jest tylko prawom pacjenta. Wymienia ona między innymi: prawo pacjenta do leczenia przez lekarza, prawo do zachowania tajemnicy, prawo do godnej śmierci, prawo do otrzymania albo odrzucenia moralnej lub duchowej pociechy, w tym do pomocy kapłana wyznawanej religii, prawo do zgody lub odrzucenia leczenia po otrzymaniu pełnej informacji i prawo do swobodnego wyboru lekarza.

W 1981 roku 34 Zgromadzenie Plenarne WHO przyjęło deklarację poprzez którą wyraźnie poszerzono katalog praw pacjenta o prawo do wyboru lekarza, prawo do zgody na leczenie lub jej odmowy, prawo do informacji, prawo do poufności, prawo do respektowania osoby ludzkiej (godności) oraz prawo do poszanowania przekonań religijnych.

Ostatnią deklaracją Światowego Stowarzyszenia Lekarzy jest przyjęta w roku 1983 *Deklaracja z Wenecji*, która jeszcze raz stwierdza, że obowiązkiem lekarza jest leczenie i – tam, gdzie jest to możliwe – niesienie ulgi w cierpieniu. Czytamy w niej także, że pozwala ona lekarzowi na „zaprzestanie stosowania nie dających pacjentowi żadnej korzyści nadzwyczajnych środków leczniczych” a także, pod pewnymi warunkami, na utrzymywanie

przy życiu organów do transplantacji po stwierdzeniu śmierci.

W roku 1994 w Amsterdamie przygotowano *Wzorcowy Model Deklaracji Praw Pacjenta*, na którym oparto pierwszą Kartę Praw Pacjenta.

W roku 1997 powstała *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny*. Możemy w niej przeczytać, że „Każdy ma prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi na temat jego zdrowia. Należy jednak respektować życzenie osób, które nie chcą zapoznać się z tymi informacjami”. Postanowienia konwencji formułują więc to zagadnienie w kategorii prawa pacjenta, dopuszczając jednocześnie w punkcie trzecim to, że „w wyjątkowych przypadkach prawo wewnętrzne może wprowadzić w interesie osoby zainteresowanej ograniczenia w wykonywaniu praw określonych w ustępie drugim”.

W dokumentach autorstwa Światowej Organizacji Zdrowia podstawowe znaczenie odgrywa Deklaracja Praw Człowieka, zawierająca kanon podstawowych praw pacjenta. Normy te odwołują się do ogólnie przyjętych i zaakceptowanych zasad, które zostały wypracowane w doktrynie prawa medycznego, jak i generalnie obowiązujących standardów międzynarodowych w zakresie praw człowieka. Zajmując stanowisko w kwestiach związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia Światowa Organizacja Zdrowia podkreślała niejednokrotnie zasadę prawa każdego człowieka do podejmowania suwerennych decyzji w sprawach własnego zdrowia, poszanowania i nienaruszalności jego osoby, prywatności oraz przekonań religijnych. Ograniczenie tych uprawnień może mieć miejsce jedynie w przypadku, gdy nie koliduje to z prawami człowieka, bądź gdy ograniczenie to ma na względzie uniknięcie poważnej szkody dla pacjenta.

Karta praw pacjenta

Problematyka praw pacjenta związana jest ściśle z zagadnieniami ochrony praw i wolności człowieka i w tym szerszym aspekcie należy tę materię rozpatrywać. Zagadnienia przedmiotowe regulowane są zarówno przez akty o charakterze międzynarodowym (przede wszystkim w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejskiej Bioetycznej Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny czy Międzynarodowym Pakiecie Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych), jak i ustawodawstwo krajowe. Prawa pacjenta chroni bowiem Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, zawodzie lekarza, o ochronie zdrowia psychicznego, pobieraniu oraz przeszczepianiu komórek, tkanek, narządów [15, 20-23]. Odpowiednie przepisy możemy także znaleźć w kodeksie cywilnym i karnym.

Podstawowe unormowania prawne wynikające z ustawy zasadniczej Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku (DzU Nr 78, poz. 483), określone w ustawach:

– z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 62, poz. 315,

z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756),

- z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU Nr 111, poz. 535, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731),
- z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DzU Nr 138, poz. 682),
- z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU Nr 91, poz. 410 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668),
- z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (DzU Nr 28, poz. 28 i Nr 88, poz. 554 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668).

Prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia art. 68 ust. 1.
2. Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie art. 68 ust. 2.

Prawa pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, o których stanowi ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.:

1. Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności art. 7.
2. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do:
 - a. świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń art. 19 ust. 1 pkt 1, art. 20 ust. 1, pkt 1 i art. 26,
 - b. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym art. 9 ust. 1 i art. 10,
 - c. informacji o swoim stanie zdrowia art. 19 ust. 1 pkt 2,
 - d. wyrażania zgody albo odmowy na udzielanie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji art. 19 ust. 1 pkt 3,
 - e. intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych art. 19 ust. 1 pkt 4,
 - f. udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana art. 18 ust. 3 pkt 1,
 - g. zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby art. 18 ust. 2,

- h. dostępu do informacji o prawach pacjenta art. 19 ust. 6,

a ponadto, w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo-opiekuńczym, pacjent przyjęty do tego zakładu ma prawo do zapewnienia mu:

- I. środków farmaceutycznych i materiałów medycznych art. 20 ust.1 pkt 2 i art. 28,
- II. pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia art. 20 ust. 1 pkt 3 i art. 26,
- III. opieki duszpasterskiej art. 19 ust. 3 pkt 3,
- IV. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie art. 19 ust. 3 pkt 1,
- V. kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz art. 19 ust. 3 pkt 2,
- VI. wskazania osoby lub instytucji, którą zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, powodującym zagrożenie życia albo w razie jego śmierci art. 20 ust. 2 i art. 26,
- VII. wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie go w tym zakładzie opieki zdrowotnej art. 21 ust. 1 i art. 26,
- VIII. wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie art. 22 ust. 1 i 3 oraz art. 26,
- IX. udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia go do innego szpitala, w sytuacji gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala nie może być do tego szpitala przyjęty art. 21.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia art. 28.

Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku.

Pacjent ma prawo do:

1. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania, leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością art. 4,
2. uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki art. 30,
3. uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz

możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu art. 31 ust.1,

4. zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro art. 31 ust. 4,
 5. decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji, o których mowa w pkt 3 art. 31 ust. 2,
 6. wyrażenia żądania, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o których mowa w pkt 3 art. 31 ust. 3,
 7. nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenie mu innego świadczenia zdrowotnego art. 32 ust. 1,
 8. wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko; w celu podjęcia przez pacjenta decyzji lekarz musi udzielić mu informacji, o której mowa w pkt 3 art. 34 ust. 1 i 2,
 9. uzyskania od lekarza informacji jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu, bądź stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie art. 35 ust. 2,
 10. poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej art. 36 ust. 1,
 11. wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń art. 36 ust. 1 i 2,
 12. wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowanie konsylium lekarskiego art. 37,
 13. dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej art. 38 ust. 2,
 14. zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu art. 40 ust. 1,
 15. uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnianie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza art. 40 ust. 2 pkt 4,
 16. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta art. 40 ust. 4,
- a ponadto pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu, ma prawo do:
- a. wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie

w każdym jego stadium art. 24 ust. 1, art. 25 ust. 1 i art. 27 ust. 1,

- b. poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia, jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu art. 24 ust. 1,
- c. cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu art. 27 ust. 1.

Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996 roku.

Pacjent ma prawo do:

1. udzielania mu świadczeń zdrowotnych, przez pielęgniarkę, położną, posiadającą prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością art. 18,
2. udzielania mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na jego zdrowiu art. 19,
3. uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o jego prawach art. 20 ust. 1,
4. uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę, położną, opieką pielęgniacyjną art. 20 ust. 2,
5. zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu art. 21 ust. 1,
6. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez pielęgniarkę, położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta art. 21 ust. 4.

Prawa pacjenta określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku. Pacjent z zaburzeniami psychicznymi, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo ma prawo do:

1. bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych mu przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej art. 10 ust. 1,
2. bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej art. 10 ust. 2,
3. zapewnienia mu rodzaju metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne jego dobro osobiste i dążenie do jego poprawy zdrowia w sposób najmniej dla pacjenta uciążliwy art. 12,
4. porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, w przypadku gdy przebywa w szpitalu psychiatrycznym albo w domu pomocy społecznej art. 13,
5. wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania go z zakładu art. 14,

6. uprzedzenia go o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego; dopuszczenie zastosowania tego środka wobec pacjenta musi wynikać z ustawy art. 18,

7. uprzedzenia o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez zgody oraz podania przyczyn takiej decyzji; badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych art. 21 ust. 1 i 2,

8. wyrażenia zgody lub odmowy na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta art. 22 ust. 1 i art. 23, 24 oraz 29,

9. poinformowania i wyjaśnienia mu przez lekarza przyczyny przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w sytuacji, gdy nie wyraził na to zgody oraz uzyskania informacji o przysługujących mu w tej sytuacji prawach art. 23 ust. 3,

10. cofnięcia uprzednio wyrażonej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego art. 28,

11. niezbędnych czynności leczniczych, mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia go do szpitala bez jego zgody i zapoznania go z planowanym postępowaniem leczniczym art. 33 ust. 1 i 2,

12. wypisania ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywa w nim bez wyrażenia przez siebie zgody, jeżeli ustały przyczyny jego przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez takiej zgody art. 35 ust. 1,

13. pozostania w szpitalu w sytuacji, o której mowa w pkt 17, za swoją później wyrażoną zgodą, jeżeli w ocenie lekarza jego dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy art. 35 ust. 2,

14. złożenia, w dowolnej formie, wniosku o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego art. 36 ust. 1,

15. wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego, po uzyskaniu odmowy wypisania ze szpitala na wniosek, o którym mowa w pkt 19 art. 36 ust. 3, informacji o terminie i sposobie złożenia wniosku do sądu opiekuńczego, o którym mowa w pkt 20 art. 36 ust. 3,

16. złożenia wniosku o ustanowienie kuratora, jeżeli przebywając w szpitalu psychiatrycznym potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw

17. albo spraw określonego rodzaju art. 44 ust. 1,

oraz ma prawo do tego, aby osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy zachowały w tajemnicy wszystko co go dotyczy, a o czym powzięły wiadomość wykonując czynności wynikające z ustawy art. 50 ust. 1.

Prawa pacjenta określone w ustawie o pobieraniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1995 roku.

Pacjent ma prawo do:

1. wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów art. 4 i art. 5 ust. 1-4,
 2. dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonego biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych art. 9 ust. 1 pkt 7,
 3. ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą art. 12 ust. 1.
- Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne art. 13.

Należy pamiętać, że pacjent wbrew pozorom i mylnie interpretowanym zapisom ma nie tylko prawa, ale ma również obowiązki. Podstawowym obowiązkiem pacjenta, który jest określony na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jest obowiązek przestrzegania wewnętrznych regulaminów zakładu opieki zdrowotnej. Jego rażące naruszenie może spowodować wypisanie (wydalenie) pacjenta ze szpitala, o ile nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo życia lub zdrowia innych osób (art. 22 ust. 1 pkt 3 ust. o zakładach opieki zdrowotnej).

Regulaminy wewnętrzne zakładów opieki zdrowotnej mają charakter aktu o ograniczonym zasięgu miejscowym (terytorialnym), ale swoją mocą wiążą nie tylko osoby leczone się w placówce, ale także osoby odwiedzające pacjentów.

Regulaminy są zatem aktami władztwa zakładowego o charakterze ogólnym i określają one dwa rodzaje spraw między organami zakładu a jego klientami:

- zasady i tryb przyjmowania w poczet użytkowników zakładu opieki zdrowotnej,
- prawa i obowiązki użytkowników zakładu.

Wnioski

Powstanie obszernej dziedziny prawa medycznego ma na celu między innymi ochronę pacjentów przed różnymi zagrożeniami, jakie ze sobą niesie postęp nauk medycznych [3, 4, 6-9]. Znaczenie przywiązywane współcześnie do zasady poszanowania autonomii jednostki wpłynęło dodatkowo na ukształtowanie się swobodnego katalogu praw pacjenta [10, 11, 24].

Obecność Karty Praw i Obowiązków Pacjenta nie jest w życiu naszych placówek medycznych modą czy też sloganem, który ma poprawić jej wizerunek. Jest to konieczność i obowiązek, aby wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, lekarze, pielęgniarki i położne wykonujące indywidualną praktykę oraz inne osoby i podmioty udzielające czy uczestniczące w sprawowaniu opieki zdrowotnej w naszym kraju udostępniły tę Kartę użytkownikom publicznego czy też niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Jeżeli pacjent zna swoje prawa i wie jak je wyegzekwować, lekarz lub inna osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych nie może sobie pozwolić na żadne uchybienia. Świadomość przysługujących pacjentowi uprawnień wpływa porządkująco i dyscyplinująco na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Świadomość pacjenta o możliwości stosowania praw w placówkach opieki zdrowotnej znacząco wpływa na zwiększenie jakości usług medycznych oferowanych w placówkach ochrony zdrowia.

Chociaż regulacje prawne w zakresie praw pacjenta, przyjęte w Polsce po 1990 roku, nie odbiegają w istotnych treściach od przyjętych w większości krajów europejskich, to jednak respektowanie ich w naszym kraju budzi wciąż bardzo wiele zastrzeżeń i uwag.

Lek. Konrad Wroński

Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Piśmiennictwo

1. Goodare H, Smith R. The rights of patients in research (editorial, comment). *BMJ* 1995; 310: 1277-8.
2. Halik J, Sabbat J. Możliwości instytucjonalnej ochrony praw pacjenta w Polsce. W: *Prawo do opieki zdrowotnej w systemie gospodarki rynkowej* (seminarium). Warszawa, 15-16 października 1993. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Wyd. EXIT, Warszawa 1993: 80-85.
3. Nowicki M. Europejska Konwencja Praw Człowieka, Wybór orzecznictwa, Wyd. C.H.Beck, Warszawa 1998.
4. Dyk W. Prawa pacjenta. *Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa* 1997; 4: 34.
5. Wdowiak L, Falkowska K. Prawa pacjenta. W: Latański M. (red.): *Zdrowie Publiczne*. Lublin: Akademia Medyczna 1999: 257-9.
6. Halik J. Łamanie praw pacjentów – mit czy rzeczywistość. Komunikat z badań. *Zdrowie Publiczne* 1997; 107 supl. 2: 30-6.
7. Halik J. Prawa pacjenta w Polsce i na świecie. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1997; 12-13: 38-53.
8. Krajewski R. Zgoda chorego na leczenie. *Gazeta Lekarska* 1998; 12: 35-7.
9. Liszewska A. Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny. *Prawo i Medycyna* 1999 1: 85-9.
10. Mikołajczyk S. *Prawa pacjenta: wymagania i oczekiwania w stosunku do personelu medycznego*. Poznań: Wyd. Medix, 1994.
11. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Wyd. Difin, 2001.
12. Zielonka TM. Etyka po dyplomie. Od paternalizmu do partnerstwa. *Medycyna po dyplomie* 1998; 11-12.
13. Szeffer-Marcinkowska B. Etyczne problemy transplantologii. *Panaceum* 2000; 2 (56).
14. Zukowski T. Opieka zdrowotna w opinii społecznej. *Śłużba zdrowia* 1997; 47-48: 6-7, 12.
15. Safjan M. Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny. Warszawa: Oficyna Naukowa s.c. 1998.
16. Wojciechowski F. Prawo pacjenta do informacji a lekarze. *Prawo i Medycyna* 1999, 1: 15-17
17. Safjan D. Prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu i prognozowanych metodach leczenia. *Antidotum* 1993; 1: 26-28.
18. Iwanowicz-Palus G. Przestrzeganie tajemnicy lekarskiej prawem pacjenta. *Zdrowie Publiczne* 1999; 11: 378-81.
19. Ostrowska A. Prawa pacjenta. *Antidotum* 1996; 6-8: 86-90.
20. *Późnioczek S. Prawa pacjenta w ustawodawstwie polskim. Pielęgniarstwo* 2000, 1998, 2 (37): 10-14.
21. Kodeks Etyki Lekarskiej – przyjęty przez III Krajowy Zjazd Lekarzy w 1993 roku.
22. Krajewski R. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce. *Gazeta Lekarska* 2000; 11: 27-8.
23. Zielonka TM. Tajemnica lekarska – święta powinność czy przestarzały wymóg? *Prawo i Medycyna* 1999; 4: 77-83.

24. Zielonka TM. Etyka po dyplomie. Czy potrzebna jest etyka po dyplomie?
Medycyna po dyplomie 1998; 11-12.

Wykaz wykorzystanych aktów prawnych

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku (Art. 38, 39, 41, 47, 51, 53, 68)

- I. Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. – DzU Nr 91, poz. 408 ze zmianami: DzU z 1992 r. Nr 63 poz.315, DzU z 1995 r. Nr 99, poz. 491, DzU z 1996 r. Nr 41, poz. 180.
- II. Ustawa o zawodzie lekarza z dn. 5 grudnia 1996 r. – DzU z dnia 26 marca 1997 r. Nr 28 poz. 152.
- III. Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 19 sierpnia 1994 r. DzU Nr 91 poz. 410.
- IV. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. DzU Nr 111, poz. 535 z późnymi zmianami.
- V. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. DzU Nr 64, poz. 40.
- VI. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego – DzU, Nr 73, poz. 503 do 508.
- VII. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania – DzU z 1993 r. Nr 3, poz. 13; DzU z 1994 r. Nr 56, poz. 234.
- VIII. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej – DzU Nr 74, poz. 366 z późniejszymi zmianami.
- IX. Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 26 października 1995 r. – DzU Nr 138, poz. 682.
- X. Kodeks Cywilny, Art. 1, 23, 361-363, 415-417, 444.
- XI. Kodeks Karny, Art. 23, 26, 27, 152, 155-157, 160, 162, 165, 192.
- XII. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, Art. 95, 96-98.