

Prawo do ochrony zdrowia w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka

Europejska Konwencja Praw Człowieka (dalej: EKPC) jest niewątpliwie najważniejszym instrumentem ochrony praw człowieka, jaki powstał w systemie Rady Europy. EKPC była tworzona jako częściowe tylko odzwierciedlenie praw i wolności wymienionych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r. Poza jej zakresem pozostawiono głównie prawa socjalne i ekonomiczne. Była to świadoma decyzja twórców konwencji, wynikająca z politycznego kontekstu determinującego proces jej redagowania i uzgadniania. Decyzja ta zachowała aktualność także w kolejnych dekadach funkcjonowania EKPC, znajdując zresztą potwierdzenie na szczeblu globalnym, gdyż – w Paktach Praw Człowieka – dokonano niemal całkowitego rozdzielania praw politycznych i socjalnych. W wymiarze europejskim znalazło to wyraz w przyjęciu odrębnej Europejskiej Karty Społecznej, a ponadto – gdy w 1999 r. otwarto prace nad kolejnym protokołem uzupełniającym EKPC – uznano, że nie należy do niej wprowadzać praw socjalnych. Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPCz) nie mogło ignorować takiego stanowiska państw członkowskich, a w tej sytuacji nie było możliwe proste „odnalezienie” praw socjalnych w tekście konwencji. Zarazem jednak ekspansja interpretacyjna, charakterystyczna dla ostatniego czterdziestolecia orzecznictwa strasburskiego, nie mogła zatrzymać się na „klasyfikacyjnej barierze” rozdzielającej poszczególne typy praw i wolności. Trybunał przyjął bowiem założenie, że wiele praw politycznych i osobistych zawiera też rozbudowane aspekty socjalne, więc ochrona tych praw, z konieczności, musi te aspekty podejmować o tyle, o ile jest to konieczne dla zapewnienia pełnej i skutecznej ochrony jednostki. Dodatkowym czynnikiem było ukształtowanie koncepcji „pozytywnych obowiązków” państwa, zatem nałożenie na państwa członkowskie zobowiązań do podejmowania działań niezbędnych do zapewnienia realnych możliwości korzystania z poszczególnych praw konwencyjnych, a także do stworzenia realnych mechanizmów ich ochrony. Pozwoliło to ETPCz nie tylko na rozbudowę horyzontalnego oddziaływania konwencji², ale także na odpowiednie rozszerzenie zakresu odpowiedzialności władz publicznych. Podejście to znalazło szczególny wyraz przy interpretacji art. 8 Konwencji (ochrona życia prywatnego i rodzinnego), ale zostało odniesione także do wielu pozostałych postanowień Konwencji, w tym do jej art. 2 (prawo do życia)³.

¹ Dr nauk prawnych w dyscyplinie prawo, ORCID: 0000-0001-9578-8440.

² Zob. L. Garlicki, *Horyzontalne oddziaływanie praw człowieka a standardy EKPCz*, w: *Wpływ Europejskiej Konwencji Praw Człowieka na funkcjonowanie biznesu*, red. A. Bodnar, A. Pleszka, Warszawa 2016, s. 25.

³ Zob. L. Garlicki, *Prawo do ochrony zdrowia na tle „prawa do życia” (uwagi o aktualnym orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka)*, w: *Dookoła Wojtek... Księga pamiątkowa*

Podstawowe znaczenie mają sytuacje, gdy Europejski Trybunał Praw Człowieka bezpośrednio odnosi się do postanowień Konwencji. ETPCz, biorąc pod rozwagę art. 2 Konwencji, wielokrotnie ustosunkowywał się do zarzutów podnoszących jego naruszenie z powodu błędów w sztuce lekarskiej, niedostępności świadczeń medycznych lub braku wyposażenia niezbędnego do leczenia albo ratowania zdrowia człowieka w określonych warunkach, prowadzących najczęściej do zgonu⁴. ETPCz wprost do prawa do ochrony zdrowia odniósł się po raz pierwszy w sprawie *Feldbrugge przeciwko Holandii* z dnia 29 maja 1987 r.⁵

Prawo do zdrowia należy do praw drugiej generacji, bywa traktowane *en bloc* jako niedookreślone w swojej treści⁶ i całkowicie uzależnione od możliwości finansowych państwa, a tym samym nieegzekwowane na poziomie krajowym i międzynarodowym. Węższe ujęcie, skoncentrowane na dostępie do opieki zdrowotnej, pozwala na oparcie się na koncepcji tzw. „parasola ochronnego” (chodzi o to, które prawa pierwszej generacji rozpościerają się nad prawami drugiej generacji) i poszukiwanie jurydycznych sposobów egzekwowania zobowiązań państwa i skorelowanych z nimi praw pacjenta. Dzięki temu możliwe jest wskazanie miejsc, gdzie łączą się oczekiwania pacjenta, który chciałby jak najpełniejszej realizacji prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego czy prawa do ochrony zdrowia z realnymi i minimalnymi obowiązkami państwa. W tym miejscu następuje jednak wkroczenie w *terra incognita*, której obszar stopniowo daje się wytyczyć w oparciu o orzecznictwo organów ochrony praw człowieka, w tym Europejskiego Trybunału Praw Człowieka⁷.

Skargi dotyczące sfery ochrony opieki zdrowotnej wnoszone do ETPCz dotyczą bardzo zróżnicowanych zarzutów. Chodzi o naruszenie prawa pacjenta do prywatności⁸ czy naruszenie prawa do swobodnej i świadomej zgody na interwencję medyczną⁹. Skargi dotyczące błędów w sztuce lekarskiej wnoszone są na podstawie art. 2 Kon-

poświęcona Doktorowi Arturowi Wojciechowi Preisnerowi, red. R. Balicki, M. Jabłoński, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2018, s. 211–212.

⁴ K. Łasak, *Prawa społeczne w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, Instytut Wydawniczy EuroPrawo, Warszawa 2013, s. 115. Por. K. Wojtczak, *Problematyka prawa ochrony zdrowia w świetle norm i zasad międzynarodowych*, „Prawo i Administracja” 2003, t. II, s. 73.

⁵ Skarga nr 8562/79, wyrok z dnia 29 maja 1987 r.

⁶ Zob. J. Kapelańska-Pręgowska, *Prawo do zdrowia jako prawo człowieka*, w: *Ius est ars boni et aequi*, red. J. Kapelańska-Pręgowska, M. Żoła, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2009, s. 11.

⁷ Zob. J. Kapelańska-Pręgowska, *Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Ochrony Praw Człowieka*, w: *XI Seminarium Warszawskie, Prawo do godnego życia w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i innych standardów międzynarodowych*, Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Warszawa 2018, s. 121–122.

⁸ *Konovalova przeciwko Rosji*, wyrok ETPCz z dnia 9 października 2014 r., skarga nr 37873/04 (naruszenie prywatności przez obecność studentów podczas porodu bez zgody pacjentki).

⁹ *Glass przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*, wyrok ETPCz z 9 marca 2004 r., skarga nr 61827/00 (sprzeciw matki wobec podania morfiny zalecenia DNR u małoletniego syna); *M.A.K. i R.K. przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*, wyrok ETPCz z dnia 23 marca 2010 r., skargi nr 45901/05 i 40146/06 (pobranie próbek krwi dziecka i wykonanie dokumentacji fotograficznej bez zgody rodziców); *V.C. przeciwko Słowacji*, wyrok ETPCz z dnia 8 listopada 2011 r., skarga nr 18968/07 (prawnie nieskuteczna zgoda na sterylizację m.in. z uwagi na brak odpowiedniej informacji); *Csoma przeciwko Rumunii*, wyrok ETPCz z dnia 15 stycznia 2013 r., skarga nr 8759/05 (niedbalstwo informacyjne).

wencji chroniącego prawo do życia (w sytuacji zgonu w szpitalu)¹⁰ lub art. 8 chroniącego życie prywatne i rodzinne (w sytuacji poważnego uszczerbku na zdrowiu)¹¹. W obu przypadkach zobowiązanie państwa ma charakter pozytywny materialny lub, najczęściej, proceduralny. Założeniem leżącym u podstaw zobowiązań pozytywnych jest konieczność podejmowania działań i środków, których celem jest ochrona, zapobieganie naruszeniom i zapewnienie skuteczności praw człowieka¹².

Dzisiejsze rozumienie obowiązków państwa w zakresie ochrony „prawa do życia” obejmuje nakaz podejmowania wszelkich środków, jakie są racjonalnie konieczne dla przeciwdziałania zagrożeniom, które wynikają zarówno z działań podejmowanych przez organy władzy publicznej (lub w ich imieniu i na ich rachunek), jak i z działań podmiotów prywatnych, z organizacji funkcjonowania społeczeństwa (ruch drogowy, budownictwo, bezpieczeństwo pracy etc.), a nawet z klęsk żywiołowych i innych sytuacji o obiektywnym charakterze. Takie ujęcie pozytywnych obowiązków państwa nie mogło pozostawić poza swym zakresem sytuacji, gdy zagrożenie życia lub jego utrata staje się powiązane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i przybiera postać czy to ograniczenia dostępności do świadczeń tego systemu, czy to utraty życia w wyniku błędów lekarskich lub innych zaniedbań personelu placówek medycznych. Z oczywistych powodów na plan pierwszy wysuwają się sytuacje o mniej drastycznym charakterze, rozpatrywane na tle art. 8 Konwencji. Nie brakuje jednak spraw, w których skarżący podnoszą zarzuty naruszenia art. 2 lub/i art. 3 Konwencji. Wielokrotnie ETPCz uznał potrzebę ich merytorycznego rozpoznania¹³.

Analiza tych wyroków ETPCz doprowadziła L. Garlickiego do wyodrębnienia pewnych prawidłowości linii orzeczniczej w odniesieniu do tych spraw¹⁴.

Po pierwsze, nicią przewodnią jest wielokrotnie podkreślane przez ETPCz stwierdzenie, że prawo do ochrony zdrowia nie należy, jako takie, do praw i wolności gwarantowanych przez EKPC, więc wkraczanie w tę sferę może mieć tylko charakter pośredni i zawsze wymaga powiązania ze sferą ochrony wynikającą z jednego z jej wyraźnych postanowień¹⁵.

Po drugie, ogranicza to interwencje ETPCz do kazuistycznie określonych sytuacji, a wyłącza formułowanie standardów o powszechnym charakterze. Właściwie tylko w sprawie *Cypr przeciwko Turcji* Trybunał rozpatrywał zarzut, iż w strefie Cypru kontrolowanej przez Turcję doszło do faktycznego wyłączenia dostępu pewnych grup ludności do opieki medycznej, a to prowadzi do naruszenia prawa i życia zamieszkałych tam osób. ETPCz uznał, że intensywność ograniczeń, jakim poddano ludność grecką i maronitów, nie sięgnęła poziomu wymaganego na tle art. 2 Konwencji, więc sytuacje te podlegają ocenie na tle art. 8 EKPC, a w tej sytuacji nie ma „konieczności

¹⁰ *Calvelli i Ciglio przeciwko Włochom*, wyrok ETPCz z dnia 17 stycznia 2002 r., skarga nr 32967/96; *Byrzykowski przeciwko Polsce*, wyrok ETPCz z dnia 27 czerwca 2006 r., skarga nr 11562/05; *Z. przeciwko Polsce*, wyrok ETPCz z dnia 13 listopada 2012 r., skarga nr 46132/08.

¹¹ *Spyra i Kranczkowski przeciwko Polsce*, wyrok z dnia 25 września 2012 r., skarga nr 19764/07; *Troceller przeciwko Francji*, decyzja ETPCz z dnia 5 października 2006 r.; *Kurt i inni przeciwko Turcji*, wyrok ETPCz z dnia 6 czerwca 2017 r., skarga nr 50772/11.

¹² Zob. J. Kapelańska-Pręgowska, *Dostęp do świadczeń...*, s. 122–123.

¹³ Zob. L. Garlicki, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 212.

¹⁴ *Ibidem*, s. 212–214.

¹⁵ Wyrok ETPCz z 17 grudnia 2017 r. *Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii*, § 165.

rozważania, w jakim zakresie art. 2 mógłby nakładać na władze publiczne obowiązek zapewnienia [każdemu] określonego standardu opieki zdrowotnej¹⁶.

Po trzecie, podobnie jak we wszystkich sferach, gdzie zorganizowana działalność społeczna może rodzić zagrożenia dla życia jednostki, tak i w odniesieniu do publicznej i prywatnej służby zdrowia państwo musi stworzyć odpowiednie ramy prawne zapewniające minimum ochrony przed typowymi zagrożeniami. Nieadekwatność tych ram może prowadzić do naruszenia art. 2 EKPC. Natomiast w wymiarze następczym konieczne jest zapewnienie odpowiednich procedur wyjaśnienia wszelkich przypadków, gdy – poza naturalnymi konsekwencjami stanu zdrowia – dojdzie do utraty życia, a także stworzenie dostępnych procedur egzekwowania odpowiedzialności placówek służby zdrowia i jej pracowników¹⁷. Możliwe jest jednak zorientowanie tych procedur na drogę cywilną lub odpowiedzialność dyscyplinarną¹⁸.

Po czwarte, szczególny charakter mają obowiązki władz publicznych wobec osób pozostających pod ich szczególną kontrolą lub pieczę. Dotyczy to przede wszystkim osób pozbawionych wolności. Zasada godności człowieka wymaga, by zapewniono im elementarną opiekę zdrowotną¹⁹. Odmowa opieki zdrowotnej jest traktowana, w zależności od skutków, jako naruszenie art. 3 lub art. 2 EKPC. Dotyczy to m.in. domów opieki społecznej, sierocińców i podobnych instytucji²⁰.

Po piąte, szczególny charakter mają też sytuacje osób terminalnie chorych, zwłaszcza dyskontynuacji środków podtrzymywania życia²¹, dekryminalizacji pewnych form samobójstwa wspomaganego przez osoby trzecie²² oraz dostępu do procedur dobrowolnego zakończenia życia²³.

Po szóste, szczególny charakter mają sytuacje związane z reprodukcją, zwłaszcza gdy dojdzie do usunięcia płodu wbrew sztuce medycznej i bez zgody kobiety ciężarnej. Trybunał uchylił się jednak od zajęcia wyraźnego stanowiska, czy konwencja dopuszcza odniesienie „prawa do życia” do sytuacji płodu²⁴.

Powściągliwość ETPCz w odniesieniu do omawianych spraw, stanowiąca refleks jego ogólniejszego podejścia do kwestii ochrony zdrowia, uległa jednak pewnemu skorygowaniu w serii wyroków, jakie zapadły w latach 2013–2016. Wszystkie one dotyczyły sytuacji, gdy zawodziła organizacja pomocy w nagłych zakłóceniach ciąży lub porodu i dochodziło do śmierci matki lub dziecka²⁵. We wszystkich tych sprawach ETPCz orzekł o naruszeniu art. 2 Konwencji zarówno w jego aspekcie materialnym (pozytywny obowiązek zapewnienia „prawa do życia” jednostki), jak

¹⁶ Wyrok ETPCz z 10 maja 2001 r. *Cypr przeciwko Turcji*, § 216 i 219, skarga nr 25781/94.

¹⁷ Wyrok ETPCz z 27 czerwca 2006 r. *Byrzykowski przeciwko Polsce*, skarga nr 11562/05, *passim*.

¹⁸ Wyrok ETPCz z 17 stycznia 2002 r. *Calvelli and Ciglio przeciwko Włochom*, skarga nr 32967/96, § 51.

¹⁹ Wyrok ETPCz z 26 października 2000 r. *Kudła przeciwko Polsce*, skarga nr 30210/96, § 94.

²⁰ Wyrok ETPCz z 18 czerwca 2013 r. *Nencheva przeciwko Bułgarii*, skarga nr 48609/06.

²¹ Wyrok ETPCz z 5 czerwca 2015 r. *Lambert przeciwko Francji*, skarga nr 46043/14.

²² Wyrok ETPCz z 19 kwietnia 2002 r. *Pretty przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*, skarga nr 2346/02.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Wyrok ETPCz z dnia 8 lipca 2004 r. *Vo przeciwko Francji*, wyrok., skarga nr 53924/00, § 85.

²⁵ Wyrok ETPCz z 9 kwietnia 2013 r. *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk przeciwko Turcji*, skarga nr 13423/09; wyrok ETPCz z 27 stycznia 2015 r. *Asiye Genç przeciwko Turcji*, skarga 24109/07.

i proceduralnym (obowiązek przeprowadzenia „efektywnego dochodzenia” w sytuacji utraty życia).

Kolejną okazję do sprecyzowania stanowiska Trybunału w tych sprawach stworzyła sprawa *Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii*. Na jej tle formułowane są obserwacje dotyczące ewolucji poglądów ETPC²⁶.

Po pierwsze, wysoce restrykcyjnemu ujęciu obowiązków pozytywnych (w ich materialnym wymiarze) towarzyszy bardziej otwarty stosunek do proceduralnego aspektu ochrony „prawa do życia”. We wszystkich sprawach ETPCz uznał, że doszło do naruszenia art. 2 Konwencji, co pozwoliło na zasądzenie pewnych kwot na rzecz skarżących. Trybunał wskazał, że nie będzie tolerował wieloletnich procedur sądowych, blokowanych przez solidarność środowiska medycznego, ani też że nie będzie akceptował swoistego ping-ponga pomiędzy procedurami cywilnymi, karnymi i dyscyplinarnymi.

Po drugie, choć zasadnicza treść „obowiązku regulacyjnego” jest przede wszystkim skierowana ku stworzeniu ram prawnych zapewniających „wysokie standardy zawodowe personelu medycznego oraz ochronę życia pacjentów”²⁷, to Trybunał wyraźnie wyłączył z tego obowiązku nakaz ustanowienia „środków niezbędnych dla zapewnienia wykonania ustanowionych reguł, w tym środków nadzoru i egzekwowania”. Tym samym w sposób zdecydowany Trybunał potwierdził proceduralny wymiar „obowiązku regulacyjnego”. Tak więc dla stwierdzenia naruszenia art. 2 (w jego aspekcie materialnym) wystarczające może być samo wykazanie, że uprawnienia wykonawczo-nadzorcze pozbawione są adekwatnego charakteru.

Po trzecie, wprowadzenie wymagania, by braki funkcjonowania systemu szpitalnego miały charakter „systemowy bądź strukturalny”²⁸, ma znaczenie ograniczające odpowiedzialność z art. 2 Konwencji. W piśmiennictwie wskazuje się jednak na niejednoznaczność tego sformułowania. Być może chroni ono – jak pisze L. Garlicki – w dość szczelny sposób służbę zdrowia w krajach wysoko rozwiniętych. Jak jednak wymagania to znajdzie zastosowanie do państw, w których służba zdrowia znajduje się w stadium ustawicznego kryzysu i nieustających reform, pozostaje pytaniem otwartym. Wyjaśnienia może dostarczyć dopiero dalsze orzecznictwo ETPCz²⁹.

W oparciu o art. 2 EKPC uznaje się³⁰, że od wszystkich państw można oczekiwać zapewnienia równego dostępu (bez dyskryminacji) do opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych³¹ oraz odpowiedniej organizacji medycznej w sytuacjach nagłych³². Są to minimalne obowiązki państwa, tzw. *core obligations*, które mają charakter zobowiązań rezultatu i nie podlegają w zasadzie stopniowości w ich

²⁶ Zob. L. Garlicki, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 219–220.

²⁷ *Lopes de Sousa Fernandes przeciwko Portugalii*, § 186.

²⁸ *Ibidem*, § 195.

²⁹ Zob. L. Garlicki, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 220.

³⁰ Zob. M. San Giorgi, *The Human Right to Equal Access to the Health Care*, Intersentia, Cambridge–Antwerp–Portland 2012, s. 146.

³¹ *Panaïtescu przeciwko Rumunii*, wyrok ETPCz z dnia 10 kwietnia 2012 r., skarga nr 30909/06 (osoba chora na raka nie otrzymała leku, do którego była uprawniona).

³² *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk przeciwko Turcji*, wyrok ETPCz z dnia 9 kwietnia 2013 r., skarga 13423/09.

ureczywistnianiu. Natomiast wyznaczenie jednego standardu opieki zdrowotnej dla wszystkich państw jest niemożliwe, a kreowanie i realizacja polityki zdrowotnej (z uwzględnieniem możliwości finansowych, kadrowych i organizacyjnych) należy do organów krajowych. W wyrokach ETPCz wybrzmiewa jednak, choć niewyartykułowany *expressis verbis*, obowiązek racjonalnego dysponowania środkami finansowymi (obowiązek gospodarności) oraz obowiązek przewidywania ryzyka i zagrożeń dla pacjentów (obowiązek przezorności), a także zapewnienia faktycznego i niezwłocznego dostępu do świadczeń ratujących życie w sytuacjach nagłych jako świadczeń priorytetowych. Nawet przy ograniczonych zasobach budżetowych dostęp do podstawowych świadczeń ratujących życie i w nagłych wypadkach powinien być tak zorganizowany, aby żaden pacjent nie został ich pozbawiony³³.

Odpowiedni standard opieki medycznej

Nie ulega wątpliwości, że naruszenie praw człowieka (w tym wypadku art. 2 EKPC) stanowi sytuacja, gdy państwo naraża na niebezpieczeństwo życie jednostki poprzez odmowę dostępu do opieki medycznej, którą podjęło się udostępnić całemu społeczeństwu. Taki standard przyjęła Komisja już w 1974 r. w orzeczeniu *X przeciwko Irlandii*³⁴. W sprawie tej rodzice głęboko niepełnosprawnej dziewczynki skarżyli państwo, że nie zapewniło ich córce adekwatnej bezpłatnej opieki medycznej. Ponieważ w postępowaniu nie stwierdzono, żeby życie dziewczynki zostało bezpośrednio zagrożone przez poziom opieki zapewniany jej przez państwo, przyjęto, że art. 2 Konwencji nie został naruszony i Komisja nie zastanawiała się bardziej szczegółowo nad standardem ochrony zdrowia, który państwa mają obowiązek świadczyć swoim mieszkańcom.

Analogiczne orzeczenie zapadło w sprawie *Cypr przeciwko Turcji* w 2001 r.³⁵, dotyczącej sytuacji życiowej Greków na terytorium północnym wyspy po wojskowej operacji tureckiej w 1974 r. Grecy zamieszkujący północną część wyspy mieli nie tylko utrudniony dostęp do usług medycznych wynikający z ograniczeń w poruszaniu się, ale w ogóle na tym terytorium brakowało adekwatnych instytucji natychmiastowej pomocy medycznej, usług specjalistycznych oraz geriatrycznych instytucji opiekuńczych. ETPCz także w tym wypadku odmówił oceny, jak daleko sięgają obowiązki państwa w zapewnieniu dostępnej i adekwatnej opieki medycznej, ani jaki powinien być standard opieki zapewnianej ogółowi społeczeństwa. Orzekł, że w przedmiotowej sprawie nie doszło do naruszenia art. 2 EKPC, gdyż nie zostało udowodnione, że odmowa lub opóźnienie w udzieleniu pomocy medycznej naraziły faktycznie jakąkolwiek osobę na niebezpieczeństwo utraty życia.

Nad tym samym zagadnieniem – odpowiedzialności państwa za narażenie na niebezpieczeństwo życia jednostki na skutek odmowy objęcia opieką medyczną – zastanawiał się ETPCz w decyzji o dopuszczalności w sprawie *Nitecki przeciwko Polsce*

³³ Zob. J. Kapelańska-Pęgowska, *Dostęp doświadczeń...*, s. 135.

³⁴ 7 DR 78.

³⁵ Wyrok z 10 maja 2001 r., 25781/94; M. A. Nowicki, *Nowy Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 1999–2004*, Zakamycze 2005, s. 129–132.

z 2002 r.³⁶ Zdzisław Nitecki był chory na stwardnienie zanikowe boczne (ALS). Od 1999 r. otrzymywał bardzo drogi lek o nazwie Rilutek. Lek ten był refundowany z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 70%, jednakże dla Niteckiego ponoszenie jego kosztów nawet w 30% stanowiło zbyt duże obciążenie finansowe. Zwrócił się więc do kasy chorych o całkowitą refundację leku, spotkał się jednak z odmową. Wsparcia w tym zakresie odmówiły mu też służby pomocy społecznej, uznając jego dochód za przekraczający kryteria uprawniające do skorzystania z tej formy pomocy. ETPCz uznając jego skargę za niedopuszczalną, stwierdził, że skarżący miał dostęp do takiej samej bezpłatnej opieki zdrowotnej jak wszyscy inni obywatele Polski, korzystający z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przez wiele lat korzystał z tych darmowych usług medycznych i farmaceutycznych. Drogi lek przepisano mu dopiero w 1999 r. i był to lek w 70% refundowany, co według Trybunału w tych okolicznościach wypełniało obowiązki państwa zapewnienia adekwatnej opieki zdrowotnej.

Skarżący powołał się też na zakaz dyskryminacji wynikający z art. 14 EKPC. W tym zakresie ETPCz orzekł, że dopuszczalne jest odmienne traktowanie osób, jeśli istnieje co do tego obiektywne i racjonalne uzasadnienie. W przedmiotowych okolicznościach takie uzasadnienie Trybunał znalazł, uznając, że współczesny system opieki zdrowotnej musi podejmować trudne wybory odnośnie do udziału publicznej służby zdrowia w świadczeniu darmowych usług, w tym subsydiowania leków, co wynika z konieczności sprawiedliwego podziału ograniczonych środków finansowych. Ponieważ nie było dowodu, aby skarżący został potraktowany arbitralnie, także w tym zakresie Trybunał odmówił przyjęcia skargi.

Analogiczne rozstrzygnięcie zapadło w sprawie *Pentiacova i inni przeciwko Mołdowie* z 2005 r.³⁷ Skarżący cierpieli na niewydolność nerek i musieli być poddawani hemodializom. Świadczenie to udzielane było tylko w czterech szpitalach w kraju. Szpital, z którego opieki korzystali skarżący, do 1997 r. dostarczał zabiegi i wszystkie niezbędne dla nich leki za darmo. Między 1997 r. a 2002 r. za część leków pacjenci musieli płacić, w tym także za krew do transfuzji. Od 2002 r. nadal większość leków była za darmo, podobnie krew, którą kupować należało jedynie w nagłych wypadkach jej braku. Jednakże od 2002 r. hemodializy były przyznawane w mniejszej ilości – zasadniczo dwie w tygodniu w sumie 8 godzin, zamiast standardowych trzech w tygodniu w sumie 9 godzin. Skarżący podnosili również, że świadczenia finansowe, które otrzymywali w wyniku niezdolności do pracy, były za niskie, aby opłacić dodatkowe koszty leczenia, a także koszty podróży do szpitala czasem z odległych miejscowości, które nie zawsze były zwracane, wobec braku takiego obowiązku prawnego. Skarżący otrzymywali między 60 a 250 lei miesięcznie, a koszty leczenia obliczyli na 100 lei tygodniowo. Jak wynika z ich skargi, trzy osoby z powodu zbyt wysokiego obciążenia finansowego zrezygnowały z dializ i zmarły. Skarżący podnosili, że niezapewnienie im darmowego w całości i w zwiększonej ilości leczenia hemodializami naruszyło art. 2 EKPC, natomiast przyznanie im zbyt niskich dochodów, niepozwalających na opłacenie dodatkowych kosztów leczenia, oraz brak zwracania kosztów transportu

³⁶ Decyzja z 21 marca 2002 r., 65653/2001; E. Grey, *Balancing Needs and Resources in Healthcare*, 2007, www.39essex.com/documents/EGR_Resources_and_Needs_March.2007.pdf, s. 3, 18.08.2017.

³⁷ Decyzja z dnia 4 stycznia 2005 r., 14462/03.

– stanowią przykład traktowania nieludzkiego i degradującego, sprzecznego z art. 3, łamią także art. 8, gdyż zmuszają całą rodzinę do wydawania wszystkich wspólnie zarobionych pieniędzy na ich leczenie. Wskazywali również na naruszenie art. 14, gdyż inny szpital w tym samym mieście – mający inne zasady finansowania – zapewniał całkowicie darmowe leczenie, jednak z powodu barier administracyjnych nie mogli oni z niego skorzystać.

ETPCz wyraźnie wskazał, że z EKPC nie wynika prawo do darmowej opieki medycznej i chociaż byłoby pożądane, aby każdy mógł korzystać z jak najszerszego wachlarza świadczeń medycznych, z procedur i leków ratujących życie, ograniczone zasoby państwa powodują, że wiele osób nie ma do nich dostępu, w szczególności jeśli chodzi o drogie i trwałe formy leczenia. Skarżący w każdym momencie mieli dostęp do tych samych świadczeń, jaki był oferowany standardowo całemu społeczeństwu, w tym po 2002 r. – prawie w całości bezpłatnie. Niezależnie od tego, jak obciążająca i kosztowna jest choroba, Trybunał nie może żądać od państwa, aby przechyliło szalę na rzecz osób nią obciążonych kosztem całego społeczeństwa. Z tego powodu Trybunał nie stwierdził naruszenia art. 3 i 8 Konwencji. Ponieważ skarżący nie udowodnili, że ich życie zostało bezpośrednio narażone, nie stwierdzono naruszenia art. 2, śmierć z powodu nieuleczalnej choroby nie dowodzi jeszcze bowiem, że była ona skutkiem zaniedbań systemu opieki zdrowotnej. Także w odniesieniu do art. 14 Konwencji Trybunał nie stwierdził, aby istniały dowody, że w innym szpitalu jest lepsze finansowanie czy opieka, ani tym bardziej, że skarżącym ograniczono do niego dostęp. Z powyższych powodów Trybunał uznał skargę za niedopuszczalną.

Odmienny stan faktyczny był przedmiotem sprawy *D. przeciwko Wielkiej Brytanii* z 1997 r.³⁸ Skarżący był obywatelem Federacji Saint Kitts i Nevis, państwa śródkoamerykańskiego. W 1993 r. przyjechał do Wielkiej Brytanii na wzięcie turystyczną i został od razu na lotnisku zatrzymany z powodu znalezienia przy nim narkotyków. W związku z tym służby imigracyjne nie pozwoliły mu na wejście na terytorium brytyjskie, wskazując, że byłoby to sprzeczne z porządkiem publicznym i nakazały opuszczenie kraju. Jednakże skarżący został tymczasowo aresztowany i osądzony w Wielkiej Brytanii za wwiezienie narkotyków, w wyniku czego został skazany na sześć lat pozbawienia wolności. Po trzech latach został wypuszczony z więzienia w ramach warunkowego przedterminowego zwolnienia i natychmiast przekazany służbom imigracyjnym w celu wydalenia z kraju.

Jeszcze w czasie jego pobytu w brytyjskim więzieniu zdiagnozowano u niego AIDS. Z tego powodu po opuszczeniu więzienia i uzyskaniu decyzji o wydaleniu z terytorium brytyjskiego, zwrócił się do odpowiednich władz o wydanie pozwolenia na pobyt w Wielkiej Brytanii z powodów humanitarnych, gdyż powrót do kraju obywatelstwa pozbawiłby go opieki zdrowotnej, którą był otoczony do tej pory w Wielkiej Brytanii, a tym samym obniżyłby jego realne szanse przeżycia. Wniosek ten został przez władze brytyjskie odrzucony.

Rozpatrując tę sprawę ETPCz orzekł, że wyjątkowość sytuacji skarżącego – jego zły stan zdrowia (w zasadzie terminalny) i w tamtym okresie wysoka śmiertelność chorych na AIDS oraz standard medyczny w kraju, do którego miał zostać wydalony

³⁸ Wyrok z dnia 21 kwietnia 1997 r., skarga nr 30240/96.

– sprawia, że decyzję władz brytyjskich należy potraktować jako niehumanitarną, a więc sprzeczną z art. 3 EKPC. Wobec takiej oceny sytuacji na podstawie art. 3, Trybunał nie uznał za konieczne rozważać, czy doszło do naruszenia art. 2 i 8 Konwencji, a więc czy zostało naruszone prawo do ochrony życia i prawo do życia prywatnego.

Powyższe orzeczenie nie stanowi jednak zasady generalnej, nawet w stosunku do chorych na AIDS. Świadczy o tym m.in. wyrok ETPCz w sprawie *N. przeciwko Wielkiej Brytanii* z 27 maja 2008 r.³⁹ Sprawa dotyczyła obywatelki Ugandy, która już w momencie przybycia do Wielkiej Brytanii, była ciężko chora. Z tego również powodu trafiła do szpitala. Lekarze dawali jej najwyżej rok życia. Ugandyjka opowiedziała, że w kraju została zgwałcona przez żołnierzy wojsk rządowych z powodu powiązań z jednym z ugrupowań rebelianckich. Twierdziła, że w Ugandzie czeka ją śmierć. Jednak władze brytyjskie nie udzieliły jej azylu i nakazały deportację, wskazując, że standardy leczenia AIDS w Ugandzie nie są gorsze niż w innych krajach Afryki. Podobne stanowisko zajął ETPCz stwierdzając, że Konwencja nie obliguje państw do bezpłatnego leczenia wszystkich cudzoziemców, którzy nie mają szans na równie wysoki poziom usług medycznych we własnym kraju. Trybunał podkreślił, że stan skarżącej jest stabilny, a w Ugandzie można kupić wszystkie leki, których potrzebuje.

Tak więc, jak widać z powyższych orzeczeń, ETPCz raczej powstrzymuje się od wyraźnego wskazania, jakie standardy minimalne ochrony zdrowia mają być zapewnione przez państwa swoim mieszkańcom. Brak jest do tej pory m.in. orzeczeń, mówiących o tym, że państwo ma obowiązek zapewnić faktyczny i szybki dostęp do usług medycznych, nie narażając, przy regulowaniu zasad ich kontrakcji oraz rozwiązaniach ubezpieczeń zdrowotnych, pacjentów na czekanie w wielogodzinnych kolejkach na wizyty u lekarza, a w wielomiesięcznych – na specjalistę i zabieg, co często może skutkować już ich nieskutecznością, a nawet śmiercią.

Według ETPCz dostęp do ochrony zdrowia ma być racjonalny – z poszanowaniem możliwości finansowych państwa – a standard jest zapewniany tak naprawdę na poziomie minimalnym – naruszenie EKPC jest stwierdzane wyłącznie jeśli brak świadczenia prowadzi do faktycznego i bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia jednostki. Być może w przyszłości Trybunał będzie coraz szerzej interpretował pozytywne obowiązki państwa wynikające z obowiązku zapewnienia adekwatnej opieki zdrowotnej. Nadzieję na taką coraz bardziej wymagającą linię orzeczniczą stwarzają chociażby najnowsze orzeczenia związane z zapewnieniem przez państwo obywatelom życia w bezpiecznym środowisku naturalnym, które nakładają na państwo nowe, dotychczas nieznanne, obowiązki pozytywne związane z dbaniem o jakość środowiska zamieszkiwanego przez jego obywateli⁴⁰. Jednakże na chwilę obecną w zakresie prawa do opieki medycznej wyżej ustanowione są jedynie wymagania dotyczące ochrony zdrowia więźniów⁴¹.

³⁹ M. Tryc-Ostrowska, *AIDS nie daje prawa do azylu*, www.rp.pl/arttykul/140235.html, 18.08.2017.

⁴⁰ Zob. B. Gronowska, *O prawie do środowiska w systemie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka – refleksje na tle najnowszego orzecznictwa strasburskiego*, „Przegląd Prawa Ochrony Środowiska” 2014, nr 1, s. 179–199.

⁴¹ Zob. K. Łasak, *Prawa społeczne...*, s. 127.

Poszanowanie autonomii pacjenta

Prawo do autonomii było rozważane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu z reguły w kontekście art. 8 EKPC. Przykładowo w orzeczeniu *Y. F. przeciwko Turcji* z 2003 r.⁴² Trybunał orzekł, że badanie medyczne bez zgody pacjenta narusza prawo do poszanowania życia prywatnego. Podczas pobytu w areszcie żona Y. F. (zatrzymana w związku z podejrzeniami o pomaganie Partii Pracujących Kurdystanu) została zmuszona do poddania się badaniu ginekologicznemu. Trybunał wyraźnie wskazał, że nawet najmniejsza przymusowa interwencja lekarska stanowi ingerencję w integralność osobistą, będącą najbardziej intymnym aspektem życia prywatnego.

Z kolei w orzeczeniu *Glass przeciwko Wielkiej Brytanii* z 2004 r.⁴³ Trybunał rozstrzygał w sytuacji, gdy pacjent był niezdolny do podejmowania decyzji odnośnie do leczenia, a uprawniona do wyrażania zgody zastępczej była matka. Niepełnosprawny intelektualnie Dawid Glass został umieszczony w szpitalu w celu operacji górnych dróg oddechowych. W wyniku operacji jednak doszło do komplikacji. Lekarze poinformowali matkę, że jej syn – którego była przedstawicielem ustawowym – umiera, a dalsza intensywne terapia do niczego nie doprowadzi. Mimo to stan Dawida polepszył się. Jednak kilka dni później chory znowu znalazł się w szpitalu z infekcją dróg oddechowych. Lekarze zaproponowali matce podanie mu diamorfiny dla złagodzenia bólu, ale ta się sprzeciwiła. Według lekarzy jej sprzeciw zagrażał zdrowiu i życiu Dawida. Po kilku dniach ponownie lekarze uznali, że pacjent umiera i znowu zalecili podanie diamorfiny. Matka ponownie się sprzeciwiła, uważając, że obniży to jego szanse powrotu do zdrowia i chciała go zabrać do domu. Wtedy policjant zagroził, że ją aresztuje, a lekarze wstrzyknęli Dawidowi diamorfinę. W szpitalu doszło do kłótni między matką i lekarzami. Rodzina obawiając się, że lekarze chcą doprowadzić do eutanazji, próbowała nie wpuścić lekarzy do pokoju chorego. Następnego dnia doszło do pogorszenia stanu zdrowia Dawida. Matka uznała, że to na skutek diamorfiny i zażądała, aby wstrzymano jej podawanie. Starła się przywrócić Dawida do życia, w wyniku czego doszło do bójki z lekarzami. Wezwano policję, kilku lekarzy i policjantów zostało rannych. Następnego dnia Dawid wrócił do domu.

Według ETPCz decyzja o leczeniu Dawida wbrew woli jego matki była ingerencją w prawo do poszanowania życia prywatnego, zwłaszcza do integralności fizycznej. Według przepisów brytyjskich, w sytuacji sprzeciwu matki, lekarze – jeśli chcieli pomimo to zastosować proponowaną terapię – powinni zwrócić się do sądu o zgodę na leczenie, czego nie uczynili (choć w postępowaniu przed Trybunałem nie wyjaśniono dokładnie przyczyn tego zaniechania). Według Trybunału lekarze powinni wobec braku uzyskania zgody sądowej uszanować zdanie matki, a nie angażować się w desperackie próby doprowadzenia do przeforsowania przymusem lub groźbą swojego stanowiska. Trybunał jednogłośnie stwierdził naruszenie art. 8 Konwencji.

Wyjątkowo autonomia pacjenta została przez ETPCz podważona w sytuacji osób pozbawionych wolności. Trybunał stanął bowiem na stanowisku, że na państwie spoczywa obowiązek ochrony więźniów także przed samymi sobą – czyli obowiązek zapobiegania samobójstwom w więzieniach. Oczywiście odpowiedzialność organów

⁴² Skarga nr 24209/1994, wyrok z dnia 22 lipca 2003 r.

⁴³ Skarga nr 61827/00, wyrok z dnia 9 marca 2004 r.

państwa istnieje tylko pod warunkiem, że władze świadome były, że dana osoba znajduje się w sytuacji ryzyka samobójstwem i nie podjęły żadnych adekwatnych kroków (*Keenan przeciwko Wielkiej Brytanii* z 2001 r.⁴⁴, czy *Trubnikov przeciwko Rosji* z 2005 r.⁴⁵). Jednakże przy posiadaniu takiej wiedzy państwo może postępować nawet sprzecznie z wolą osadzonego. Wyraźnie stwierdziła to już Komisja w orzeczeniu *X przeciwko Niemcom* z 1984 r.⁴⁶ W sprawie tej chodziło o więźnia, który wdrożył strajk głodowy i został zmuszony przez organy penitencjarne do jedzenia. Więzień uznał, że takie działanie władz stanowi postępowanie nieludzkie i degradujące. Jednak Komisja nie zgodziła się z tym stanowiskiem, wskazując, że władze mają obowiązek aktywnego ratowania życia osób pozbawionych wolności. Co prawda Komisja przyznała, że Konwencja nie rozstrzyga konfliktu między tym obowiązkiem państwa, wynikającym z art. 2 Konwencji, a wolą jednostki do poszanowania jej integralności fizycznej. Tak więc przymusowe karmienie powinno wynikać z decyzji sądu. Komisja poczuła się jednak usatysfakcjonowana, że władze takie karmienie podjęły, nawet z naruszeniem godności więźnia, gdyż uratowało go to przed ciężkimi obrażeniami, jeśli nie śmiercią.

To właśnie decyzja o śmierci jest dla ETPCz momentem, w którym pacjent traci prawo do autonomii. O ile bowiem według Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy 1418 o ochronie praw człowieka i godności osób terminalnie chorych i umierających z dnia 25 czerwca 1999 r. jednoznacznie wynika, że wola chorego odnośnie do jego dalszego leczenia lub przeciwnie – niewszczywania albo zaniechania terapii – powinna być respektowana, także jeśli została wyrażona we wcześniejszym oświadczeniu lub jest prezentowana przez wyznaczonego przez pacjenta pełnomocnika do spraw zdrowia, a w sytuacjach, gdy wola ta nie jest znana, należy wystrzegać się stosowania uporczywej terapii przedłużającej jedynie proces umierania, jeśli nie przynosi to choremu żadnej korzyści⁴⁷. Ponadto każdemu choremu należy zapewnić dostęp do leczenia paliatywnego o wysokim standardzie, a przede wszystkim skutecznego leczenia przeciwbólowego, nawet jeśli grozi ono skutkiem ubocznym w postaci skrócenia życia. O tyle z dotychczasowej linii orzeczniczej wynika, że pacjent nie ma uprawnienia do domagania się od państwa aktywnej pomocy w pozbawieniu go życia czy popełnieniu przez niego samobójstwa.

Odpowiedzialność za błędy lekarskie

Przed ETPCz wielokrotnie rozstrzygane były sprawy, w których skarżący podnosili, iż śmierć ich najbliższych, wynikała z błędu w sztuce lekarskiej lub zaniedbań służby zdrowia powinna pociągać odpowiedzialność państwa. W orzeczeniu *Erikson prze-*

⁴⁴ Wyrok z 3 kwietnia 2001 r., 27229/95.

⁴⁵ Wyrok z 5 lipca 2002 r., 49790/99.

⁴⁶ Decyzja z 9 maja 1984 r., 10565/83; D. Korff, *The Right to Life. A guide to the implementation of article 2 of the European Convention on Human Rights*, The Council of Europe, Strasbourg 2006, s. 17–18.

⁴⁷ Zresztą takie standardy przyjęte zostały już przez Komisję w decyzji z 10 stycznia 1993 r., 20527/92 w sprawie *Widmer przeciwko Szwajcarii*, gdzie wyraźnie stwierdzono, że państwa nie mają obowiązku zakazywać karnie eutanazji biernej; M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Universitas, Kraków 2004, s. 275–276.

ciwko Włochom z 1999 r.⁴⁸ Trybunał wyraźnie stwierdził, że pozytywnym obowiązkiem państwa w tym względzie jest przyjąć regulacje prawne wymagające od szpitali (tak publicznych, jak i prywatnych) stworzenia odpowiednich warunków zapewniających ochronę życia pacjentów, a także stworzyć efektywny system sądowniczy, który będzie prowadził postępowanie w sprawach śmierci w szpitalach w celu ustalenia przyczyny oraz osób winnych.

Sformułowanie to powtórzono w sprawie *Calvelli i Cigalio przeciwko Włochom* z 2002 r.⁴⁹ Dziecko skarżących zmarło dwa dni po urodzeniu. Rodzice zarzucili władzom państwowym, że wskutek zaniedbań proceduralnych i zbędnej zwłoki w prowadzeniu postępowania, uniemożliwiły karne ściganie lekarza winnego śmierci ich dziecka, gdyż uległo ono przedawnieniu. Jednakże w sprawie tej Trybunał nie badał, czy uniemożliwienie karnego ścigania lekarza stanowiło naruszenie art. 2 Konwencji, gdyż rodzice dziecka skorzystali z drogi cywilno-prawnej i zawarli ugodę z ubezpieczycielami szpitala przed sądem cywilnym, tym samym dobrowolnie rezygnując z prawa do kontynuacji postępowania. Trybunał przyjął, że w sprawach zaniedbań medycznych, gdzie naruszenie integralności człowieka nie było umyślne, wystarcza, aby państwo zapewniało pokrzywdzonym drogę cywilno-prawną lub dyscyplinarną w celu naprawienia szkody.

Podobne rozstrzygnięcie zapadło w orzeczeniu *Vo przeciwko Francji* z 2004 r.⁵⁰ Sprawa ta dotyczyła kobiety w ciąży, która została pomyłona przez lekarza z inną – niebędącą w ciąży – pacjentką i której założono spiralę. Wynikłe stąd uszkodzenie worka owodniowego wymusiło aborcję terapeutyczną, która spowodowała śmierć prawidłowo rozwijającego się płodu. Matka domagała się od władz państwowych ukarania lekarza za nieumyślne spowodowanie śmierci, a więc potraktowania jej nienarodzonego dziecka jako pełnoprawnego człowieka. Ponieważ francuskie prawo karne w swojej ścisłej interpretacji nie dopuszcza takiej możliwości, kobieta odwołała się do Trybunału w Strasburgu. Jednakże Trybunał podzielił w tym zakresie stanowisko prawa francuskiego. Orzekł bowiem wyraźnie, że dziecko poczęte nie jest określane jako osoba, a więc nie jest bezpośrednio chronione przez art. 2 Konwencji. Jeśli dziecko poczęte dysponuje jakimś prawem do ochrony życia, to jest to prawo wynikające i ściśle związane z prawem do ochrony życia matki i z jej interesami. W sprawie tej, podobnie jak we wcześniej prezentowanym orzeczeniu przeciwko Włochom, uznano, że interesy matki były prawidłowo chronione w ramach postępowań administracyjnego, cywilnego i dyscyplinarnego, co świadczy o tym, że od państwa wymaga się zapewnienia odpowiednich procedur nie tylko w ramach odpowiedzialności karnej.

Z kolei prawidłowości postępowania karnego poświęcone było orzeczenie *Byrzykowski przeciwko Polsce* z 2006 r.⁵¹ W tej sprawie Trybunał orzekł, że art. 2 EKPC wymaga, aby postępowanie karne było nie tylko dostępne dla skarżącego, ale szybkie i skuteczne

⁴⁸ Decyzja z dnia 26 października 1999 r., skarga nr 37900/97, identyczne orzeczenie: wyrok z dnia 4 maja 2000 r., skarga nr 45305/99 w sprawie *Powell przeciwko Wielkiej Brytanii*.

⁴⁹ Wyrok z dnia 17 stycznia 2002 r., skarga nr 32967/96; E. Grey, *The Investigative Obligation Under Article 2 of the European Convention on Human Rights – When does it arise?*, 2007, www.39essex.com/documents/EGR_Investigative_Obligation_seminar_250107.pdf, s. 5, 22.08.2017.

⁵⁰ Wyrok z dnia 8 lipca 2004 r., 53924/00.

⁵¹ Wyrok z dnia 27 czerwca 2006 r., skarga nr 11562/05; E. Grey, *The Investigative Obligation*, op. cit., s. 6; M. Nowicki, *Europejski Trybunał*, op. cit., s. 22–24.

– czyli zbierające wszystkie dostępne dowody w krótkim czasie, by uniknąć ich zniszczenia (w przypadku świadków – zatarcia w pamięci), a tym bardziej przedawnienia ścigania. Przedmiotowa sprawa dotyczyła śmierci kobiety w wyniku źle przeprowadzonego porodu i anestezji, a następnie śmierci dziecka. Postępowanie karne odnośnie do tych zdarzeń prowadzone było od daty zgonu kobiety – czyli od 1999 r. do daty wyroku przez Trybunał i było trzykrotnie umarzane, postanowienia o umorzeniu uchylane lub nawet po uprawomocnieniu decyzji o umorzeniu postępowanie było podejmowane, za każdym razem z powodu niezgromadzenia wszystkich dowodów.

Także w sprawie *Tarariyeva przeciwko Rosji* z 2006 r.⁵² ETPCz wskazał, iż w sprawie śmierci syna skarżącej postępowanie karne było prowadzone zbyt wolno i dotyczyło bardzo wąskiego zakresu, a skarżącej nie zapewniono pełnego w nim udziału. Oskarżenie było bardzo słabo przygotowane, jeśli chodzi o stronę dowodową, co skutkowało uniewinnieniem oskarżonego, a uniewinnienie to uniemożliwiło skarżącej skuteczne dochodzenie odszkodowania na drodze cywilno-prawnej. Tego typu niedociągnięcia ETPCz uznał za naruszenie pozytywnych obowiązków wynikających z art. 2 EKPC.

Podsumowanie

Jak widać z omówionych powyżej orzeczeń, pozytywne wymagania stawiane państwom przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w ramach realizacji prawa do ochrony zdrowia są tak naprawdę nieznaczne. Wyższych standardów wymaga Trybunał jedynie na chwilę obecną wobec więźniów oraz w odniesieniu do procedur weryfikujących odpowiedzialność osób trzecich za zgon pacjenta.

Streszczenie

W artykule ukazane zostało prawo do ochrony zdrowia w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Zaprezentowana została ogólna charakterystyka prawa do ochrony zdrowia oraz orzecznictwo dotyczące prawa do ochrony zdrowia. W tekście wskazano m.in. takie problemy jak: odpowiedni standard opieki medycznej, poszanowanie autonomii pacjenta, odpowiedzialność za błędy lekarskie.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, ochrona praw człowieka, Europejski Trybunał Praw Człowieka, Europejska Konwencja Praw Człowieka

The right to health protection in the light of the jurisprudence of the European Court of Human Rights

Summary

The article discusses the right to protection of health in the light of the European Convention on Human Rights and the jurisprudence of the European Court of Human Rights. The general

⁵² Wyrok z dnia 14 grudnia 2006 r., skarga nr 4353/03.

characteristics of the right to health protection, as well as the jurisprudence regarding the right to health protection are presented. The text points out issues such as, among other: appropriate standard of medical care, respect for patient autonomy, and liability for medical errors.

Key words: protection of health, protection of human rights, European Court of Human Rights, European Convention on Human Rights