

kazano, że korzyść z zastosowania tych leków jest znacznie większa niż w populacji ogólnej i uzasadnia ich praktyczne zastosowanie w terapii trzeciej linii. Takie postępowanie nie może jednak zastąpić czynników, które pozwalają przewidywać korzystną odpowiedź na terapię.

W sytuacji, kiedy dla danego leku nie znaleziono żadnego molekularnego czynnika predykcyjnego, jedyną drogą jest szukanie czynników klinicznych umożliwiających taki dobór chorych, żeby korzyść odnoszona z leczenia była

jak największa. Takie postępowanie ma jednak wiele wad i niewiele wspólnego z ideą terapii celowanej, choć w praktyce często staje się koniecznością. Przykładem może być proponowane w Polsce zawężenie stosowania sorafenibu w raku wątrobowokomórkowym do grupy chorych ze stopniem wydolności wątroby A w skali Child-Pugh i nowotworem ograniczonym tylko do tego narządu.

W odpowiedzi na postawione na wstępie artykułu pytanie należy stwierdzić, że wartość

leków celowanych w ciągu ostatnich dziesięciu lat uległa znacznej deprecjacji. Terapie celowane stały się właściwie terapiami empirycznymi, a chorych leczy się zwykle na podstawie kryteriów klinicznych, a nie molekularnych. Znalezienie molekularnych czynników predykcyjnych dla leków celowanych jest wielkim wyzwaniem współczesnej onkologii i bezwzględną koniecznością, jeśli terapie te mają wpływać na rzeczywistą poprawę rokowania leczonych przez nas chorych. ■

O bliskich związkach medycyny z prawem: odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej, roszczeniach pacjentów, niejasnych procedurach i dylematach etycznych — z prof. dr hab. Teresą Gardocką, Dziekanem Wydziału Prawa Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, rozmawia Małgorzata Stępień.



## Dokąd zmierza polskie prawo medyczne i farmaceutyczne?

– Pani Profesor była pomysłodawczynią konferencji naukowej poświęconej związkom prawa z medycyną, która niedawno odbyła się na Wydziale Prawa warszawskiej Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej. Blisko trzydziestu prelegentów z całego kraju: prawników, lekarzy, ekspertów i naukowców naświetliło te koneksje z wszelkich możliwych stron. Jakie problemy poruszano w wykładach i dyskusjach?

– Pomysł był taki, żeby na konferencji dotknąć szeregu problemów, pojawiających się na styku prawa i medycyny. Podzieliliśmy je na trzy grupy zagadnień. Pierwsza wynikała z ustawy o zawodzie lekarza i dotyczyła między innymi nowych zasad odpowiedzialności zawodowej, odpowiedzialności cywilnej, odpowiedzialności karnej za czynności lekarskie podejmowane bez zgody pacjenta, granic wolności badań naukowych, eksperymentu medycznego czy badań klinicznych. Druga grupa zagadnień wynikała z nowych możliwości i technologii medycznych, korespondujących z obowiązującym stanem prawnym, a więc na przykład z ochroną godności i nietykalnością osoby, tajemnicą lekarską

i okołolekarską, *klauzulą sumienia*, *testamentem życia*, roszczeniami pacjentów — w tym typu *wrong life* i *wrong birth* — cywilnoprawnymi aspektami zapłodnienia pozaustrojowego i oczywiście etyką. Natomiast trzecia grupa problemów dotyczyła systemu organizacyjnego opieki zdrowotnej: restrukturyzacji ochrony zdrowia, planowania finansowego w ZOZ-ach, nowej polskiej regulacji w zakresie refundacji leków w świetle dyrektywy przejrzystości, miejsca ratownictwa medycznego w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, organizacji ochrony zdrowia, ochrony danych medycznych, problemu fałszowania leków, a także zagadnienia socjologii lecznictwa niemedycegnego. W kontekście wspomnianych grup zagadnień dyskutowaliśmy o sposobie funkcjonowania opieki zdrowotnej rozważając, jak ona działa, jak powinna, a jak mogłaby. Prelegenci przytaczali także przykłady funkcjonowania służby zdrowia w innych krajach i istniejących tam rozwiązań prawnych.

Ciąg dalszy na następnej stronie

Ciąg dalszy ze strony 11

– Wiem, że ze względu na wagę problemu zdecydowaliście Państwo o potrzebie organizowania takiej konferencji cyklicznie, co roku. A jesienią ukaże się publikacja pokonferencyjna. Chciałabym więc zapytać w ślad za tematem konferencji: *Dokąd zmierza polskie prawo medyczne i farmaceutyczne?*

– Myślę, że najpierw należałoby się zastanowić nad tym, dokąd w ogóle zmierza prawo medyczne i farmaceutyczne na świecie? Czy granice dozwolonego działania medycznego są dobrze zakreślone, czy nie nazbyt wąsko lub szeroko? Jak traktuje się działania, które co prawda medycznie są możliwe, ale być może nie powinny być realizowane ze względu na inne wartości, choćby etyczne? I dopiero na tym tle można rozważać, dokąd zmierza polskie prawo medyczne i farmaceutyczne. Bo teoretycznie zmierza ono do dostosowania całości problematyki do Europejskiej Konwencji Bioetycznej, ale czyni to dość krętą drogą. Wystarczy podać tu przykład zapłodnienia pozaustrojowego: poza rzeczywistą potrzebą ścisłego uregulowania tej kwestii, czego u nas brak, wokół tego zagadnienia toczy się zażarta walka o zmieszczenie tego problemu w istniejących ramach prawnych. Dla ustawodawcy, mówiąc wprost, wynika ona z wpływu Kościoła na sytuację w Polsce, co przekłada się na światopogląd posłów i dopuszczalne przez nich uregulowania. I tu pada pytanie: jak pogodzić dylematy moralne i światopoglądowe, by to medyczne zagadnienie zostało uregulowane rozsądnie? Na przestrzeni ostatnich lat podejmowano różne próby opracowania całościowych ustaw regulacji zapłodnienia pozaustrojowego, ale projekty te utknęły gdzieś w sejmowych szufladach. Dzisiaj chce się to zagadnienie załatwić poprzez prostą nowelizację ustawy o transplantacjach.

– Tu nieuchronnie nasuwa się pytanie, czy polskie prawo jest w ogóle przygotowane na „obsługiwanie” współczesnego sektora medycznego, w którym pojawia się coraz więcej nieistniejących jeszcze pół wieku temu problemów w rodzaju właśnie zapłodnienia pozaustrojowego, eutanazji, transplantacji, terapii genetycznych? Chodzi mi tu nie tylko o odpowiednie regulacje ustawowe, ale i o wyspecjalizowane w tej dziedzinie kancelarie prawne i wysokiej klasy ekspertów.

### Dr hab. Teresa Gardocka

jest prawnikiem, specjalistą w dziedzinie prawa i postępowania karnego oraz prawa karnego międzynarodowego, profesorem Wydziału Prawa Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. W 1977 roku obroniła doktorat, a w 1988 habilitację w zakresie prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. W latach 1973–1989 pracowała na macierzystym wydziale, zaś w latach 2003–2008 na Uczelni Łazarskiego w Warszawie, pełniąc w latach 2006–2008 funkcję Rektora uczelni. Od 2008 roku pełni funkcję dziekana Wydziału Prawa w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej, a od lipca 2011 roku także funkcję prorektora ds. dydaktyki i współpracy międzynarodowej. W SWPS prowadzi zajęcia z zakresu prawa karnego procesowego, prawa karnego międzynarodowego oraz wprowadzenia do prawa dla studentów kierunków humanistycznych i społecznych. W wolnym czasie czyta książki, przede wszystkim wspomnienia z okresu II wojny światowej. Ostatnie publikacje: *Postępowanie karne*-podręcznik (2005) oraz rozdziały w książkach: *Kary długoterminowe* (2006), *Obywatelskie prawo do informacji* (2008), *Dylematy Praw Człowieka* (2008), *Korporacje transnarodowe* (2009), *Prawna ochrona dóbr kultury* (2008), *Kodeks karny i Kodeks postępowania karnego po dziesięciu latach obowiązywania. Ocena i perspektywy zmian* (2009), *Zawody prawnicze* (2010), *Kulturoznawstwo – dyscyplina bez dyscypliny* (2010), *Mowa nienawiści a wolność słowa* (2010), *Odmiany życia społecznego współczesnej Polski. Instytucje-Polityka-Kultura* (2010), *Czy istnieje IV władza? Wolność prasy w teorii i praktyce* (2010), *Karnomaterialne i procesowe aspekty naprawienia szkody* (2010), *Węzłowe problemy procesu karnego, VIII sesja panelowa Ochrona wolności a proces karny* (2010), *Prawa mniejszości narodowych* (2010), *Uchodźcy w Polsce i Europie. Stan prawny i rzeczywistość* (2010), *Komentarz on-line do Kodeksu karnego* (Legalis).



– Niestety, polskie prawo nie jest na to przygotowane w żadnym aspekcie! Przede wszystkim wynika to z faktu, że prawo powinno obsługiwać pewne ściśle określone procedury, a tych w Polsce albo nie ma, albo funkcjonują na dziko, bo brak tu odpowiednich regulacji. Prawo nie jest także przygotowane do organizacyjnej obsługi leczenia, ponieważ możliwości sektora niepublicznego są u nas właściwie takie same, jak sektora publicznego. Natomiast prawna regulacja tego zagadnienia jest co najmniej niejasna, co rodzi liczne problemy w praktyce — dowodzą tego na przykład kontrakty z NFZ-em. I aż prosi się, żeby to wreszcie uregulować! Tymczasem dyskusja dotycząca tego tematu skupia się obecnie na tym, czy podnieść składkę zdrowotną i o ile, albo jak precyzyjnie określić koszyk świadczeń, który i tak nigdy nie będzie na tyle precyzyjny, by lekarz mógł bez problemów funkcjonować. No i wreszcie trzeci problem dotyczy roszczeń pacjentów i ich rodzin w związku z *złym przebiegiem leczenia*. Celowo tak to określam, ponieważ — wbrew funkcjonującym stereotypom — te roszczenia nie zawsze są związane z jakimkolwiek zwinieniem ze strony służb medycznych. Tymczasem ludzie uważają, że każde źle zakończone leczenie powinno dawać im uprawnienie do złożenia skargi na lekarza. A ponieważ nie ma odpowiednio wyspecjalizowanych w tym prawników, podjęto próbę uschematyczenia tego problemu poprzez stworzenie pewnych procedur, które załatwiłyby możliwość odszkodowa-

nia bez rzeczywistego postępowania prawnego. Wynika to właśnie z braku dostatecznej liczby prawników, wyspecjalizowanych w obsłudze tego typu *case'ów* medycznych. Chodzi tu na przykład o szkody wywołane złym przebiegiem leczenia, czy też źle zakończonym leczeniem, bo obecnie wnoszone roszczenia — a jest ich rzeczywiście bardzo dużo — są w znacznej części nieuzasadnione. Roszczenie musi być zasadne, a więc spowodowane ewidentną winą lekarza. I tu widzę doniosłą rolę ekspertów — biegłych wysokiej klasy, którzy potrafiliby określić stopień zwinienia poprzez wykazanie związku przyczynowo-skutkowego. Przy okazji chciałabym tu obalić kolejny mit funkcjonujący w społeczeństwie: że biegli lekarze zawsze, wręcz podświadomie, w sporze pacjenta z lekarzem chronią kolegów po fachu. Moje wieloletnie doświadczenia zawodowe dowodzą, że tak nie jest.

– Liczba wspomnianych roszczeń pacjentów wskazuje na to, że w naszym społeczeństwie rośnie potrzeba dochodzenia swych praw. A jak ocenia Pani stopień świadomości prawnej w środowisku lekarskim i farmaceutycznym? Czy na studiach medycznych prowadzi się zajęcia z prawa? Czy i w jakiej formie powinno się takie zajęcia wprowadzić?

– Niestety, nie ma zajęć z prawa wpisanych w program studiów medycznych. Próbuje się robić kursy dokształcające, na przykład w ramach studiów podyplomowych, czy też oddzielnych szkoleń z prawa medycznego dla lekarzy oraz z prawa medycznego dla prawników. Muszę przyznać, że po stronie lekarzy obserwuję często nie tylko brak świadomości istnienia pewnych przepisów, ale i wręcz lekceważenie prawa. Dotyczy to na przykład tajemnicy lekarskiej: czasem mam wrażenie, że nie wszyscy medycy wiedzą, że obowiązuje ich coś takiego. Widać to choćby na płaszczyźnie towarzyskiej — jak łatwo lekarze opowiadają o zdarzeniach dotyczących identyfikowalnych osób! Z drugiej strony środowisko lekarskie ma pretensje do ustanowienia pewnych regulacji prawnych, które zadowolilyby ich moralnie. W kontekście tych sprzeczności nie potrafię ocenić, w jakiej mierze jest to pozór, a w jakiej rzeczywista potrzeba. Po stronie lekarzy jest



to już uregulowane, na przykład tzw. *klauzulą sumienia*, gdzie lekarz może odmówić wykonania pewnych zabiegów. Pytanie jednak, czy nie jest to za daleko posunięte? I czy lekarze, którzy nie domagają się takich ograniczeń, nie są stygmatyzowani w tym środowisku jako „ci, którzy zgadzają się wykonywać pewne zabiegi”. Natomiast taka klauzula po stronie farmaceutów, domagających się pozostawienia do ich wyboru, czy zechcą sprzedawać pewne środki medyczne, skądinąd przecież całkowicie dozwolone — chodzi oczywiście o środki antykoncepcyjne — jest kuriozalnym uregulowaniem prawnym! Przecież indywidualny człowiek nie może decydować o dostępności pacjenta do oferty medycznej. Inne przykłady nieświadomości prawnej — bo nie sądzę, by było to celowe lekceważenie prawa: niektórzy lekarze zdają się nie wiedzieć, że w Polsce zabieg podwiązania nasieniowodów u mężczyzn czy jajowodów u kobiet, jest wprost zakazany prawem. Niedawno głośna była w mediach sprawa lekarza, który podwiał jajowody pacjentce, bo miała już gromadkę dzieci, a on uznał, że nie powinna ich mieć więcej. Były też takie zdarzenia, że lekarze, nie pytając rodziców o zgodę, wykonywali na noworodkach, co do których były bardzo złe rokowania, inwazyjne zabiegi. I mimo że te dzieci były skazane na śmierć, to rodzice, a nie medycy powinni podejmować takie decyzje. W takich sprawach lekarze najczęściej zasłaniają się argumentem o ratowaniu zagrożonego życia, ale na to są przewidziane pewne procedury prawne i sądzę, że tu najwięcej jest nieświadomości i ratowania raczej własnej skóry. Pomijam tu oczywiście wszelkie ewidentne naruszenia prawa, gdy na przykład jedna z placówek medycznych na Wybrzeżu wykonywała zabiegi powiększania piersi, nie mając stosownych uprawnień, wskutek czego pacjentka ze Szwecji zapadła w śpiączkę. Dlatego nie wiem, czy potrzeba informacji prawnej wymaga aż wprowadzenia pewnego modułu prawnego na studiach me-

dycznych, ale z pewnością istnieje potrzeba zaszczepienia w świadomości medyków przeświadczenia, że istnieją granice prawne pewnych poczynań, a ich naruszenie powoduje przykre konsekwencje: nie tylko zawodowe czy cywilne, ale czasem i karne.

– **Znana łacińska sentencja powiada: *Medicus homo est* — Lekarz to tylko człowiek. Każdy może popełnić błąd czy uchybienie, które wynikają z niewiedzy, z pewnej nieświadomości prawnej. Czy zauważa Pani jakieś nagminnie się powtarzające?**

– Tak, ujawnianie tajemnicy lekarskiej nieupoważnionej osobie, na przykład przez telefon. Nikt przecież nie zagwarantuje, że osoba po drugiej stronie, podająca się za bliską pacjentowi, jest nią rzeczywiście. Lekarze też opowiadają o stanie zdrowia danego pacjenta przy innych pacjentach, na przykład w szpitalnych salach. To niedopuszczalne sytuacje, a często, niestety, lekceważone. Z kolei w nielecniczych okolicznościach lekarze często nie wiedzą, kto jest ustawowo zobowiązany do opieki nad pacjentem. Na przykład chcą wypisać pacjenta i przekazać pod opiekę osoby, która nie ma w stosunku do chorego żadnych obowiązków, na przykład odwiedzającego chorego bratanka czy zięcia. Bo przychodził na wizyty, dowiadywał się o stan zdrowia, wykazywał zainteresowanie.

– **A czy lekarze wiedzą, jak rozwiązać problem, gdy na przykład zaleca się przeprowadzenie operacji trzynastolatce, na którą zgadza się matka, sprzeciwia ojciec, a nastolatek też chce wyrazić swoje zdanie?**

– Zakładam, że lekarze wiedzą, że do przeprowadzenia takiego zabiegu uprawnia go jedynie zgoda obojga rodziców, jako przedstawicieli ustawowych małoletniego. Bo w razie odrębnych zdań zgody takiej może udzielić jedynie sąd rodzinny. Nie może przeważać zdanie jednego z nich, ani też, broń Boże, decyzja lekarza. No, chyba że działa on w stanie wyższej konieczności, ratując życie pacjenta. Tu

istnieje jeszcze drugi problem: czy taki młody pacjent może podjąć decyzję we własnej sprawie? W prawie mówi się, że zdanie dziecka należy uwzględnić także wtedy, gdy ma ono już dostateczne rozeznanie co do stanu własnego zdrowia. A kiedy taki moment następuje? Przyjmuje się, że wtedy, gdy ma ono 13–16 lat. Od trzynastego roku życia ma ogólne rozeznanie, natomiast w szesnastym roku już pełne. Czyli nie można uwzględnić jedynie stanowiska rodziców, należy też posłuchać, czego chciałby młody pacjent. A gdy zachodzi różnica zdań, to znów należy się odwołać do sądu rodzinnego. W Wielkiej Brytanii był niedawno przypadek dziewczynki, która domagała się zaniechania leczenia, natomiast rodzice naciskali, by terapii nie przerywać. I sprawę tę musiał rozstrzygnąć sąd. Myślę jednak, że lekarze o tym wiedzą. Chociaż owszem, chcą decydować o życiu i śmierci, czego wynik pojawia się w orzecznictwie, najczęściej dotyczącym dzieci Świadków Jehowy w sprawach związanych z przetaczaniem krwi. Lecz nawet wiedząc o tym, lekarze często nie potrafili tego wytrzymać moralnie, więc postępowali wbrew woli pacjentów czy ich rodziców.

– **W latach dziewięćdziesiątych XX wieku badacze z Harvard School of Public Health policzyli, że w Stanach Zjednoczonych każdego roku z powodu błędów lekarskich może umierać nawet 100 tysięcy osób. Wyniki zszokowały opinię publiczną, a gdy podobne badania przeprowadzili Niemcy i Brytyjczycy okazało się, że są one częstszą przyczyną zgonów niż rak. W jaki sposób lekarz, na przykład onkolog, którego specyfika pracy powoduje częsty kontakt z pacjentami w stanie ciężkim, nierzadko terminalnym, może zabezpieczyć się prawnie od odpowiedzialności za posądzenie o popełnienie błędów w leczeniu?**

– Jedyną formą zabezpieczenia się jest ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Lekarz powinien być tak ubezpieczony na wypadek, gdy sąd stwierdzi jego winę w sensie cywilnym. Dzięki temu nie musi sam płacić odszkodowania. Natomiast roszczenia pacjentów i ich rodzin, jak już wspominałam, są w przeważającej mierze nieuzasadnione. Wynika to z faktu, że ludzie uważają, że jeśli istnieje jakakolwiek procedura medyczna, to lekarz ma obowiązek ją zastosować. Natomiast lekarza ograniczają dwie kwestie. Po pierwsze, wie on, że ta możliwa do zastosowania procedura medyczna w tym przypadku nie spełni określonego celu, chociaż może przedłużyć życie o parę tygodni. Po drugie, pacjenci nie mają prawa domagania się od lekarzy stosowania terapii niemożliwej do zastosowania ze względu na ograniczenia finansowe. Lekarz, mając ograniczoną pulę procedur, musi wiedzieć, u kogo ta procedura może być zastosowana, a u kogo nie powinna. I to jest to, co lekarza najbardziej obciąża, bo mógłby daną terapię zastosować, ale wie, że nie ma na to odpowiednich finansów. Ale tak dzieje się na całym świecie i nawet w znacznie bogatszych od nas krajach, które na służbę zdrowia przeznaczają wielokrot-



Ciąg dalszy na następnej stronie

Ciąg dalszy ze strony 13

ność naszych finansów, istnieją ograniczenia dostępności do najdroższych metod leczenia. Obecnie światła część społeczeństwa coraz bardziej przychyliła się do poglądu, że lekarze nie powinni wydawać społecznych pieniędzy przeznaczonych na leczenie, na kosztowne terapie w przypadkach całkowicie beznadziejnych. Z kolei wszelkie próby mówienia, że wszeczenie bypasów powinno następować tylko do 70 roku życia, a potem już nie, są nieuprawnione i to już tylko lekarz może ocenić. I zabezpieczenia się przed tymi pretensjami pacjentów nie ma. Zabezpieczenie może polegać tylko na ścisłym stosowaniu przyjętych procedur. Jeśli więc szpital wprowadzi taką procedurę, że o zastosowaniu pewnego zabiegu decyduje więcej niż jeden lekarz, to medyk we własnym interesie musi zadbać o to, by ta procedura została wykonana. Jeśli jest do danego specjalisty kolejka i istnieją regulacje, kto i na jakich zasadach może tę kolejkę ominąć, to lekarz który obawia się ewentualnych roszczeń, musi tej procedury skrupulatnie przestrzegać. To jest najprostszy sposób przeciwdziałania roszczeniom.

**– Czy w kontekście Pani doświadczeń prawniczych instytucja Rzecznika Praw Pacjentów zdaje egzamin? A jeśli nie, to czy nie należałoby jej zreformować i w jakim kierunku?**

– Moim prywatnym zdaniem całkowicie nie zdaje egzaminu! W ostatnich latach namnożyło się instytucji przeróżnych rzeczników: jest Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Osób Chorych Psychiczenie, Rzecznik Praw Dziecka — a wszystkie zupełnie niepotrzebne. Bo poza Rzecznikiem Praw Obywatelskich, dysponującym wyspecjalizowanymi służbami, które potrafią określić, które sprawy są zasadne i nadają się do rozpatrzenia, a które nie, żaden z wymienionych rzeczników takich możliwości nie ma. Rzecznik Praw Pacjenta jest więc biurem, do którego wpływają mniej lub bardziej uzasadnione żale i pretensje pacjentów do służby zdrowia. Ale on tej rzeki narzekań ani nie potrafi opanować, ani kontrolować funkcjonowania lecznictwa, procedur medycznych, przepływu finansów, uregulowań prawnych — po prostu nie ma takich narzędzi! Bo do kontrolowania nadużyć jest prokuratura, a do oceny odpowiedzialności cywilnej sądy. Ogranicza go także nieporównywalnie słabsza pozycja w porównaniu z ministrem zdrowia czy Rzecznikiem Praw Obywatelskich oraz zbyt wolne działanie, by podejmować interwencje, a w sprawach medycznych czas jest istotny. Uważam więc, że Rzecznik Praw Pacjenta jest instytucją zupełnie niepotrzebną. Potrzebny jest jeden Rzecznik Praw Obywatelskich, który rozstrzygnie sprawy naprawdę zasadne, po odsianiu zwykłych skarg społeczeństwa, które zawsze jest z czegoś niezadowolone. Pozostaje więc traktować instytucję Rzecznika Praw Pacjentów jako miejsce, gdzie ludzie mogą wylać swoje żale, zanim pójdą do sądu, taki plasterk, który nałożony na ranę tylko ją przysłoni, ale nie wyleczy.

**– Starożytni posilkowali się jeszcze inną sentencją: *Salus aegroti suprema lex esto!* — Zdro-**

***wie chorego najwyższym prawem! Tymczasem jeszcze przed transformacją ustrojową w naszym kraju pacjent właściwie nie miał żadnych praw, bez znajomości w szpitalu czuł się jak przedmiot, a nie podmiot badań. Nierzadko nie miał pojęcia, co mu dolega i w jakim celu jest poddawany różnym zabiegom! A za ewentualne błędy lekarskie, które zazwyczaj zamiatano pod dywan, nikt nie odpowiadał, także finansowo. Obecnie pacjent otrzymuje wyjaśnienie nękających go dolegliwości, rozumie cel zabiegów, i choć nie może liczyć na takie odszkodowania, jak na Zachodzie, to sądy stały się bardziej łaskawe w sądzaniu adekwatniejszych kwot. Czy polski pacjent ma wystarczającą świadomość przysługujących mu praw i wie, jak z nich korzystać?***

– Generalnie pacjenci są lepiej traktowani z dwóch powodów. Po pierwsze, do ustawy o prawach pacjenta wprowadzono odpowiednie procedury, które jasno określają, co mu się należy, co mu wolno i do jakiego rodzaju informacji ma prawo. I lekarze wiedzą, że jeśli takich informacji nie udzielą, to może to spowodować uzasadnione roszczenia pacjentów, już nie z powodu błędów, ale lekceważenia obowiązków zawodowych. Po drugie, wpływ na odpowiednie traktowanie pacjentów ma także przewartościowanie, które nastąpiło w świadomości lekarzy: że ludzie nie są przedmiotem działań medycznych, tylko podmiotem. Mają prawa do świadczeń, także pozamedycznych, czyli do informacji o stanie zdrowia, do zachowania tajemnicy lekarskiej, ochrony godności i tym podobnych. Natomiast co do roszczeń, to zawsze istnieje jakiś margines nieprawidłowego działania lekarza — nie w sensie lekceważenia prawa, oczywiście błędu czy podjęcia nieprawidłowej procedury, ale wynikający z konieczności operowania ogromem wiedzy i informacji. Lekarz może coś pominąć, nie zauważyć, lub dokonać pewnego wyboru. Lekarz z trzydziestoletnim doświadczeniem inaczej mógłby rozwiązać dany problem medyczny niż jego kolega, który ukończył studia przed kilkoma laty. Ale inaczej, nie zawsze znaczy gorzej, bo medycyna rozwija się w szalonym tempie, dając lekarzom coraz większe możliwości ratowania zdrowia i życia. Lekarz jest tylko człowiekiem i zawsze należy uwzględnić taki margines. Istnieje natomiast problem procedur prawnych, wyraźnie budzących kontrowersje medyczne. Na przykład prawo do decydowania o potencjalnym leczeniu lub nieleczeniu, czyli tzw. *testament życia*.

**– Czy rozumie Pani przez to dyspozycję pacjenta, by go na przykład nie reanimować czy nie podtrzymywać przy życiu za pomocą odpowiedniej aparatury?**

– Tak, jak również zastrzeżenia, by nie wykonywano na nim określonych zabiegów. Na przykład pacjent nie chce, by go leczono w wypadku złamania kręgosłupa szyjnego. Bo co prawda dane wskazują, że po pęknięciu rdzenia kręgowego w części szyjnej przeżywa 93 procent pacjentów, ale rozległego paraliżu uniknie zaledwie jedna na 50 osób. Pacjenci, u których dyspozycję taką naruszono, próbują dochodzić swych praw w sądzie, ale nie jest to jasno ure-

gulowane, bo podpisują także zgodę na leczenie. Polskie prawo na dziś dopuszcza każde rozwiązanie, co oznacza, że brak zgody na zabieg leczniczy może być wyrażony wcześniej, w formie ogólnej. Dlatego opinie, że „testamentu życia” nie można stosować w naszym prawie, nie są uzasadnione — owszem, można. Tylko w razie wątpliwości sąd będzie musiał ocenić, czy zgoda mogła być udzielona wcześniej i na ile wcześniej oraz czy w innej sytuacji niż ta, która się zdarzyła przykładowo przed dziesięciu laty, gdy pacjent był o nią pytany. Drugą kwestią są odszkodowania za tzw. *urong life*, czyli *złe życie*. Na przykład odszkodowania za konieczność urodzenia dziecka, które od samego początku było skazane na ciężkie kalectwo fizyczne czy psychiczne, stałe cierpienie, przykucie do łóżka itp. Środowisko prawnicze jest tu podzielone zarówno światopoglądowo, jak i moralnie: i jest to znacznie głębszy podział niż tylko na ideologię katolicką czy inną, na przykład tę wyznawaną przez Świadców Jehowy. Bo przypomnijmy, że przez wiele lat, dopóki nie pojawiły się odpowiednie preparaty medyczne, pacjenci tacy odmawiali przetaczania krwi, co zazwyczaj oznaczało świadomą zgodę na śmierć, której przecież można było uniknąć. I trudno tu powiedzieć, czy wystarczająco jasne przepisy prawne byłyby w stanie uregulować te dylematy, bo dla jednej sparaliżowanej osoby życie mimo wszystko ma sens i cel, a inna takiego sensu nie widzi i marzy tylko o eutanazji. Czy więc można tu precyzyjnie uregulować, kiedy życie jest „złe” i czy należy przeciwdziałać powstaniu takiego życia? Współczuję sądom, które mają o tych dylematach orzekać, bo to bardzo trudne zagadnienie i nie sądzę, byśmy kiedykolwiek doczekali się w tej kwestii jasnych rozwiązań prawnych. Podobnie zresztą jest w przypadku eutanazji. Uważam, że ten problem jest zupełnie nierozwiązywalny na gruncie regulacji prawnych i pozostaje tu jedynie trudna rola sądów w rozstrzygnięciach indywidualnych spraw.

**– Skoro już jesteśmy przy kwestiach osobowych: czy w obecnym systemie medycznym nasze dane osobowe są dostatecznie chronione? Co jakiś czas media alarmują o odnajdowaniu na śmietniku archiwalnych, niepotrzebnych już danych, które powinny zostać zutylizowane w niszczarkach, by nie trafiły w niepowołane ręce.**

– Ochrona danych osobowych jest uregulowana ustawowo i dość precyzyjnie, więc można tu podnosić jedynie problem jej przestrzegania. Nie wydaje mi się, by istniała konieczność ustanowienia wyższego poziomu ochrony. Jak już wspomniałam, problem leży raczej w lekceważącym traktowaniu anonimowości leczonych osób poprzez naruszanie tajemnicy lekarskiej, także w aspekcie osobowym, choćby na gruncie towarzyskim. Warto jednak zauważyć, że regulacje ochrony danych osobowych wiążą co prawda lekarzy i personel medyczny, ale nie inne osoby, mogące zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio mieć dostęp do takich informacji, na przykład sekretarki medyczne czy salowe. Natomiast jeśli chodzi o przekazywanie takich danych firmom ubezpieczeniowym, to nie ma tu



naprawdę żadnej łatwości w uzyskaniu danych o stanie zdrowia pacjenta.

– **Onkologów, którzy będą czytać tę rozmowę, niewątpliwie zainteresuje także temat eksperymentu medycznego i badań klinicznych. Czy regulacje ustawowe są tu w ocenie Pani Profesor wyczerpujące i nie powodują jakichś nadużyć czy obejścia prawa, które skutkowało by sprawami sądowymi?**

– Przyznam, że nic mi nie wiadomo o takich sprawach sądowych. Moim zdaniem kwestie eksperymentu medycznego są w ustawie wyczerpująco uregulowane i nie można mieć zastrzeżeń. Warto jednak zadać pytanie: od jakiego momentu działalność terapeutyczną lekarza należy traktować jako eksperyment? Bo jeśli mamy do czynienia ze skomplikowanym zabiegiem, na przykład wszczepienia zarodka ludzkiego do macicy świni, to jest to z pewnością eksperyment, wymagający stosownych procedur. Natomiast w trakcie zwykłej praktyki szpitalnej czy klinicznej są wykonywane prostsze eksperymenty, na przykład nietypowe zastosowanie leku, kompozycji leków, czy też chemioterapii niestandardowej w onkologii. Tu jednak nie wszczynają się wszystkich procedur dotyczących eksperymentu. Wydaje mi się, że tego rodzaju terapie niestandardowe nie są postrzegane przez lekarzy jako eksperyment, a raczej jako próby wykorzystania istniejących już możliwości w sposób inny niż dotychczas. Osobiście uważam, że ten margines doświadczeń jest legalny, a postęp medyczny nie byłby bez nich możliwy — inaczej zabrnęlibyśmy w jakąś ślepą uliczkę ograniczającą leczenie!

– **A propos ograniczeń: porozmawiajmy o odpowiedzialności zawodowej i etyce lekarskiej. Dwa lata temu głośno było o pani doktor z Krakowa, nazwanej przez media Janosikową. Wystawiła ona ponad 2 tysiące w pełni refundowanych recept dla inwalidów wojennych bezdomnym, którymi się opiekowała. I mimo że zarzucono jej wyłudzenie z NFZ ponad 100 tysięcy złotych, sąd z uwagi na „znikomą szkodliwość społeczną czynu” umorzył sprawę. W orzeczeniu podkreślono, że „przemawiała za tym szczerą i bezinteresowną chęć oskarżonej niesienia pomocy bezdomnym i najbiedniejszym”. Jak Pani postrzega tę sprawę jako karnistka?**

– Ta sprawa dotyczy człowieka, który wylamał się z istniejących schematów. Lekarze są przecież zobligowani do działania w pewnych ramach, w tym wypadku na rzecz osób ubezpieczonych. Ale zawsze znajdują się tacy, którzy ze względu na większą wrażliwość i wysokie standardy etyczne, wylamią się z tych ram. I ta lekarka wylamała się w taką stronę, którą ja społecznie akceptuję. Nigdy bym jej nie skazała, bo brak tu szkodliwości społecznej poza finansową. Pojawia się tu problem walenia dóbr: czy ważniejsze jest zdrowie i życie człowieka, czy naruszenie pewnych dyscyplin finansowych? Odpowiedź jest jednoznaczna. Co do wrażliwości etycznej lekarzy, to może ona też iść w inną stronę: można sobie wyobrazić lekarza, który w stosunku do noworodka, absolutnie niezdolnego do życia, nie zastosuje

żadnej terapii, ponieważ uzna to za niepotrzebne męczenie dziecka, które i tak umrze. Tu też można się będzie spotkać z oceną prawną sądu: czy działanie, a właściwie zaniechanie podyktowane etyką było ważniejsze niż konieczność zastosowania procedur medycznych? Moje rozważania zmierzają do wniosku, że nie da się wszystkich ludzi wepchnąć do jednego, określonego schematu. Czasem wrażliwość lekarska jest większa niż siła procedur — lekarze są gotowi świadomie i z poczuciem pełnej odpowiedzialności za skutki swych działań złamać te procedury. I zawsze trzeba to rozważyć z pozytywnym nastawieniem.

– **Rozmawialiśmy już o obowiązującej lekarza tajemnicy zawodowej. Istnieją jednak pewne wypadki, gdy może ona zostać ujawniona, choćby w razie podejrzenia o popełnienie przestępstwa. Dzieje się tak, gdy pacjent zjawia się na przykład na ostrym dyżurze z raną postrzałową, albo dziecko ma na ciele siniaki, mogące świadczyć o przemoc domowej. W jakich jeszcze wypadkach lekarz może być zwolniony z zachowania tajemnicy zawodowej?**

– Generalnie może być zwolniony tylko w związku z przestępstwami: gdy ma podejrzenie co do popełnienia przestępstwa w stosunku do pacjenta lub przez pacjenta, no i gdy podejrzewa stosowanie przemocy wobec dziecka — w takich wypadkach obowiązkowo musi zawiadomić policję. Natomiast podnosi się jeszcze taką kwestię: czy tajemnica lekarska

powinna wiązać, gdy nieujawnienie pewnych zdarzeń może narazić większą liczbę osób na poważne konsekwencje medyczne? Dzieje się tak na przykład przy osobach będących nosicielami HIV. Należałoby bowiem rozważyć, czy szkodliwość społeczna zachowania przez lekarza takiego faktu w tajemnicy nie jest większa, niż ujawnienie nosicielstwa osoby, o której wiadomo, że prowadzi bujne życie seksualne. Wobec jednak braku uregulowań prawnych w tym zakresie, obecnie ujawnienie takiej tajemnicy byłoby przestępstwem. Jedyne, czym lekarz mógłby się tu zasłaniać, to stan wyższej konieczności. Pytanie, czy sąd uwzględniłby ten argument?

– **Podsumowując naszą rozmowę: jakie działania z punktu widzenia prawa uważa Pani za najistotniejsze dla lepszego funkcjonowania polskiej służby zdrowia?**

– To, co dziś jest naprawdę ważne na styku prawa i medycyny, to wspomniana przeze mnie na wstępie Europejska Konwencja Bioetyczna. Reguluje ona podstawowe zasady, dotyczące między innymi takich zagadnień jak wyrażanie zgody na ingerencję we własne zdrowie, ochronę życia prywatnego, prawo do informacji o własnym stanie zdrowia, badań naukowych z wykorzystaniem ludzi, genomu czy transplantacji. Istnieje więc absolutna konieczność przyjęcia wynikających z niej rozwiązań. Niestety, te próby są niemrawe i odwlekane w czasie, niewątpliwie ze szkodą dla nas wszystkich. ■

## Europejska Konwencja Bioetyczna

zwana też Konwencją o Prawach Człowieka i Biomedycynie (*Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny*), to jedna z konwencji Rady Europy, zawarta 4 kwietnia 1997 roku w hiszpańskim mieście Oviedo. Stanowi ona podstawowy dokument na kontynencie europejskim, regulujący kontrowersyjne zagadnienia z pogranicza medycyny, etyki i prawa. Konwencja obowiązuje od 1 grudnia 1999 roku w 19 państwach europejskich. Polska nie jest jeszcze stroną Konwencji, choć podpisała ją w 1999 roku — niezbędna jest jej ratyfikacja. Konwencja zawiera jedynie najważniejsze zasady postępowania, bowiem zamiarem jej twórców było stworzenie ram prawnych dla zastosowania biologii i medycyny. Szczegółowe rozwiązania prawne są zawarte w kolejnych protokołach dodatkowych.

### Konwencja reguluje następujące kwestie:

- wyrażania zgody na ingerencję we własne zdrowie;
- ochronę życia prywatnego i prawa do informacji w zakresie ochrony zdrowia;
- genotypu (genomu) ludzkiego;
- badań naukowych z wykorzystaniem ludzi;
- transplantacji.

### Podstawowe zasady Konwencji to:

**1. Ochrona godności ludzkiej.** Konwencja w artykule 1 potwierdza ochronę godności i tożsamości wszystkich ludzi, gwarantując każdemu człowiekowi — bez jakiegokolwiek dyskryminacji — poszanowanie jego integralności i praw przy używaniu biologii i medycyny.

**2. Zasada prymatu osoby.** W biomedycynie i w badaniach naukowych może zaistnieć konflikt pomiędzy interesami jednostki a interesami społeczeństwa. Konwencja wyżej stawia interes jednostki, proklamując zasadę prymatu osoby. Nie można więc prowadzić badań naukowych kosztem człowieka.

**3. Zasada sprawiedliwego dostępu do ochrony zdrowia.** Oznacza ona taki dostęp, jaki jest zgodny z medycznymi potrzebami określonej osoby. Ochrona zdrowia rozumiana jest tu szeroko, jako zabiegi diagnostyczne, zapobiegawcze, lecznicze i rehabilitacyjne.

**4. Zgoda osoby na interwencję medyczną.** Konwencja wymaga, aby każdą interwencję medyczną w stan zdrowia osoby poprzedzało wyrażenie przez nią zgody. Taka osoba musi zostać wcześniej poinformowana o celu, naturze i ewentualnym ryzyku interwencji. Informacje muszą być przekazane w sposób jasny i zrozumiały, aby pacjent świadomie mógł podjąć decyzję. Zgoda osoby na interwencję medyczną może przybrać rozmaite formy: może być wyraźna (ustna albo pisemna) lub dorozumiana, w zależności od charakteru i doniosłości interwencji. Natomiast czynności medyczne o charakterze rutynowym nie wymagają wyraźnej zgody.

**5. Prawo do informacji o stanie zdrowia.** Wywodzi się z szerszego prawa do poszanowania życia prywatnego, zwłaszcza z art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Każdy ma prawo do poznania wszelkich informacji o stanie swojego zdrowia: to osoba jest dysponentem informacji o sobie i bez jej zgody informacje te nie powinny być przekazywane innym. Istnieją naturalne ograniczenia tego prawa, np. sąd ma prawo zlecić testy, których wyniki mogą pomóc ustalić sprawcę przestępstwa. Dopełniającym elementem jest tu także prawo do pozostania nieinformowanym, czego każdy ma prawo sobie życzyć. Możliwe są ograniczenia tego prawa, zarówno w interesie osoby (np. informacja o predyspozycji do pewnej choroby, jeżeli jest to konieczne do zapobieżenia negatywnym skutkom braku działania) lub w interesie innych osób (np. informacja o byciu chorym na chorobę zakaźną).

Do tej pory przyjęto 4 protokoły dodatkowe do Europejskiej Konwencji Bioetycznej:

- *Protokół dodatkowy o zakazie klonowania istot ludzkich;*
- *Protokół dodatkowy dotyczący transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego;*
- *Protokół dodatkowy dotyczący badań biomedycznych;*
- *Protokół dodatkowy dotyczący testów genetycznych dla celów zdrowotnych.*

