

Godność pacjenta w prawie i deontologii zawodowej

Toczące się nieustannie w ramach publicznej debaty dyskusje dotyczące praw człowieka, skłaniają do refleksji nad fundamentem tych praw, jakim jest godność człowieka. Zagadnienie to posiada szczególnie istotne znaczenie w odniesieniu do osoby pacjenta, zważywszy nie tylko na jego szczególną sytuację w relacji pacjent–lekarz, ale także biorąc pod uwagę szeroko dyskutowane zagadnienia aborcji czy eutanazji przedstawiane niekiedy jako jedne z „praw człowieka”, mających rzekomo chronić godność matki-pacjentki czy też pacjenta w stanie terminalnym. Należy bowiem w szczególny sposób przyrzeć się ochronie godności tych osób, których pozycja w stosunkach społecznych może cechować się swego rodzaju zachwianiem, nierównością czy upośledzeniem. Jedną z takich grup są bez wątpienia osoby chore, a więc w znacznej mierze osoby posiadające status pacjenta. Pacjent jako taki, wchodząc w interakcję z lekarzem czy innymi członkami personelu medycznego, już od pierwszych chwil kontaktu musi *de facto* liczyć się z pewną przewagą, jaką zyskuje nad nim druga strona tej relacji. Wynika to ze szczególnej specyfiki udzielania szeroko rozumianej pomocy medycznej, kiedy to pacjent powierza się niejako w ręce personelu medycznego, przy czym musi wykazać się nieraz sporą dozą zaufania, odsłaniając się w pewien sposób przed w gruncie rzeczy obcymi osobami, a zarazem narażając na zwiększone ryzyko naruszenia własnych dóbr osobistych, w tym godności, będącej jednocześnie podstawą tychże dóbr, jak i dobrem osobistym o fundamentalnym znaczeniu. Wyjątkowe położenie pacjenta, nacechowane zwykle przymusowością, uwidacznia się zwłaszcza w przypadku pacjentów ciężko chorych lub będących w stanach terminalnych, gdzie oprócz pewnej paternalistycznej formy relacji, pacjent obciążony jest dodatkowo złym stanem zdrowia w wymiarze fizycznym lub psychicznym, co często skutkować będzie niemożliwością podjęcia obrony własnych praw i dóbr. Wystarczy bowiem sięgnąć pamięcią niedaleko wstecz, aby przywołać wydarzenia znane czy to z autopsji, czy z opowieści bliskich osób lub też z różnorodnych przekazów medialnych, w których doszło do różnej maści naruszeń godności pacjenta przez lekarza. Ponadto wydarzenia ostatnich tygodni związane z epidemią COVID-19 uwidaczniają, jak ważne dla realizacji praw człowieka, a co za tym idzie praw pacjenta, jest postrzeganie ich przez pryzmat godności ludzkiej stanowiącej źródło wszelkich praw przysługujących jednostce. Wystarczy bowiem przypomnieć dylematy, przed jakimi stanęła służba zdrowia w państwach zachodniej i południowej Europy, dotyczące tego, których pacjentów, z uwagi na chociażby brak sprzętu medycznego, należy ratować, a których nie. Z doniesień medialnych można było wyczytać, iż włoscy lekarze kierować będą się wiekiem oraz stanem zdrowia pacjenta², z kolei wytyczne dla lekarzy w Hiszpanii nakazują im bra-

¹ Wydział Prawa i Administracji UAM, magister.

² <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/na-swiecie/10305635/koronawirus-wloscy-lekarze-musza-wybiernac-komu-ratowac-zycie-pierwszenstwo-dla-mlodszych.html>, 24.03.2020.

nie pod uwagę również „wartości społecznej ratowanych osób”³ (sic!). Co więcej, od 1 kwietnia 2020 r. zgodnie z wytycznymi brytyjskiego National Health Service personel medyczny będzie mógł odmówić leczenia (poza wypadkami zagrożenia życia) pacjentom homofobicznym, rasistowskim lub seksistowskim, a więc niejako stosując kryteria ocenne w odniesieniu do poglądów reprezentowanych przez danego pacjenta⁴. Przedstawione powyżej okoliczności w sposób szczególny uzasadniają pochylenie się nad przedstawionym w niniejszym artykule tematem.

Godność pacjenta w rozumieniu ontycznym (jako godność osobowa) chroniona jest na podstawie ogólnych regulacji prawa zarówno krajowego, jak i międzynarodowego, które ochroną obejmują godność każdej jednostki⁵. Również z przepisów polskiego kodeksu cywilnego, a zwłaszcza spośród tych dotyczących ochrony czci osoby ludzkiej, można wywieść ochronę godności osobistej pacjenta. Nie może bowiem budzić wątpliwości to, że pacjent jest człowiekiem, zaś człowiek stając się pacjentem nie może utracić z tego tytułu należnych mu praw, ani też godności wypływającej z jego człowieczeństwa. Jednakże ze względu na szczególny status prawny pacjenta ustawodawca postanowił pójść krok dalej i tematykę ochrony godności pacjenta uregulować w szczególny sposób. W niniejszym artykule, mając na uwadze jego ograniczony rozmiar, postanowiłem przeanalizować zagadnienie ochrony godności pacjenta w takim zakresie, w jakim zostało ono uregulowane w rozdziale 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej jako: u.p.p.), a więc obejmującym prawo pacjenta do poszanowania jego godności i intymności, prawo do umierania w spokoju i godności, prawo do leczenia bólu oraz powiązane z nimi uprawnienia. Powyższe nie stoi jednak na przeszkodzie temu, aby odwołać się do pozostałych aktów prawnych oraz kodeksów etyki zawodowej gwarantujących ochronę wskazanych powyżej aspektów godności pacjenta.

Aktami prawa polskiego, które wprost chronią godność pacjenta są wspomniana powyżej ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶ oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷ (dalej jako: u.z.l.). Art. 20 u.p.p. chroni bowiem prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności. Z powyższą regulacją skorelowany jest art. 22 ust. 1 u.p.p. oraz art. 36 u.z.l. ust. 1, które nakładają na lekarza obowiązek poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania mu świadczeń. Z kolei art. 36 ust. 3 u.z.l. nakłada na lekarza obowiązek dbałości także o to, aby również pozostały personel medyczny miał na uwadze ochronę godności pacjenta. Wskazuje się również, choć nie

³ <https://www.rmfm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/europa/news-hispania-lekarze-beda-wyberac-kogo-ratowac-jedno-z-kryteri,1Id,4393242>, 24.03.2020.

⁴ <https://tygodnik.tvp.pl/47056165/lekarz-nie-pomoze-choremu-rasiscie-chyba-ze-ten-bedzie-umieral>, 24.03.2020; <https://www.dailywire.com/news/report-uks-national-health-service-can-refuse-to-treat-racist-sexist-and-homophobic-patients-under-new-rules>, 24.03.2020.

⁵ A. Gurbiel, *Prawo do poszanowania intymności i godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych według prawa polskiego*, w: *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016, s. 161; L. Bosek, *Dział IV. Rozdział 9. Status pacjenta*, w: *Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 771.

⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. 2019, poz. 1127.

⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz. U. 2019, poz. 537.

wynika to wprost z treści powyższego przepisu, że w przypadku placówek uczestniczących w kształceniu personelu medycznego lekarz powinien zatroszczyć się również o to, aby także studenci i inne osoby dokształcające się, a uczestniczące w udzielaniu świadczenia pacjentowi, szanowały jego godność⁸. W praktyce lekarz powinien więc reagować na każdy zaobserwowany lub zgłoszony mu przez inne osoby przypadek naruszenia godności pacjenta⁹, np. poprzez zwrócenie uwagi na niewłaściwe zachowanie się i wskazanie wzorca właściwego postępowania¹⁰.

Wskazuje się, że prawo do poszanowania intymności dotyczy prywatności pacjenta i wynika z konstytucyjnego standardu określającego prawo jednostki do prywatności¹¹. Z kolei prawo do poszanowania godności ma na celu ochronę subiektywnego i wewnętrznego poczucia wartości danego pacjenta¹², a więc zdaniem M. Boratyńskiej i P. Konieczniaka dotyczy ono godności osobistej¹³. Odmiennie zdanie wyraził K. Szczucki, który kategorię godności w świetle u.z.l. odnosi do godności z art. 30 Konstytucji RP, a więc godności w jej ujęciu ontycznym, czyli osobowym¹⁴. Nie sposób nie przyznać racji powyższemu pogładowi, gdyż wszelkie rodzaje godności (a więc godność osobowościowa, osobista, czy społeczna¹⁵) wypływają z godności osobowej ujmowanej jako wartość ponadnormatywna i są od niej zależne¹⁶. K. Szczucki słusznie bowiem argumentuje, że naruszenie jednego z rodzajów godności często pociąga za sobą naruszenie pozostałych, zaś jedynie uznanie, że u.p.p. i u.z.l. traktują o godności osobowej pozwala w sposób całościowy ująć skorelowane ze sobą w tym względzie obowiązki lekarza i prawo pacjenta¹⁷.

W prawie międzynarodowym ochronę godność pacjenta można, o czym już wspomniano powyżej, wywieść przede wszystkim z regulacji chroniących godność człowieka jako takiego. Wprost zaś za cel, co zostało mocno podkreślone preambule i art. 1, ochronę godności ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny postawiła sobie Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 r. wraz z dodatkowymi protokołami. Postanowienia chroniące godność pacjenta oraz jego prywatność zawarte zostały także w Deklaracji w sprawie Promocji Praw Pacjentów w Europie sporządzonej pod auspicjami WHO w 1994 r.¹⁸, Deklaracji Helsińskiej dot. etycznych zasad prowadze-

⁸ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 26.

⁹ L. Caban, *Art. 36, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopec, Warszawa 2016, s. 694.

¹⁰ M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, s. 666.

¹¹ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 441.

¹² A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 159; A. Gurbiel, *Prawo...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 161.

¹³ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 385.

¹⁴ K. Szczucki, *Dział V. Rozdział 14. Obowiązki podmiotów leczniczych, w: Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 963.

¹⁵ F. J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, Lublin 2001, s. 18–20.

¹⁶ K. Szczucki, *op. cit.*, s. 964.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Zob. pkt 4.7 i 4.8 oraz 5.8 i 5.11, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf, 24 marca 2020.

nia badań medycznych z udziałem ludzi z 1964 r.¹⁹ oraz przyjętej przez Światowe Towarzystwo Medyczne: Deklaracji Lizbońskiej w sprawie Praw Pacjentów z 1981 r.²⁰ i Deklaracji Weneckiej o stanach terminalnych z 1983 r.²¹

Warto wspomnieć, że poszanowanie godności i intymności pacjenta nakazują przedstawicielom zawodów medycznych nie tylko normy prawa powszechnie obowiązującego, ale także kodeksy etyki zawodowej. Kreują więc one nie tylko obowiązek prawny, ale również etyczny wobec przedstawicieli powyższych zawodów²². Obowiązek ten wysłowiony został m.in. w art. 12 Kodeksu etyki lekarskiej²³ (dalej jako: „KEL”), art. 3 pkt a) Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP²⁴, a nawet w preambule oraz art. 3 i 24 Kodeksu etyki zawodowej ratownika medycznego²⁵. Stosowne regulacje zawierają również kodeksy etyczne dotyczące przedstawicieli zawodów medycznych uchwalane na szczelbu współpracy międzynarodowej²⁶. Zasadność powyższych regulacji na polu deontologii zawodowej wynika stąd, że zadaniem lekarzy i pracowników służby zdrowia jest nie tylko leczenie pacjenta, ale również udzielenie mu wsparcia moralnego tak, aby proces leczenia nie powodował u niego dodatkowych obciążeń psychicznych wywołanych chociażby zachowaniami personelu medycznego uderzającymi we wrażliwą sferę jego godności czy intymności²⁷.

Prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta pomimo tego, że w świetle u.p.p. oraz u.z.l. jawi się jako jednorodne, postrzegane jest przez doktrynę jako dwa odrębne prawa, które jednak są ze sobą związane²⁸, chociażby ze względu na to, że zarówno godność osobista, jak i prywatność w sposób zasadniczy wiążą się z konstytucyjnym nakazem poszanowania godności stanowiącej przejaw człowieczeństwa jednostki²⁹.

W doktrynie podkreśla się, że prawo do poszanowania godności przysługuje pacjentowi nie tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, ale również pod-

¹⁹ Zob. pkt 10, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>, 24 marca 2020.

²⁰ Zob. zasada 10, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>, 24 marca 2020.

²¹ Zob. zasada 2, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness/>, 24 marca 2020.

²² D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 441.

²³ Kodeks etyki lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004.

²⁴ Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty uchwałą nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku.

²⁵ Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego przyjęty na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych w Krakowie dnia 12 października 2013 r.

²⁶ Zob. Międzynarodowy kodeks etyki medycznej, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>, 4 stycznia 2018 r.; Kodeks etyki dla pielęgniarek Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, http://www.ptp.na1.pl/pliki/kodeks_etyki_icn_2007.pdf, 24 marca 2020.

²⁷ A. Dyszlewska-Tarnawska, *Art. 36*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2010, s. 320–321.

²⁸ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 442–443; Ł. Caban, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 692; M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 663; L. Bosek, *Dział V. Rozdział 11. Prawa pacjenta*, w: *Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 770.

²⁹ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 442–443.

czas całego pobytu w jednostce udzielającej tych świadczeń, zarówno przed jak i po ich udzieleniu³⁰. Ponadto osobami zobowiązanymi do poszanowania godności pacjenta są nie tylko członkowie personelu medycznego, ale także wszyscy pracownicy danego podmiotu, np. pracownicy administracji³¹. Powyżej wskazane osoby mają obowiązek traktować każdego z pacjentów w sposób zgodny z przysługującą mu godnością wynikającą z jego podmiotowości, niezależnie od wieku, płci czy rasy lub też jakichkolwiek innych czynników³². Zarówno zachowanie, jak i wypowiedzi czy to personelu medycznego, czy też pozostałych pracowników ocenia się przez pryzmat stosunków ogólnoludzkich, a więc nie powinny one przybierać formy obraźliwej, szyderczej, prześmiewczej³³, a nawet lekceważącej, czy zaledwie niegrzecznej³⁴, lecz życzliwą, wyrozumiałą³⁵, taktowną i cierpliwą³⁶. Wykluczone jest zatem odnoszenie się do pacjenta w sposób wyniosły, a także komentowanie i formułowanie ocen dotyczących jego stylu życia³⁷, czy też próbowanie narzucenia własnego światopoglądu³⁸. Ponadto, treść przekazywanych informacji i komunikatów musi być tak sformułowana, aby pacjent zrozumiał ją w sposób pełny³⁹ oraz otrzymał rzetelną informację we wszelkich kwestiach dotyczących jego zdrowia⁴⁰, a także w zakresie przysługujących mu praw⁴¹, organizacji podmiotu medycznego, wnoszenia skarg, czy odpowiedzialności poszczególnych osób⁴². Pacjent ma prawo oczekiwać, że jego poczucie godności będzie respektowane przez lekarzy i personel medyczny oraz że ich postępowanie będzie zgodne z zasadami współżycia społecznego⁴³ oraz nacechowane zdrowym dystansem⁴⁴. Należy przy tym pamiętać, że naruszenie godności pacjenta może być dokonane jedynie w sposób umyślny, zaś tak jak w przypadku naruszenia każdego innego dobra osobistego, niewystarczające jest jedynie subiektywne uczucie urazy, gdyż całokształt sytuacji powinien być oceniany przy uwzględnieniu ocen społecznych, co w przypadku ochrony pacjenta

³⁰ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 159; M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 663.

³¹ *Ibidem*, s. 478.

³² *Ibidem*, s. 160; M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 667; A. Dyszlewska-Tarnawska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. L. Ogiegło, s. 327.

³³ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 160; A. Dyszlewska-Tarnawska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. L. Ogiegło, s. 327.

³⁴ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 386.

³⁵ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 160; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 445; M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

³⁶ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446; M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

³⁷ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446.

³⁸ M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

³⁹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 160; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446.

⁴⁰ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446.

⁴¹ M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668; Ł. Caban, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 692.

⁴² M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

⁴³ A. Gurbiel, *Prawo...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 161; M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 667.

⁴⁴ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446.

uniemożliwia dochodzenia rzekomych roszczeń przez piniaczy o przesadnym poczuciu własnej wartości⁴⁵.

Wskazuje się również na szereg innych przykładowych naruszeń godności pacjenta. Jednym z nich jest zadawanie zbędnego bólu, które może przejawiać się chociażby w nieumiejętnym wykonywaniu zabiegu czy badania, m.in. poprzez niedbałe przeprowadzenie iniekcji, czy brak staranności w zmianie opatrunków⁴⁶, a także karmienie pacjenta sondą wbrew jego woli w sytuacji, gdy zachowana została zdolność przełykania⁴⁷. Powyższe zagadnienie obejmuje zarazem prawo pacjenta do znieczulenia, o ile nie sprzeciwiają się temu względy medyczne⁴⁸. Prawo to mieszczące się w prawie do poszanowania godności *sensu largo* zostało wyrażone w art. 20a u.p.p. Zgodnie z treścią zawartej tam normy prawnej pacjent ma prawo do leczenia bólu, zaś na podmiocie leczniczym spoczywa obowiązek leczenia bólu, określenia stopnia jego natężenia oraz monitorowania skuteczności takiego leczenia. We wspomnianej sytuacji, jeśli odmowa zaaplikowania znieczulenia na żądanie pacjenta nie wynika z przeciwwskazań, również dochodzi do naruszenia godności pacjenta⁴⁹. Kolejnym przykładem działań lekarzy lub personelu pielęgniarskiego będzie przeprowadzenie wywiadu w obecności innych osób⁵⁰, a także niezapewnienie czystości pomieszczeń czy też pościeli⁵¹.

Godność pacjenta podlega ochronie zwłaszcza w tak szczególnym momencie jakim jest śmierć. Słusznie, zdaniem M. Boratyńskiej i P. Konieczniaka, można dopatrywać się tutaj godności w jej przyrodzonym znaczeniu, to jest godności osobowej, gdyż przepis ten ma na celu zapewnienie pacjentowi takiej opieki i otoczenia, które będzie „odpowiadało powadze śmierci”⁵². Prawo to uregulowane zostało nie tylko w art. 20 ust. 2 u.p.p., albowiem obowiązek zapewnienia pacjentowi „godnych warunków umierania” nakłada na lekarzy również art. 30 KEL. Problematykę dotyczącą opieki nad pacjentem w stanie terminalnym dotykającą bezpośrednio zarówno jakości jego życia, jak i działań mających na celu ochronę jego godności w sposób szerszy reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej oraz hospicyjnej⁵³.

Z powyższego prawa wywodzi się szereg pomniejszych uprawnień, które obejmują zapewnienie pacjentowi umierającemu spokoju, kontaktu z osobami bliskimi aż

⁴⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 386.

⁴⁶ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta w stanie terminalnym*, w: *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446; M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

⁴⁷ M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

⁴⁸ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446; Ł. Caban, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 692–693.

⁴⁹ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 446; M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

⁵⁰ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 668.

⁵¹ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150.

⁵² M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 384–386.

⁵³ Dz. U. 2013, poz. 1374.

do momentu śmierci, a także opieki duszpasterskiej⁵⁴. Pacjent może również zażądać wypisania ze szpitala, gdyż chce umierać w domu w otoczeniu najbliższych mu osób. W takiej sytuacji należy uszanować jego wolę nawet, jeżeli wiązać się to będzie z niemożliwością zapewnienia takiej samej jakości leczenia co w szpitalu, przy jednoczesnym poinformowaniu pacjenta o możliwych konsekwencjach takiej rezygnacji⁵⁵. Istotnym elementem powyższego prawa w sposób szczególny wyróżnionym zarówno w u.p.p., jak i powyższym rozporządzeniu jest leczenie mające na celu znielowanie lub przynajmniej złagodzenie cierpienia pacjenta w stanie terminalnym⁵⁶, które przebiegać powinno zgodnie ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia⁵⁷. Obowiązek zawarty w art. 30 KEL również łączy się z łagodzeniem „cierpienia chorych w stanach terminalnych”, a ponadto z troską o „jakość kończącego się życia”. Troska ta powinna przejawiać się w dążeniu do zapewnienia maksymalnie wysokiej na dany moment jakości życia pacjenta w stanie terminalnym⁵⁸, której polepszeniu ma służyć gwarantowana na gruncie wyżej wymienionego rozporządzenia profesjonalna opieka pielęgnacyjna⁵⁹. Właściwe podejście personelu pielęgniarstwa jest w tym zakresie na tyle istotne, że jak podkreśla się w doktrynie, przejawiać się powinno nie tylko w profesjonalnych zabiegach, ale nawet w tak drobnych szczegółach jak właściwe ułożenie pacjenta, podawanie mu płynów czy towarzyszenie mu, a zwłaszcza gdy pacjent nie jest w stanie werbalnie zakomunikować swoich potrzeb, wówczas odgadywanie jego potrzeb i ich realizowanie⁶⁰. Równie ważnym co opieka pielęgnacyjna środkiem zapewnienia godnych warunków śmierci pacjenta, jest zapewnienie mu wsparcia psychologicznego⁶¹, aż po konieczność zaaplikowania środków psychotropowych⁶². Pacjent umierający ma ponadto prawo do pełnej informacji o stanie swojego zdrowia⁶³, jednakże z zastrzeżeniem, że przysługuje mu również prawo do nieinformowania go w zakresie wskazanym przez ustawodawcę⁶⁴, to znaczy wówczas, gdy chory zastrzeże,

⁵⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 161; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 448–450.

⁵⁵ L. Bosek, *Dział IV. Rozdział 9. Status pacjenta*, w: *Instytucje...*, red. M. Safjan, L. Bosek, s. 771.

⁵⁶ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 161; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 448–449.

⁵⁷ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 448.

⁵⁸ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 449.

⁵⁹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 161; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 449.

⁶⁰ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 449.

⁶¹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 161; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 449.

⁶² D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 449

⁶³ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 161; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; L. Bosek, *Dział IV. Rozdział 9. Status pacjenta*, w: *Instytucje...*, red. M. Safjan, L. Bosek, s. 772.

⁶⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 161; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150.

że nie chce być informowany np. co do niepomyślnych rokowań w wypadku nieuleczalnej choroby. Wskazuje się bowiem, że w przypadku pacjenta w stanie terminalnym znaczenie ma w głównej mierze nie proces leczenia, lecz przygotowanie się przez pacjenta na śmierć oraz gotowość do wypełnienia spoczywających na nim w związku z powyższym obowiązków⁶⁵.

Niekiedy z powyższego prawa wywodzi się również prawo do godnej śmierci, które oznacza prawo do rezygnacji przez pacjenta z uporczywej terapii⁶⁶. Stanowisko to budzi jednak poważne wątpliwości w doktrynie ze względu na konflikt zachodzący na tym polu z obowiązkiem ratowania życia, który został prawnie nałożony na przedstawicieli zawodów medycznych oraz z odpowiedzią na pytanie o granice obowiązku podtrzymywania życia pacjenta⁶⁷. Wskazuje się, że uporczywa terapia stosowna u osoby chorej polega na stosowaniu takich metod medycznych, które jedynie przedłużają cierpienie pacjenta w stanie terminalnym, a nawet godzą w jego godność⁶⁸. Co prawda rezygnacja z takiej terapii nie ma na celu pozbawienia życia lub przyspieszenia zgonu pacjenta, jak ma to miejsce w przypadku eutanazji, lecz umożliwienie zgonu pacjenta w sposób godny i naturalny. Jednakże brak wyraźnego, ustawowego uregulowania powyższego prawa prowadzić może do niesłusznego oskarżenia lekarza w konkretnym przypadku o zastosowanie eutanazji⁶⁹. Rozróżnienie pomiędzy tymi terminami wprowadza również KEL w art. 31 oraz art. 32 ust. 1. Zdaniem L. Boska w skład prawa do umierania w godności i spokoju wchodzi również możliwość żądania zaniechania czynności ratunkowych lub podtrzymujących życie⁷⁰. Wyjątek od tej sytuacji zachodzi w przypadku niecierpiącym zwłoki wówczas, gdy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody ani nie można uzyskać zgody substytucyjnej lub na drodze sądowej⁷¹.

Naruszenie dóbr osobistych, o czym wspomniano już wcześniej, częstokroć skutkować będzie również naruszeniem godności jednostki, biorąc pod uwagę stosunek łączący wszelkie dobra osobiste z godnością jako ich źródłem⁷². Ochrona godności jednostki implikuje bowiem konieczność zabezpieczenia przed nieuprawnioną interwencją także innych obszarów życia i praw człowieka, które chronioną szereg dóbr osobistych jednostki⁷³. Związek zachodzący pomiędzy godnością pacjenta a jego dobrami osobistymi szczególnie mocno zarysowuje się w przypadku naruszeń intymności pacjenta. Zagadnienie ochrony intymności pacjenta jest o tyle istotne dla tematu niniejszego artykułu, gdyż częstokroć to właśnie naruszenie intymności zarazem po-

⁶⁵ L. Bosek, *Dział IV. Rozdział 9. Status pacjenta*, w: *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 772.

⁶⁶ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 153.

⁶⁷ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 445–451.

⁶⁸ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 153.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 154, 156.

⁷⁰ L. Bosek, *Dział IV. Rozdział 9. Status pacjenta*, w: *Instytucje...*, red. M. Safjan, L. Bosek, s. 772.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² L. Garlicki, *Art. 30*, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz II*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 49–54.

⁷³ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 141; L. Bosek, *Dział V. Rozdział 11...*, w: *Instytucje prawa medycznego...*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 702.

woduje naruszenie subiektywnie pojmowanej godności pacjenta, np. w sytuacji gdy pacjenci zostaną przyjęci przez lekarza zbiorowo lub gdy uniemożliwi się pacjentowi przygotowanie do badania w zasłoniętym miejscu⁷⁴. W szczególności sposób do naruszenia intymności pacjenta dojść może nie tylko w trakcie badania czy zabiegów, w których pacjent zmuszony jest odsłonić swoją nagość, ale także już na etapie rozmowy lekarza z pacjentem poprzedzającej sam zabieg, gdy lekarz nie ograniczy się jedynie do tematów ściśle związanych ze zdrowiem pacjenta⁷⁵. Konieczne jest zatem zapewnienie pacjentowi takich warunków przeprowadzonych badań, które wyeliminują ryzyko zarówno podglądania, jak i podsłuchania pacjenta, nawet wtedy, gdy jest unieruchomiony i nie jest w stanie podnieść się z łóżka⁷⁶. Prywatność pacjenta powinna być chroniona również w trakcie spotkań z bliskimi czy rozmów z lekarzem, personelem medycznym lub z osobą duchowną, tak aby została mu zagwarantowana dyskrecja⁷⁷.

Powyżej wskazane sytuacje niosą ze sobą dużo większe ryzyko naruszenia intymności i godności pacjenta, dlatego też lekarz powinien w sposób szczególny zapobiegać wszelkim możliwym naruszeniom dóbr osobistych pacjenta, chociażby utrudniając wejście postronnym osobom do gabinetu w trakcie badania⁷⁸. Wprost stanowi o tym art. 22 ust. 2 u.p.p., zgodnie z którym osoby inne niż te, które udzielają świadczenia zdrowotne, a wykonujące zawód medyczny mogą uczestniczyć przy udzielaniu tych świadczeń, gdy zostają spełnione dwa warunki. Po pierwsze, ich obecność jest niezbędna ze względu na rodzaj świadczenia lub czynności kontrolnych wykonywanych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Po drugie, na obecność innych osób, a więc tych, których obecność nie jest niezbędna, zgodę musi wyrazić sam pacjent oraz osoba wykonująca zawód medyczny⁷⁹. Jak wskazuje D. Karkowska, krąg tych osób nie dotyczy osób bliskich pacjenta, gdyż do ich obecności nie jest wymagana zgoda udzielającego świadczenie, ani też osób, które są niezbędne do udzielenia samego świadczenia. Tak więc do owych innych osób zaliczyć można osoby pracujące w podmiocie leczniczym niestanowiące personelu medycznego, tudzież zaliczane do niego, wówczas gdy ich obecność nie jest wymaga przy udzielania danego świadczenia⁸⁰. Wskazane wyżej osoby uczestniczące przy udzielaniu pacjentowi świadczenia medycznego zostają ponadto związane tajemnicą lekarską, co znacząco wzmacnia ochronę godności i intymności pacjenta. W sytuacji, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, niezdolna do świadomego wyrażenia zgody lub całkowicie ubezwłasnowolniona, wówczas zgodę tę wyraża przedstawiciel ustawowy i osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego, wykonująca zawód medyczny. W doktrynie podnoszą się jednak głosy, że ze względu na *ratio legis* ochrony intymności pacjenta, należy stwierdzić, że małoletni, którzy ukończyli 16 lat, a także osoby częściowo ubezwłasnowolnienie mogą

⁷⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 160; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; A. Dyszewska-Tarnawska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. L. Ogiełło, s. 323.

⁷⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 382–383.

⁷⁶ A. Dyszewska-Tarnawska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. L. Ogiełło, s. 320–321, 473; Ł. Caban, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 692.

⁷⁷ D. Karkowska, *Prawa...*, s. 474–475.

⁷⁸ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, s. 384–385.

⁷⁹ D. Karkowska, *Prawa...*, s. 469.

⁸⁰ *Ibidem*, s. 469–470.

wyrazić sprzeciw co do udziału osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego, a ów sprzeciw powinien zostać uwzględniony⁸¹. Odnośnie natomiast pacjenta niemogącego świadomie wyrazić zgody, a zarazem niebędącego całkowicie ubezwłasnowolnionym, ani nieposiadającym przedstawiciela ustawowego w piśmiennictwie postuluje się, aby zgodę tę wyrażał opiekun faktyczny lub osoba bliska⁸².

Wyjątek od powyższego przepisu stanowi art. 36 ust. 4 u.z.l., który stanowi, że w placówkach o charakterze naukowym, gdy jest to niezbędne dla celów dydaktycznych przy wykonywaniu świadczenia mogą znajdować się też inne osoby bez zgody pacjenta⁸³. Decyzję odnośnie tego, czy dany zabieg lub czynność mieści się w kryterium niezbędności dla celów dydaktycznych podejmuje lekarz prowadzący⁸⁴. Pomińnięcie zgody pacjenta w powyższym przypadku nie jest jednak bezwzględne. Powyższy wyjątek dotyczy bowiem jedynie placówek, gdzie rzeczywiście przyszli adepci sztuki medycznej uczą się i pacjent powinien o tym fakcie zostać poinformowany, jak również o możliwości naruszenia jego intymności⁸⁵. Osoby przygotowujące się do zawodu medycznego oczywiście mogą wystąpić wówczas jedynie w roli obserwatorów (chyba że zgodę na udzielenie świadczenia wyrazi sam pacjent), jedynie w zakresie obejmującym cele naukowe oraz z poszanowaniem prywatności, godności i intymności pacjenta⁸⁶. Ponadto obecność osób uczących się może mieć miejsce jedynie wówczas, gdy dochodzi do udzielania świadczeń, które wpisują się w cykl leczenia pacjenta i cechują się koniecznością, nie zaś posiadają jedynie charakter pokazowy⁸⁷. Jeśliby zabieg taki miał mieć charakter demonstracyjny, wówczas uzyskanie zgody pacjenta jest konieczne, o czym stanowi również art. 51 KEL.

Jak wynika z treści rozdziału 6 u.p.p., innym aspektem ochrony godności i intymności pacjenta jest przyznane mu w art. 21 ust. 1 u.p.p. prawa do tego, aby w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi towarzyszyła osoba bliska⁸⁸. Ustęp 2 tego artykułu wprowadza pewne ograniczenia w korzystaniu z tego prawa, albowiem w związku z prawdopodobieństwem wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić pacjentowi możliwości skorzystania z przysługującego mu w tym względzie uprawnienia. Poza powyższymi wyjątkami prawo to przysługuje każdemu pacjentowi, lecz jest istotne zwłaszcza dla poszanowania godności i intymności pacjenta w stanach terminalnych, gdyż często pacjenci ci potrzebują dodatkowego wsparcia osób najbliższych z uwagi na stan

⁸¹ Ibidem, s. 468–469.

⁸² Ibidem s. 469; M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 664.

⁸³ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 150; A. Gurbiel, *Prawo...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 164; D. Karkowska, *Prawa...*, s. 471; Ł. Caban, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 693.

⁸⁴ M. Malczewska, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 666.

⁸⁵ D. Karkowska, *Prawa...*, s. 471.

⁸⁶ Ibidem, s. 472.

⁸⁷ Ibidem, s. 471.

⁸⁸ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 152; A. Gurbiel, *Prawo...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 163; Ł. Caban, *Art. 36, w: Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 693.

psychiczny czy też towarzyszący im lęk⁸⁹. Prawo to przysługuje, jak już wskazano, pacjentowi, a nie osobom bliskim i jedynie od woli pacjenta zależy, czy z tego prawa skorzysta czy też nie. Znaczenie tego prawa dobrze obrazuje przykład rodzącej kobiety, która chce, aby przy porodzie towarzyszył jej mąż lub inny członek rodziny, czy też osoba bliska⁹⁰.

Należy pamiętać, że oprócz naruszenia intymności pacjenta również ingerencja w inne jego dobra osobiste w sposób szczególny może uderzyć w jego godność. Ze względu na zakres tematyczny niniejszego artykułu wystarczy w tym miejscu zasygnalizować istnienie takich dóbr, które w odniesieniu do pacjenta przez wzgląd na jego specyficzną sytuację wymagają szczególnie silnej ochrony. Wśród szeregu dóbr osobistych pacjenta szczególnie powiązanych z godnością wymienić należy m.in. integralność cielesną i wolność, chronione m.in. poprzez prawo do wyrażenia zgody na interwencje medyczne z art. 16 u.p.p.⁹¹; wolność sumienia i wyznania, która realizuje się zwłaszcza w prawie do opieki duszpasterskiej uregulowana w rozdziale 10 u.p.p.⁹²; prywatność przejawiającą się w prawie do zachowania poufności przez personel medyczny z art. 13 u.p.p.⁹³, czy też prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego ujętego w rozdziale 9 u.p.p.⁹⁴

Przepisy prawa polskiego nie przewidują w zasadzie wyjątków polegających na możliwości ograniczenia przez lekarza prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, nawet wówczas jeżeli dochodzi do nagłego zagrożenia życia czy poważnego zagrożenia zdrowia. Ł. Caban przyjmuje jednak, że ze względu na pilność konkretnego przypadku może w tym względzie dojść do naruszenia prawnie chronionej strefy życia pacjenta⁹⁵. Niezależnie od powyższego, w przypadku naruszenia godności pacjenta zastosowanie znajduje w pierwszej kolejności art. 4 u.p.p., zgodnie z treścią którego w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Przepis art. 448 k.c. sąd może zastosować także wtedy, gdy naruszone zostanie prawo do umierania pacjenta w spokoju i godności. Wówczas na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego sąd może wówczas zasądzić sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny⁹⁶. Z kolei przepis art. 448 k.c., do którego odsyła art. 4 u.p.p. stanowi, że w przypadku naruszenia dobra osobistego (w tym przypadku pacjenta) sąd ma możliwość przyznania ofierze naruszenia odpowiedniej sumy zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na żądanie tej osoby zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez nią cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

⁸⁹ M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa pacjenta...*, w: *Prawa...*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 152.

⁹⁰ D. Karkowska, *Prawa...*, s. 468.

⁹¹ Ibidem, s. 385.

⁹² Ibidem, s. 485–486.

⁹³ Ibidem, s. 444–445.

⁹⁴ Ibidem, s. 479.

⁹⁵ Ł. Caban, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 693–694.

⁹⁶ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 442–443; M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 33–34.

W swojej treści art. 4 u.p.p. nie określa jednak, na jakich zasadach może zostać przyznane pacjentowi zadośćuczynienie, wskazuje jednak, że aby roszczenie pokrzywdzonego było dopuszczalne powinno nie tylko dojść do naruszenia dobra osobistego pacjenta, ale również musi wystąpić po jego stronie szkoda niemajątkowa, czyli krzywda w postaci cierpień fizycznych lub psychicznych⁹⁷, zaś działanie lub zaniechanie naruszydźcy musi być zawinione⁹⁸. W doktrynie wskazuje się, że również w świetle art. 448 k.c. konieczne jest nie tylko samo naruszenie dobra osobistego człowieka, a w tym przypadku pacjenta, ale także zaistnienie po jego stronie krzywdy⁹⁹. Pogląd powyższy został wielokrotnie wyrażony w orzecznictwie Sądu Najwyższego. W wyroku z 12 grudnia 2002 r. Sąd Najwyższy wskazał, że „przesłanką odpowiedzialności przewidzianej w art. 448 k.c. jest nie tylko bezprawne, ale i zawinione działanie sprawcy naruszenia dobra osobistego”¹⁰⁰. Jak słusznie wskazuje się w doktrynie, zawarte w treści niniejszego przepisu odwołanie do art. 448 k.c. decyduje o tym, że każde zawinione naruszenie praw pacjenta będzie *de facto* naruszeniem jego dóbr osobistych¹⁰¹. W świetle powyższego przepisu obowiązuje domniemanie naruszenia dóbr osobistych w sytuacji naruszenia praw pacjenta. Wystarczy jedynie, że pacjent wskaże, które z jego praw zostało naruszone, gdyż nie ciąży na nim obowiązek udowodnienia, że naruszono jego prawnie chronione dobro¹⁰². Powyższe spostrzeżenie jest istotne zwłaszcza wtedy, gdy zwróci się uwagę na bezpośredni i wieloaspektowy związek zachodzący pomiędzy ochroną dóbr osobistych pacjenta a jego godnością. W doktrynie i judykaturze wskazuje się ponadto, że art. 4 u.p.p. chroni godności i intymność pacjenta niezależnie od zachowania przez lekarza staranności ani od skuteczności samego zabiegu¹⁰³. Zawinione naruszenie praw pacjenta dotyczyć może naruszenia wszystkich praw pacjenta poza nielicznymi wyjątkami z ust. 3, tak więc art. 4 u.p.p. znajdzie zastosowanie m.in. w przypadku naruszenia prawa do intymności i poszanowania godności osobistej, w tym do umierania w spokoju i godności, a także poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, czy też prawa do opieki duszpasterkiej. Doktryna wskazuje, że przepis art. 4 u.p.p. dotyczy również naruszeń takich praw pacjenta, które nie są zawarte w u.p.p.¹⁰⁴

Ponadto, dla oceny zasadności powyższego roszczenia nie ma znaczenia, czy naruszytel działał w sposób umyślny czy nieumyślny, ani to w jakim stopniu jego działanie nacechowane było winą. Drugi ze wskazanych powyżej czynników (stopień winy) powinien wpłynąć na oszacowanie wysokości zasądanego na rzecz pokrzywdzonego zadośćuczynienia pieniężnego¹⁰⁵. Jak bowiem wskazuje Sąd Najwyższy: „Określenie

⁹⁷ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

⁹⁸ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 135; Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

⁹⁹ K. Mularski, *Art. 448*, w: *Kodeks cywilny*, t. II: *Komentarz do art. 353–626*, red. M. Gutowski, Warszawa 2016, s. 1873.

¹⁰⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2002 r., sygn. V CKN 1581/00, LEX nr 77194.

¹⁰¹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 21.

¹⁰² D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 138.

¹⁰³ M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 34.

¹⁰⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 23.

¹⁰⁵ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 135; A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

«odpowiedniej» sumy zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 448 k.c. wymaga rozważenia wszystkich okoliczności sprawy, w szczególności rodzaju naruszonego dobra i rozmiaru doznanej krzywdy, intensywności naruszenia oraz stopnia winy sprawcy, a także sytuacji majątkowej zobowiązanego (ewentualnie stopnia winy i sytuacji majątkowej zobowiązanego)¹⁰⁶. Istotne jest także to, aby kwota zadośćuczynienia przyznana ofierze naruszenia odpowiadała doznanej przezeń krzywdzie, czyli ją kompensowała, to znaczy, z jednej strony nie stanowiła dla pokrzywdzonego źródła zysku, a z drugiej pełniła funkcję represyjną wobec sprawcy naruszenia¹⁰⁷. W tym duchu wypowiada się judykatura, której zdaniem „przy żądaniu przyznania odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia na rzecz pokrzywdzonego podstawowym kryterium oceny sądu powinien być rozmiar ujemnych następstw w sferze psychicznej pokrzywdzonego bowiem celem przyznania ochrony w formie majątkowej jest zrekomensowanie i złagodzenie doznanej krzywdy moralnej. Z tych przyczyn sąd jest zobowiązany ustalić zakres cierpień pokrzywdzonego, a przy ocenie tej przesłanki nie może abstrahować od wszystkich okoliczności towarzyszących powstaniu krzywdy. Znikomość ujemnych następstw może być podstawą oddalenia powództwa o przyznanie zadośćuczynienia na rzecz pokrzywdzonego”¹⁰⁸.

Wysokość zadośćuczynienia przyznanego pacjentowi powinna też zależeć od rodzaju naruszonego dobra osobistego. Jak słusznie wskazuje K. Mularski, sąd kierując się powszechnie przyjmowanymi w społeczeństwie ocenami może dokonać hierarchizacji dóbr osobistych w ten sposób, że uzna jedne z nich za szczególnie cenne, co z kolei będzie miało przełożenie na wysokość przyznanego zadośćuczynienia. Dobrem, które w razie naruszenia powinno być za takie uznane jest zwłaszcza godność, która leży u fundamentów całego porządku prawnego Rzeczypospolitej¹⁰⁹.

Zdaniem D. Karkowskiej w przypadku naruszenia dóbr osobistych pacjenta mamy do czynienia ze zbiegiem roszczeń z art. 448 k.c. oraz 4 u.p.p., gdyż pogląd odmienny skutkowałby przyjęciem nieracjonalnego założenia, że ustawodawca chciał osłabić prawną ochronę pacjenta¹¹⁰. Należy bowiem przyjąć, iż art. 4 chroniący prawa pacjenta w żaden sposób nie zastępuje ochrony przewidzianej dla dóbr osobistych w przepisach kodeksu cywilnego¹¹¹, zaś art. 4 u.p.p. stanowi *lex specialis* w stosunku do kodeksowej regulacji z art. 448 k.c.¹¹² Katalog dóbr osobistych z art. 23, k.c., do którego w pewien sposób odnosi się art. 448 k.c., jest bowiem katalogiem otwartym, a więc obejmuje również te dobra osobiste, które chronione są przez prawa pacjenta¹¹³.

O ile w przypadku żądania zasądzenia zadośćuczynienia zarówno w świetle art. 4 ust. 1 u.p.p., jak i art. 448 k.c. legitymowanym czynnie do wystąpienia z tym roszczeniem jest pacjent, którego dobra osobiste zostały naruszone, o tyle odnośnie żądania zapłaty na określony cel społeczny krąg podmiotów uprawnionych do wystąpienia z drugim z

¹⁰⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2002 r., V CKN 1010/00, LEX nr 55467.

¹⁰⁷ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 22.

¹⁰⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 lipca 2008 r., sygn. akt I ACa 1150/06, LEX nr 470267.

¹⁰⁹ K. Mularski, *Art. 448*, w: *Kodeks cywilny...*, red. M. Gutowski, s. 1875.

¹¹⁰ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 138.

¹¹¹ *Ibidem*; A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

¹¹² D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 138.

¹¹³ *Ibidem*.

możliwych roszczeń został zakreślony w inny sposób. Przepis art. 4 ust. 2 u.p.p. przewiduje możliwość wystosowania takiego żądania nie przez samego pacjenta, lecz przewiduje szerszy krąg osób czynnie legitymowanych, obejmujący małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego i to jedynie w razie zawinione go naruszenia praw pacjenta do umierania w spokoju i godności¹¹⁴. Z kolei co ochrony przewidzianej w art. 448 k.c. sam pacjent może domagać się zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez niego cel. Obecnie w doktrynie zaczyna przeważać pogląd, zgodnie z którym roszczenia wyrażone w niniejszym artykule mają postać alternatywy łącznej, czyli mogą być dochodzone razem¹¹⁵ i jedynie od powoda zależy, którego ze środków ochrony zechce użyć¹¹⁶.

Podmiotem legitymowanym biernie, tzn. odpowiedzialnym za naruszenie godności pacjenta, a także jego dóbr osobistych będzie każdy z podmiotów, który w danym konkretnym przypadku był z mocy prawa zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta¹¹⁷ lub też taki, którego zachowanie się wiąże się z naruszeniem praw pacjenta¹¹⁸. W związku z powyższym, w przypadku naruszenia dóbr osobistych pacjenta do odpowiedzialności za działanie lub zaniechanie pociągnięta może zostać zarówno osoba wykonująca praktykę zawodową z zakresu medycyny, jak również w przypadku zaniedbań organizacyjnych podmiotu leczniczego – jego kierownik¹¹⁹ czy też sam podmiot leczniczy¹²⁰, a nawet instytucja zobowiązana do finansowania świadczeń zdrowotnych¹²¹. Istotne jest to, że zawinione zachowanie jakiegokolwiek osoby zatrudnionej przez podmiot, w którym pacjentowi udzielane jest lub ma być świadczenie zdrowotne będzie wystarczające do powstania odpowiedzialności tego podmiotu¹²². Zasadniczo o biernej legitymacji konkretnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych rozstrzygać będzie jego forma organizacyjno-prawna. Podmiotem takim będzie mógł więc być zarówno Skarb Państwa w przypadku publicznego zakładu opieki zdrowotnej w formie jednostki budżetowej czy też zakładu budżetowego, sam zakład, gdy jest nim samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, a w przypadku podmiotów prywatnych – podmiot tworzący ten zakład¹²³. Forma ta będzie miała znaczenie także w przypadku indywidualnej czy też grupowej (np. prowadzonej w postaci spółki cywilnej) praktyki prowadzonej przez lekarza czy inne osoby wykonujące zawód medyczny¹²⁴.

W tym miejscu należy również wspomnieć pokrótce o przedawnieniu, niezbywal-

¹¹⁴ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 25.

¹¹⁵ K. Mularski, *Art. 448*, w: *Kodeks cywilny...*, red. M. Gutowski, s. 1877; odmienny pogląd opowiadający się za występowaniem w tym miejscu alternatywy rozłącznej, m.in. M. Pazdan, *Art. 24*, w: *Kodeks Cywilny*, t. I: *Komentarz. Art. 1-449(10)*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2015, s. 145.

¹¹⁶ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 135–136.

¹¹⁷ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 26.

¹¹⁸ *Ibidem*, s. 25.

¹¹⁹ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 442–443; M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 669; A. Dyszlewska-Tarnawska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. L. Ogiegło, s. 324.

¹²⁰ Ł. Caban, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 694; M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 669; A. Dyszlewska-Tarnawska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. L. Ogiegło, s. 324.

¹²¹ M. Malczewska, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. E. Zielińska, s. 669.

¹²² A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

¹²³ *Ibidem*, s. 25.

¹²⁴ *Ibidem*.

ności i dziedziczeniu roszczeń z art. 4 u.p.p. Przepis art. 449 k.c. wskazuje na niezbywalność roszczenia z art. 448 k.c. za wyjątkiem tych już wymagalnych i uznanych na piśmie lub przyznanych prawomocnym wyrokiem. Ze względu na odesłanie do art. 448 k.c. obecne w art. 4 u.p.p. oraz na ściśle osobisty charakter roszczenia z art. 4 u.p.p. należy przyjąć, że także ono jest niezbywalne¹²⁵. Analogiczna sytuacja dotyczy dziedziczenia tego roszczenia, które odbywa się na zasadach zawartych w art. 445 § 3 k.c., tzn. gdy roszczenie zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego. Jak słusznie podnosi się w doktrynie na spadkobiercę przejść może jedynie konkretne roszczenie nie zaś prawo do zadośćuczynienia, które posiada charakter ściśle osobisty¹²⁶. Również do przedawnienia roszczeń z art. 4 u.p.p. stosuje się ogólne regulacje dotyczące przedawnienia roszczeń z dóbr osobistych zawarte w kodeksie cywilnym.

Wskazując na zastosowanie w stosunku do pacjenta norm prawnych zawartych w kodeksie cywilnym warto wskazać, że pacjent może wystąpić kumulatywnie obok roszczenia o zadośćuczynienie także z roszczeniem o odszkodowanie, jeżeli naruszeniu jego praw towarzyszyło powstanie szkody majątkowej¹²⁷. W powyższym przypadku odpowiedzialność lekarza opierać się będzie bądź to na ogólnych zasadach z art. 415 k.c. bądź to, w przypadku zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych, na zasadach odpowiedzialności kontraktowej z art. 471 k.c.¹²⁸ Analogicznie kształtować będzie się odpowiedzialność podmiotu leczniczego w pierwszym przypadku z art. 430 k.c., a w drugim z art. 474 k.c.¹²⁹ Niezależnie od pociągnięcia lekarza lub innego przedstawiciela personelu medycznego do odpowiedzialności cywilnej może on również ponieść odpowiedzialność dyscyplinarną lub karną¹³⁰ (np. w razie popełnienia zniewagi z art. 216 k.k., która to stanowi zarazem klarowny przykład naruszenia godności pacjenta).

Jak już zaznaczono powyżej, pacjentowi przysługuje prawo do skutecznego skorzystania z ochrony przewidzianej zarówno przez kodeks, jak i przez inne akty prawa, zaś regulacja kodeksowa w odniesieniu do jego dóbr osobistych znajdzie zastosowanie zarówno w przypadku ochrony majątkowej, jak i niemajątkowej¹³¹. Oczywiście jest bowiem, że prawa pacjenta do poszanowania jego godności i intymności stanowią przedmiot ochrony dóbr osobistych człowieka, tak więc znajdują tu zastosowanie art. 23 i 24 k.c.¹³² Chronione na ich podstawie są więc nie tylko przejawy naruszenia, ale również samo zagrożenie naruszenia wyżej wskazanych dóbr osobistych pacjenta¹³³.

Warto w tym kontekście rozważyć zasadność i możliwość zastosowania poszczególnych środków ochrony przewidzianych w art. 24 k.c. Dla skorzystania przez pacjen-

¹²⁵ Ibidem, s. 26.

¹²⁶ Ibidem, s. 23.

¹²⁷ Ibidem, s. 24; M. Kopeć (red.), *Ustawa...*, s. 694–695; M. Pazdan, *Art. 24*, w: *Kodeks...*, red. K. Pietrzykowski, s. 148.

¹²⁸ M. Kopeć (red.), *Ustawa...*, s. 694–695.

¹²⁹ Ibidem, s. 694.

¹³⁰ Ł. Caban, *Art. 36*, w: *Ustawa...*, red. M. Kopeć, s. 694; A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

¹³¹ D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 138; A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 24.

¹³² D. Karkowska, *Ustawa...*, s. 442; D. Karkowska, *Prawa...*, s. 466.

¹³³ Ibidem.

ta ze środków wskazanych w niniejszym artykule konieczne jest w danym przypadku zaktualizowanie się przesłanek ochrony: faktu istnienia dobra osobistego, zagrożenia naruszeniem lub naruszenia dobra osobistego oraz bezprawności działania naruszciciela, która objęta jest wzruszalnym domniemaniem prawnym¹³⁴. Przepis art. 24 k.c. przyznaje osobie, której dobro zostało zagrożone przez działanie innej osoby roszczenie o zaniechanie tego działania. Takie żądanie zaniechania naruszenia może nastąpić jedynie wówczas, gdy w danych okolicznościach obawa naruszenia jest uzasadniona i ma charakter obiektywny¹³⁵. Pacjent może przede wszystkim wysunąć to roszczenie w przypadku zagrożenia jego dóbr osobistych i wówczas spełni ono rolę prewencyjną, która ma zabezpieczyć przed potencjalnym naruszeniem. Ponadto może także zażądać zaniechania obok żądania usunięcia skutków dokonanego naruszenia, gdy naruszenie posiada cechę ciągłości lub występuje ryzyko dokonania kolejnych naruszeń¹³⁶. Nie trudno wyobrazić sobie sytuacje, w których doszło do naruszenia godności pacjenta, np. lekarz notorycznie przyjmuje pacjentów w stanie po spożyciu alkoholu lub pielęgniarka odnosi się stale do nich w sposób daleki od wzorca kulturalnego zachowania. Choć z pozoru pozbawione sensu wydaje się działanie pacjenta, który po wyjściu ze szpitala, w którym np. lekarz dopuścił się naruszenia jego godności, domaga się zaniechania owych naruszeń, to jednak funkcja prewencyjna może okazać się nie do przecenienia. Wyrok, w którym sąd nakazuje naruszcycielowi zaprzestania naruszeń może, co prawda na pierwszy rzut oka mieć nikłe znaczenie, ale jednak na pewno nie pozostanie bez echa w odbiorze społeczeństwa, do którego dotrze jasny przekaz, że tego konkretnego lekarza lub tej konkretnej placówki należałoby w przyszłości unikać.

Pacjent może żądać także dopełnienia czynności niezbędnych do usunięcia skutków dokonanego naruszenia. W tym względzie pacjent może domagać się zarówno usunięcia samego stanu naruszenia jego dóbr, a także zniwelowania skutków takiego naruszenia¹³⁷. Wymienione w ustawie jako przykład złożenie stosownego oświadczenia w formie przeprosin może przybrać formę prywatnego listu i mieć dla pacjenta istotne znaczenie moralne oraz przynieść odczucie wewnętrznej satysfakcji, a ponadto może stanowić formę społecznej presji wobec podmiotu leczniczego poprzez żądanie zamieszczenia stosownego oświadczenia czy też wyrazów ubolewania w środkach masowego przekazu¹³⁸, co w dalszej kolejności może przyczynić się do uniknięcia podobnych naruszeń w stosunku do innych pacjentów.

Ze wszystkich dostępnych środków ochrony najbardziej satysfakcjonującym dla pacjenta w odniesieniu do naruszenia jego dóbr osobistych oraz godności wydaje się żądanie zadośćuczynienia pieniężnego na zasadach kodeksowych lub zapłaty na określony cel społeczny. Instytucja ta została już, co prawda omówiona w poprzednim podrozdziale, jednakże zasadne jest rozważenie w tym miejscu funkcji zadośćuczynienia w kontekście zasadności zastosowania środków ochrony z art. 24 k.c. Pierwszą z tych funkcji, a zarazem podstawową i najważniejszą jest funkcja kompensacyjna, przeja-

¹³⁴ J. Panowicz-Lipska, *Art. 24*, w: *Kodeks cywilny...*, red. M. Gutowski, s. 132, 134.

¹³⁵ M. Pazdan, *Art. 24*, w: *Kodeks...*, red. K. Pietrzykowski, s. 145.

¹³⁶ Ibidem, s. 145–146; J. Panowicz-Lipska, *Art. 24*, w: *Kodeks cywilny...*, red. M. Gutowski, s. 141.

¹³⁷ M. Pazdan, *Art. 24*, w: *Kodeks...*, red. K. Pietrzykowski, s. 146–147.

¹³⁸ Ibidem, s. 147.

wiąjąca się w tym, że przyznane zadośćuczynienie ma niejako wyrównać doznane przez pokrzywdzonego negatywne doświadczenia, cierpienia i przeżycia w związku z samym faktem naruszenia jego dóbr osobistych (a więc i jego godności), a także skutkami owych naruszeń¹³⁹.

Kolejną, lecz drugorzędną funkcją zadośćuczynienia jest działanie prewencyjne (prewencyjno-wychowawcze) mające z jednej strony powstrzymać sprawcę naruszeń przed kolejnymi działaniami lub zaniechaniami godzącymi w dobra osobiste pacjenta, a z drugiej strony jasno zasygnalizować wszystkim potencjalnym sprawcom, że tego typu działanie w odbiorze społecznym jest piętnowane, a ponadto może skutkować odpowiednią reakcją wymiaru sprawiedliwości¹⁴⁰. Znaczenie tej funkcji jest nie do przecenienia właśnie na polu relacji zachodzących pomiędzy pacjentem a lekarzem, personelem medycznym czy w ogólności podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Prewencja w tej materii pomaga przede wszystkim chronić godność pacjenta jako jednostki o znacznie słabszej pozycji w stosunkach międzyludzkich w obliczu potencjalnych lub powtarzających się naruszeń. Jednakże ma ona znaczenie również dla personelu medycznego, zwłaszcza od strony pragmatycznej, ponieważ na przykład lekarz, któremu skutecznie postawiono zarzut naruszenia godności pacjenta musi się liczyć ze swego rodzaju infamią nie tylko w środowisku zawodowym, ale także wśród pacjentów, co zwłaszcza w przypadku praktyki indywidualnej może znacząco wpłynąć na rozwój jego kariery zawodowej, na wysokość zarobków, a w przypadku postępowania dyscyplinarnego również na możliwość wykonywania zawodu. Niekiedy wskazuje się również na spełnianie przez zadośćuczynienie funkcji represyjnej, które ma miejsce w przypadku żądania przez pokrzywdzonego zapłaty na określony cel społeczny. Doktryna jest w tym miejscu jednak podzielona i przeważnie przyjmuje się, że owa zapłata mieści się w szeroko rozumianej funkcji kompensacyjnej, gdyż w momencie realizacji tego roszczenia dokonuje się swoista kompensacja w postaci zaspokojenia poczucia sprawiedliwości pacjenta, którego dobro osobiste zostało naruszone¹⁴¹.

Osoba pacjenta podlega szczególnej ochronie w prawie Rzeczypospolitej oraz w prawie międzynarodowym, gdyż ze względu na stan fizycznej lub psychicznej ułomności jej dobra osobiste wystawione są w większym stopniu na negatywne oddziaływania ze strony innych osób. Zgodnie z łacińską sentencją „*salus aegroti suprema lex*” osoba chora słusznie może, a nawet powinna, oczekiwać, że jej prawa będą respektowane zwłaszcza przez lekarzy i członków personelu medycznego. Relacja łącząca pacjenta z lekarzem z uwagi na swoją specyfikę, a zwłaszcza na konieczność odsłonięcia przez chorego wielu elementów ze sfery jego prywatnego życia, stanowi sferę szczególnego zagrożenia dóbr osobistych i godności pacjenta. W związku z tym przedstawiciele służby zdrowia powinni w swoim postępowaniu kierować się w stosunku do pacjentów fundamentalną zasadą poszanowania godności osobowej każdego pacjenta, ale również szczególną wagę przykładając do tego, aby swoim zachowaniem nie ranić nieraz subtelnego i wrażliwego poczucia własnej wartości pacjentów, czyli ich godności osobistej.

Wśród aktów prawnych stawiających sobie za cele ochronę godności pacjenta znajduje się szereg konwencji międzynarodowych, w tym m.in. Konwencja o ochronie

¹³⁹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa...*, s. 22.

¹⁴⁰ *Ibidem*, s. 23.

¹⁴¹ *Ibidem*.

praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny. Z kolei polski porządek prawny w u.p.p. oraz u.z.l. otacza ochroną godność pacjenta, a jednocześnie nakłada na przedstawicieli służby zdrowia oraz personel placówek medycznych prawny obowiązek poszanowania tejże godności. Prawny obowiązek ochrony godności pacjenta zostaje wzmocniony poprzez moralną powinność wyrażoną w kodeksach deontologii zawodowej uchwalanych na szczeblu polskim i międzynarodowym. Godność pacjenta powinna zostać uszanowana podczas całego pobytu w placówce świadczącej, zaś personel takiej placówki nie może w żadnej mierze uzależniać poszanowania godności pacjenta od jakichkolwiek czynników, takich jak wiek, płeć czy rasa. Postawa personelu medycznego i pozostałych pracowników oceniana jest na podstawie zasad współżycia społecznego, dlatego też ich zachowanie się w stosunku do pacjenta powinno cechować się życzliwością i wyrozumiałością, zaś wszelkie przejawy lekceważenia, wyniosłości, ingerencji w prywatność pacjenta lub jego światopogląd, a także braku szacunku czy taktu kwalifikować się będą jako godzące w godność pacjenta. Przedstawiciele doktryny w tym względzie nie pozostawiają złudzeń, gdyż wymieniane przez nich przykłady naruszeń wskazują na bardzo rygorystyczne podejście doktryny do kwestii godności pacjenta i szerokie ujmowanie jej ochrony. Wskazuje się bowiem, że w godność pacjenta godzić mogą nie tylko tak jaskrawe sytuacje, jak zadawanie zbędnego bólu czy obrażanie pacjenta przez lekarza, ale również nierzetelna, niejasna lub niepełna treść przekazywanych informacji, zwłaszcza w zakresie przysługujących mu praw, czy też organizacji placówki medycznej. Wskazać należy, że wymóg umyślności po stronie naruszydciela, a także ocenianie potencjalnych naruszeń przez pryzmat obiektywnych ocen społecznych stanowią dostateczną ochronę przed pieniactwem ze strony przewrażliwionych pacjentów.

Szczególnym przejawem prawa pacjenta do poszanowania jego godności jest prawo do godnej i spokojnej śmierci. Doniosłość tego prawa wynika z samej istoty tej chwili, jaką dla człowieka jest śmierć, a więc wiąże z koniecznością zapewnienia takich warunków, które będą odpowiadały znaczeniu i powadze śmierci. Prawo to przejawia się także w zagwarantowaniu konającemu jak najwyższej na dany moment jakości opieki, łagodzeniu cierpienia fizycznych oraz udzieleniu wsparcia natury psychologicznej. Z uwagi na powyższe, opieka nad pacjentem w stanie terminalnym poddana jest bardziej szczegółowym regulacjom zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Prawo polskie nie tylko gwarantuje osobie umierającej godną i spokojną śmierć, ale także w szczególny sposób nakazuje uwzględniać wolę takiego pacjenta wyrażaną m.in. w pragnieniu spędzenia ostatnich chwil życia w otoczeniu najbliższych czy nawet we własnym domu. Ze względu na stan w jakim znajduje się umierający pacjent doktryna wskazuje na konieczność szczególnej dbałości, jaką powinien nawet w drobnych szczegółach wykazywać zwłaszcza personel pielęgniarski. Wątpliwości na gruncie doktryny budzi stanowisko, zgodnie z którym jednym z uprawnień wchodzących w skład prawa do godnej śmierci jest prawo do rezygnacji z terapii uporczywej. Natomiast nie budzi wątpliwości to, że z prawa tego nie można wywodzić „prawa do aborcji”.

Wynikające ze źródłowego charakteru godności powiązania zachodzące pomiędzy godnością człowieka i pacjenta a jego dobrami osobistymi wielokrotnie prowadzą do tego, że naruszenie danego dobra osobistego, np. integralności cielesnej, wolności czy prawa do poszanowania życia prywatnego, pociąga za sobą jednocześnie naruszenie

samej godności. Najwyraźniejszym przykładem takiego powiązania, przejawiającym się również w redakcji art. 20 u.p.p., jest związek ochrony godności pacjenta z ochroną jego intymności. Doktryna wskazuje na wiele życiowych przykładów, gdzie naruszenie intymności pacjenta godziło również w jego godność, np. w razie niezapewnienia prywatności podczas badania. Newralgiczność takich sytuacji dostrzegł sam prawodawca, obwarowując obecność przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego innych osób niż te, które udzielają tego świadczenia dwoma warunkami: niezbędności ich obecności oraz zgody samego pacjenta, przy czym pewne wyjątki dotyczą placówek o charakterze naukowym. W odniesieniu do intymności pacjenta polski prawodawca szanuje również potrzebę obecności bliskiej pacjentowi osoby przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego, co stanowić ma pewien element psychicznego wsparcia.

Polskie prawo zapewnia pacjentowi możliwość skorzystania z kilku alternatywnych środków prawnych służących ochronie jego godności i dóbr osobistych, zawartych w u.p.p. oraz w k.c. W świetle art. 4 u.p.p., odsyłającego do art. 448 k.c. naruszenie praw pacjenta daje mu możliwość żądania zadośćuczynienia pieniężnego przy spełnieniu kilku warunków: naruszenia dobra osobistego pacjenta, wystąpienia krzywdy po stronie pacjenta oraz winy po stronie naruszcyciela. Doktryna i judykatura zgodnie potwierdzają powyższy pogląd, wskazując przy tym, że wina sprawcy może przybrać zarówno postać umyślną, jak i nieumyślną. Kwota przyznanego zadośćuczynienia powinna w pierwszym rzędzie spełniać funkcję kompensacyjną w stosunku do doznanej krzywdy, zaś jego wysokość może podlegać stopniowaniu w zależności od pozycji chronionego dobra w hierarchii wartości.

Istotna różnica uwidacznia się pomiędzy roszczeniem o zapłatę na określony cel społeczny z art. 4 u.p.p. a tym z art. 448 k.c. W świetle regulacji kodeksu cywilnego pacjent sam może skorzystać z powyższego roszczenia w razie naruszenia jego dóbr osobistych, zaś na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. do skorzystania z tego roszczenia czynnie legitymowani są jedynie wskazane w tym artykule najbliższe pacjentowi osoby i to jedynie w przypadku naruszenia prawa pacjenta do godnej i spokojnej śmierci. Wskazując na relacje zachodzące pomiędzy art. 4 u.p.p., a regulacją kodeksową należy zauważyć, że do roszczeń z art. 4 u.p.p. znajdują zastosowanie kodeksowe regulacje dot. przedawnienia, niezbywalności i dziedziczenia roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych. Ponadto w przypadku, gdy naruszeniu praw pacjenta towarzyszyć będzie powstanie szkody majątkowej, pacjent kumulatywnie może wystąpić z roszczeniem o odszkodowanie na podstawie odpowiednich przepisów k.c.

Bierną legitymację w przypadku naruszenia godności pacjenta i jego dóbr osobistych, posiada każdy podmiot, którego prawo zobowiązało do przestrzegania tych praw lub też podmiot, z którego zachowaniem powiązane jest naruszenie prawa pacjenta. Zatem pociągnięta do odpowiedzialności w danym przypadku może zostać zarówno osoba wykonująca praktykę indywidualną z zakresu medycyny, kierownik podmiotu leczniczego, sam podmiot lecznicy, czy też instytucja finansująca świadczenie zdrowotne. Kluczowe znaczenia dla wskazania konkretnego podmiotu będzie miała jego forma organizacyjno-prawna.

W doktrynie wskazuje się, że art. 4 u.p.p. stanowi *lex specialis* w stosunku art. 448 k.c., dlatego też pacjent może skorzystać zarówno z ochrony kodeksowej i pozakodeksowej. Oprócz powyższych środków prawnych pacjent może bowiem skorzystać

z roszczeń przysługujących mu na podstawie art. 24 k.c. Przepis tego artykułu również przynajmniej umożliwia skorzystanie z zadośćuczynienia pieniężnego i żądania zapłaty na cel społeczny, których niebawome znaczenie dla ochrony pacjenta wypływa ze spełnianych przez nie funkcji kompensacyjnej i prewencyjnej. Nie umniejsza to jednak doniosłości pozostałych środków ochrony, czyli żądania zaniechania bezprawnego działania i roszczenia o dopełnienia czynności potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Skuteczne skorzystanie z powyższych roszczeń zabezpieczyć może na przyszłość nie tylko dobra osobiste pacjenta korzystającego z ochrony, ale także dzięki formie społecznej presji dobra tych pacjentów, którzy w przeszłości korzystać będą ze świadczeń podmiotu dopuszczającego się naruszenia. To, który z wszystkich przysługujących pacjentowi środków jest najbardziej adekwatny dla ochrony godności i dóbr osobistych pacjenta zależy jednak w dużej mierze w konkretnym przypadku od wewnętrznego nastawienia pacjenta i od celu, jaki chce osiągnąć, czy to kompensację w formie pieniężnej czy też zaspokojenie poczucia sprawiedliwości itd. W każdym razie, zastosowanie środków ochrony przewidzianych w art. 24 k.c. bez wątpliwości może wywołać poważne skutki dla funkcjonowania poszczególnych placówek medycznych, w których doszło do naruszenia, a groźba ich zastosowania teoretycznie sama w sobie powinna skłonić przedstawicieli zawodów medycznych i samych placówek do pełniejszego respektowania praw pacjentów i ich godności. Niestety praktyka w tym względzie często jest daleka od teoretycznego ideału.

Streszczenie

Toczące się nieustannie w ramach publicznej debaty dyskusje dotyczące praw człowieka, skłaniają do refleksji nad fundamentem tych praw, jakim jest godność człowieka. Zagadnienie to posiada szczególnie istotne znaczenie w odniesieniu do osoby pacjenta, zważywszy nie tylko na jego szczególną sytuację w relacji pacjent-lekarz, ale także biorąc pod uwagę szeroko dyskutowane zagadnienia aborcji czy eutanazji przedstawiane niekiedy jako jedne z „praw człowieka”, mających rzekomo chronić godności godność matki-pacjentki czy też pacjenta w stanie terminalnym.

Słowa kluczowe: godność, pacjent, ochrona godności, deontologia zawodowa

Patient dignity in law and occupational deontology

Summary

Ongoing discussions on human rights, as part of public debate, incline us to reflect on the foundation of these rights, that is human dignity. This matter is of particular importance in association with the patient, considering not only his/her specific situation in the patient-physician relationship, but also taking into account the broadly discussed issues of abortion or euthanasia, sometimes presented as one of the „human rights”, supposedly to protect the dignity of a patient-mother or a terminal patient.

Key words: dignity, patient, protection of dignity, occupational deontology