

Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny

Respecting patient's rights by medical staff

ANNA JACEK^{1,2/}, KATARZYNA OŻÓG^{1/}

^{1/} Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

^{2/} Kancelaria Prawa Gospodarczego Steczkowska i Wspólnicy sp.k. w Warszawie

Prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Uregulowane są przez całością przepisów, w których znajdują się normy o charakterze obiektywnym informujące o tym, czego pacjent może oczekiwać od władzy publicznej oraz od podmiotów bezpośrednio realizujących świadczenia zdrowotne. Są one chronione przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Szczególne znaczenie ma Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wyróżniono w niej prawa: do świadczeń zdrowotnych, do informacji, do tajemnicy informacji związanych z pacjentem, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do poszanowania intymności i godności pacjenta, do dokumentacji medycznej, do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do opieki duszpasterskiej, a także do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Celem artykułu jest przedstawienie najważniejszych praw pacjenta w ustawodawstwie polskim oraz pokazanie jak są one respektowane przez personel medyczny.

Słowa kluczowe: *prawa pacjenta, personel medyczny, szpital, świadczenia zdrowotne*

Patient's rights are the scope of rights for the use of health services. They inform what the patient can expect from the official authority and from other medical entities involved in healthcare. They are protected by the Constitution of the Republic of Poland of April 2nd 1997. The act from November 6th 2008 about patient's rights and the Patient's Rights Ombudsman are of central importance. The following rights are featured: to health benefits, to information, to the secrecy of information associated with the patient, to the consent to health services, to the respect for privacy and dignity of the patient, to medical documentation, to raising an objection of the opinion or a statement of the doctor, to the respect of the private life and family, to pastoral care, and to placing assets in deposit. The purpose of the article is to introduce the most important patient's rights in the Polish legislation and to demonstrate how they are respected by the medical staff.

Key words: *patient's rights, medical staff, hospital, health services*

© Hygeia Public Health 2012, 47(3): 264-271

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.05.2012

Zakwalifikowano do druku: 24.07.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Katarzyna Ożóg

ul. Solarza 15/4, 35-125 Rzeszów

tel. 886-625-784, e-mail: katarzynaozog1@wp.pl

Uwagi ogólne

Prawa pacjenta stanowią ważny dział prawa medycznego. Określają status pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. W prawie polskim nie można znaleźć normatywnej definicji praw pacjenta. W Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zdefiniowane jest jedynie pojęcie pacjent. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 4 ww. Ustawy za pacjenta należy uznać: „osobę zwracającą się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”. Natomiast zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 5 tej Ustawy przez podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej należy rozumieć: „zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną prak-

tykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych” [1]. Definicja praw pacjenta obejmuje wszystkie osoby, niezależnie od tego czy są dotknięte chorobą czy też są zdrowe, ale zwracają się o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W dniu 6 listopada 2008 r. wszystkie rozproszone prawa pacjenta zostały ujednoczone przez Sejm w jednej Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa zawiera 10 podstawowych praw pacjenta.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z art. 3. Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej świadczeniem zdrowotnym były działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu

i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

1. badaniem i poradą lekarską,
2. leczeniem,
3. opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
4. opieką nad zdrowym dzieckiem,
5. badaniem diagnostycznym,
6. pielęgnacją chorych,
7. pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
8. opieką paliatywno-hospicyjną,
9. zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne [2].

Definicja świadczeń zdrowotnych ma zatem charakter kompleksowy i nie można jej ograniczać do usług ściśle medycznych.

Świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. To prawo związane jest m.in. z wykonywaniem zawodu przez personel medyczny zgodnie z ustawowymi standardami wykonywania tych zawodów. Muszą być udzielane wyłącznie przez osoby posiadające fachowe kwalifikacje. Wiedza medyczna powinna uwzględniać aktualny jej poziom podczas diagnostyki. Osoby wykonujące zawód medyczny przez cały okres jego wykonywania muszą doskonalić swoje umiejętności zawodowe, rozszerzać i pogłębiać posiadane kwalifikacje. Dzięki temu ustawodawca gwarantuje pacjentowi udzielanie świadczeń zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie, stwarza pacjentowi poczucie bezpieczeństwa terapeutycznego, a także ogranicza ryzyko związane z przeprowadzanymi czynnościami lekarskimi.

Czas oczekiwania na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ustalany jest zawsze indywidualnie w odniesieniu do stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, a także dalszych rokowań świadczeniobiorcy. Świadczeniodawca powinien zakwalifikować pacjenta do jednej z trzech grup. Jest to przypadek nagły, pilny i stabilny. W pierwszej kolejności świadczenia zdrowotne powinny być udzielone pacjentom w stanach nagłych, a następnie pilnym. Pacjenci poddawani zabiegom planowym, korzystają z pomocy w ostatniej kolejności. W stanach nagłych powinno się udzielać świadczeń niezwłocznie – bez skierowania oraz z pominięciem procedur dostępowych, a także bez względu na limity określone w umowach między świadczeniodawcami a Funduszem [3].

Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Ponadto pacjent ma prawo żądać od pielęgniarki lub położnej zasięgnięcia

opinii innej pielęgniarki lub położnej (art. 6 ust. 3). Pacjent może żądać, aby personel medyczny zasięgnął dodatkowej opinii u wyraźnie wskazanej osoby, jak też pozostawić wybór takiej osoby lekarzowi, pielęgniarce i położnej. Stwarza to lepsze warunki poszanowania praw pacjenta, a także umożliwia pacjentowi współdecydowanie o swojej sytuacji zdrowotnej. Lekarz może jednak odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie to jest bezzasadne. Zarówno treść żądania, jak i odmowę, należy odnotować w dokumentacji medycznej. Te same zasady postępowania stosuje się do pielęgniarki i położnej w zakresie zasięgania opinii innej pielęgniarki i położnej (art. 6 ust. 6). Gdy podmiot leczniczy nie ma możliwości realizacji omawianego prawa może wypisać pacjenta i skierować go do innego zakładu opieki zdrowotnej lub zorganizować telekonferencje. Natomiast w przypadku ambulatoryjnych świadczeń może skierować pacjenta do szpitala, bądź do lekarza specjalisty.

Analiza spraw kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta najczęściej dotyczy łamania prawa dostępnosci do świadczeń zdrowotnych. Głównym problemem podnoszonym przez pacjentów jest zbyt długi okres oczekiwania na świadczenie zdrowotne, w tym w celu uzyskania recepty na leki czy zlecenia na sprzęt ortopedyczny. Jest wiele skarg wnoszonych przez pacjentów w sprawach problemów z rejestracją przez kontakt telefoniczny, a także z uzyskaniem skierowania na specjalistyczne badania. Występują też zastrzeżenia do kolejki oczekujących, odmowy udzielenia świadczenia w trybie nagłym, obciążenie kosztami świadczenia w związku z brakiem dokumentu ubezpieczenia, odmowy zmiany lekarza rodzinnego oraz odmowy udzielenia świadczenia z powodu nie okazania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne. Pacjenci byli również odsyłani do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie na badania diagnostyczne, po zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy, a także zaświadczenie o stanie zdrowia [4].

Prawo pacjenta do informacji

Aby pacjent mógł wyrazić zgodę na interwencję medyczną, musi zyskać pełną informację i wiedzę o planowanym zabiegu, gdyż jest ona przesłanką do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy. Przekazana informacja pozwala również pacjentowi, świadomie uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykłe jego następstwa, tak aby pacjent podejmował decyzję o wyrażaniu zgody na zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego może się spodziewać. Informacja otrzymana przez lekarza powinna być

uzależniona każdorazowo od indywidualnej oceny osoby informowanej. Informacja musi być przystępna, czyli przedstawiona w formie uwzględniającej poziom intelektualny odbiorcy, a także dla niego zrozumiała. Lekarz jest zobowiązany także, udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zadane przez pacjenta. Skutkiem niewłaściwego przekazania informacji może być udzielona przez pacjenta „zgoda nieobjaśniona”, która jest nieskuteczna i pozbawia ją znaczenia prawnego.

Sposób informowania pacjenta i zakres tej informacji precyzuje art. 9 ust. 2 Ustawy. Na podstawie tego artykułu pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz powinien przekazać informację o metodach niedostępnych w danym ośrodku zdrowia. Na zakres przekazywanych informacji wpływa ryzyko interwencji medycznej. Im większe ryzyko towarzyszy zabiegowi, tym lekarz powinien udzielać informacji z szczegółowymi objaśnieniami. Bardziej szczegółowa informacja powinna być udzielona pacjentowi, „gdy zabieg jest mniej niezbędny dla ratowania życia lub zapobieżenia powstania niepełnosprawności” [5]. Przekazane informacje muszą być wyczerpujące i zrozumiałe, dopiero wtedy pacjent może podjąć stosowną decyzję.

Prawo do informacji w omawianym zakresie przysługuje pacjentom, którzy ukończyli 16 lat. Lekarz przekazuje informacje osobie małoletniej, jak również przedstawicielowi ustawowemu. Są to informacje zapewniające świadome i swobodne uczestnictwo w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wyrażenia zgody na proponowane interwencje medyczne. Prawo do informacji mają również osoby nieletnie, realizacja tego prawa powinna być dostosowana do stopnia rozwoju intelektualnego i emocjonalnego pacjenta. Więc pacjent, który nie ukończył 16. roku życia ma również prawo do informacji, ale zawężonym zakresie, potrzebnym do prawidłowego przebiegu udzielania świadczeń. Osoba, która nie ukończyła 16. roku życia nie może wyrazić zgody na interwencję medyczną, jednak lekarz udziela mu informacji w zakresie potrzebnym do prawidłowego przebiegu leczenia i wysłuchuje jego zdania. Aby wyrazić zgodę jeden z rodziców składa oświadczenie woli w ramach przysługującej mu władzy rodzicielskiej.

Informacji o stanie zdrowia pacjenta udziela również pielęgniarka i położna. Mają one obowiązek informować pacjenta o jego prawach, a także udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.

Pacjent ma prawo również żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent sam decyduje o zakresie nieinformowania, które może mieć bowiem charakter całkowity, gdy pacjent zwalnia lekarza z udzielania mu jakichkolwiek informacji, bądź charakter częściowy, gdy zwalnia lekarza z udzielania tylko określonych informacji. Aby to prawo było realizowane, pacjent musi wyraźnie żądać od lekarza nieinformowania. Może też w każdej chwili zażądać wznowienia bycia informowanym na ogólnych zasadach.

W wyjątkowych sytuacjach gdy rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia oraz o rokowaniu, gdy według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta – ujawnienie jej negatywnie wpłynie na jego psychikę, spowoduje poważne cierpienia chorego lub pogorszenie się stanu zdrowia. Wówczas lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Pacjent ma jednak prawo żądać pomimo wystąpienia tychże okoliczności, aby lekarz udzielił mu pełnej informacji. Wówczas, lekarz jest tym żądaniem związany w pełnym zakresie, nawet gdyby to się miało odbić na zdrowiu psychicznym pacjenta [6].

Pacjent ma również prawo do uzyskania dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia i wskazania przez tego lekarza realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 11 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do informacji o swoich prawach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. W praktyce ten przepis realizowany jest przez wywieszenie w placówce, w miejscu ogólnodostępnym, Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także wyciągu innych ustaw dotyczących praw pacjenta. Ustawodawca czyni również pielęgniarki i położne odpowiedzialnymi za zapewnienie dostępności informacji o prawach pacjenta. W świetle art. 12 wskazanej Ustawy pacjent ma także, prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Informacje te mogą być udostępnione na tych samych zasadach, co informacje o prawach pacjenta [7].

Bardzo często pacjenci nie otrzymują informacji od lekarza przez co nie są świadomi przebiegu i sposobu leczenia, proponowanych metod diagno-

stycznych i leczniczych, a także rokowaniu. Lekarz nie informuje również o przewidywanych skutkach zastosowania określonych procedur medycznych oraz o skutkach ubocznych przyjmowanych przez nich leków. W podmiotach leczniczych pacjenci często nie wiedzą, jakie leki są im podawane, na co działają i jaką mają skuteczność. Niektórzy pacjenci z nazwą rozpoznania jednostki chorobowej mogli się zapoznać dopiero po opuszczeniu szpitala. Gdy lekarz podejmuje z pacjentem dyskusję, często odbywa się to w pośpiechu w sposób nieprzystępny i dla niego niezrozumiały [8].

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej odpowiada prawo pacjenta do poufności. Obowiązek ten ciąży na wszystkich osobach, które wykonują zawód medyczny, niezależnie od ich prawnej formy wykonywania zawodu, od zajmowanego stanowiska czy pełnionej funkcji. Osoby wykonujące zawód medyczny, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych są również związani tajemnicą po śmierci pacjenta.

Zgodnie z przepisami ww. Ustawy, tajemnicą zawodową objęte są informacje związane z pacjentem, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, czyli w czasie całego postępowania diagnostycznego i leczniczego. Dotyczy podjętych metod leczenia i postępów w leczeniu. Do przedmiotu tajemnicy należy również fakt, że dana osoba jest zdrowa. Przedmiotowy zakres zachowania tajemnicy lekarskiej jest bardzo szeroki. Są nimi wszystkie informacje „związane z pacjentem”, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Są to informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, rodzaju zaordynowanego leczenia, dalszych rokowań, a także odnoszące się do osób, rzeczy i zdarzeń z otoczenia pacjenta. Mogą to być więc fakty dotyczące samego pacjenta, jego rodziny, przyjaciół, innych aspektów życia osobistego, sposobów spędzania wolnego czasu, życia rodzinnego czy też spraw majątkowych [9]. Tajemnica obejmuje wypowiedzi personelu medycznego, a także materiały pisemne dotyczące pacjenta, informacje powierzone przez niego, a także informacje, które wynikają z samodzielnych ustaleń lekarza, a które nie zawsze zostaną ujawnione pacjentowi.

Sygnały kierowane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wskazują, że zdarzały się przypadki ujawnienia danych leczniczych osobie nieupoważnionej, a także naruszenie tajemnicy dokumentacji medycznej.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Konieczność uzyskania zgody na interwencje medyczne wynika z art. 41. ust. 1 Konstytucji RP, który

określa: „każdemu zapewnia nietykalność i wolność osobistą” [10].

Pacjent wyrażając zgodę udziela personelowi medycznemu swobodę dysponowania dobrami osobistymi, którymi są jego zdrowie i życie. Obowiązek uzyskania zgody pacjenta powinien być zrealizowany przed rozpoczęciem procedur medycznych, aby pacjent miał wystarczającą ilość czasu na podjęcie świadomej decyzji. Zgoda następcza nie ma bowiem mocy prawnej. Współcześnie wyrażenie zgody decyduje o legalności podjęcia czynności medycznych, determinuje granice przedmiotowe działania medycznego, a także decyduje o rodzaju i zakresie podejmowanych czynności. Dzięki temu pacjent jest postrzegany jako partner lekarza w walce z chorobą. Wyrażając zgodę na interwencję diagnostyczną lub leczniczą zezwala personelowi medycznemu na naruszenie przysługujących mu dóbr osobistych.

Wyróżniamy pięć składników świadomej zgody. Są nimi: kompetencja do podjęcia decyzji, ujawnienie informacji, rozumienie sytuacji przez pacjenta, dobrowolność, a także akt wyrażenia zgody [11]. Pacjent może wyrazić zgodę na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmówić takiej zgody, dopiero po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych powinna być w pełni świadoma – pacjent wyraża ją dobrowolnie, a także jest poprzedzona informacją przez lekarza, którą pacjent jest w stanie zrozumieć.

Zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych wyraża pacjent pełnoletni, pacjent małoletni, który ukończył 16 lat lub jego przedstawiciel ustawowy.

Gdy pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wówczas zgodę podejmuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny, a czasami sąd opiekuńczy. Jest to zgoda zastępcza – substytucyjna. Gdy pacjent ukończył 13. rok życia, wówczas wymagana jest zgoda kumulatywna. Czyli odbierane jest oświadczenie nie tylko od przedstawiciela ustawowego, ale także od samego pacjenta.

Zgoda powinna być udzielona w formie pisemnej w następujących przypadkach: gdy zabieg operacyjny, metoda lecznicza lub diagnostyczna stwarza podwyższone ryzyko dla pacjenta, w przypadku przyjęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego. Jednak zgodnie z art. 17 ust. 4 Ustawy w wyjątkowych wypadkach, można wyrazić zgodę ustnie, albo „poprzez zachowanie nie budzące wątpliwości”. Zgoda pisemna powinna być udzielana, także przy wykonaniu zabiegu przerwania ciąży oraz przy przeprowadzeniu eksperymentu medycznego. Szczególne wymogi do wyrażenia zgody pacjenta występują również w przypadku interwencji polegających na przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, jak też

do zabiegów o charakterze estetycznym. W pozostałych przypadkach zgoda może być wyrażona ustnie.

Naruszenie prawa pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się głównie z naruszaniem jego prawa do informacji.

Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności

W katalogu praw pacjenta znajduje się również prawo poszanowania intymności i godności pacjenta. W myśl art. 30 Konstytucji RP godność stanowi źródło wolności praw człowieka i obywatela. Jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona stanowi obowiązek władz publicznych. Te prawa mają odrębny charakter „prawo do intymności odnosi się do prywatności człowieka i tzn. poczucia wstydu (...), prawo do poszanowania godności natomiast można określić jako prawo do respektowania subiektywnie rozumianej wartości własnej konkretnego pacjenta” [12].

Poszanowanie prawa do godności zobowiązuje natomiast personel medyczny do odnoszenia się z szacunkiem do pacjenta bez względu na jego wiek, płeć czy wykształcenie. Pacjent powinien być traktowany podmiotowo, aby nie uwłaczać jego godności. Takie traktowanie umożliwia dokonywanie wyboru oraz samodzielne podejmowanie decyzji przez pacjenta. Aby przestrzegać prawa do poszanowania godności osobistej pacjenta, lekarz powinien zwracać się do pacjenta kulturalnie i życzliwie, a relacje między nimi powinny opierać się na wzajemnym zaufaniu. Na władze publiczne nałożono obowiązek poszanowania ochrony godności osobistej pacjenta. Dlatego wszystkie działania władz publicznych powinny uwzględniać tę sferę autonomii człowieka [13].

Zgodnie z art. 20 ust. 2 Ustawy „prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności”. W aspekcie medycznym to prawo polega na utrzymaniu jakości kończącego się życia poprzez stosownie technik zwalczania bólu oraz zabiegów pielęgnacyjnych. To prawo musi być bezwzględnie respektowane przez cały personel medyczny. Osoba umierająca powinna mieć zapewnioną opiekę terminalną. Jej głównym celem jest łagodzenie cierpienia, utrzymanie odpowiedniej jakości kończącego się życia, a także zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu wsparcia. Należy wspomnieć, że w polskim prawie nie można „pomóc” pozbawić życia osoby w terminalnym stadium choroby. Zarówno eutanazja czynna jak i bierna są zakazane [3].

We wnioskach do Biura Rzecznika Praw Pacjenta można dostrzec, że naruszenie tego prawa jest bardzo częstym zjawiskiem. Wśród skarg naruszenia prawa do godności pacjenta były przypadki szarpania oraz lekceważącego zwracania się do pacjentów przez personel

medyczny, stosowania nadmiernej siły fizycznej wobec nich. Częstymi przypadkami były podejmowane przez lekarza w trakcie badania pacjenta innych czynności, jak uzgadnianie spraw całkowicie nie związanych z pacjentem, z innymi pracownikami czy też odbieranie prywatnych telefonów. Sygnały w sprawie naruszenia prawa do intymności pacjenta to: zabieranie im ubrań po przyjęciu do szpitala i nakaz chodzenia po oddziale w piżamie, wchodzenie przez personel bez uprzedzenia lub pukania do toalet oraz łazienek, bez wyraźnych wskazań zdrowotnych, brak osłoniętych okien w pomieszczeniach sanitarnych oraz brak zasłon w pokojach pacjentów. Nagminnie zdarza się również, że do gabinetu lekarskiego, w którym badany jest pacjent wchodzi osoby postronne, pracownicy zakładu czy też inni pacjenci [14].

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Podmiot leczniczy ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja stanowi dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjenta, a także udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Jest podstawowym dowodem przy dochodzeniu roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta.

„Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej: oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, nazwisko i imię, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, wpisywane jest nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz data sporządzenia” [15].

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ww. Ustawy świadczeniodawca: „udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta”. Pacjenci nie mają wówczas obowiązku uzasadniać swojego żądania udostępnienia dokumentacji. Zgodnie z art. 27 powyższej Ustawy dokumentacja medyczna jest udostępniana: do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii lub poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. Pacjent sam dokonuje

wyboru formy udostępnienia swojej dokumentacji. To prawo nie oznacza tylko fizyczny wgląd pacjenta w swoją dokumentację, ale możliwość zrozumiałego zapoznania się z jej treścią. W razie trudności z odczytaniem wpisów w dokumentacji, pracownik ośrodka zdrowia jest obowiązany wyjaśnić w przystępny sposób ich treść. Z art. 27 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wynika, że: „po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia”.

Prawo do dokumentacji medycznej jest jednym z częściej naruszanych praw. W placówkach opieki zdrowotnej często odmawia się chorym wglądu we własną dokumentację medyczną. W skargach do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wyróżniono również pobieranie niezgodnych z ustawą opłat za udostępnianie dokumentacji, a także zastrzeżeń do prowadzenia oraz odmowy sprostowania błędów w dokumentacji medycznej. Z doświadczeń Biura wynika że świadczeniodawcy nie zachowują obowiązku przekazania dokumentacji w odpowiednich terminach [16].

Prawo pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

To prawo gwarantuje pacjentowi odwołanie się do opinii lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta, jeżeli wpływa ona na prawa i obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Ma do niego prawo każdy pacjent, a w jego imieniu również przedstawiciel ustawowy.

Kwestionowanie orzeczenia jest ograniczone czasowo, następuje w formie sprzeciwu, który wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza. Sprzeciw wymaga uzasadnienia. W nim pacjent wskazuje przepis prawa, z którego w jego ocenie naruszone zostały jego prawa. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu wydaje orzeczenie. W posiedzeniu Komisji może uczestniczyć pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Może on udzielać informacji, a także składać wyjaśnienia w sprawie. Wyjątek stanowi część posiedzenia w której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem. Orzeczenie Komisji Lekarskiej ma charakter profesjonalnej opinii. W jej skład wchodzi trzech lekarzy, w tym dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem niezwłocznie doręcza się pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu. Od rozstrzygnięcia Komisji nie przysługuje odwołanie [17].

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Prawo do życia prywatnego zostało uregulowane w art. 47 Konstytucji RP zgodnie z którym, każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym [18]. Jest to prawo powszechnie uznawane i gwarantowane w aktach prawnych dotyczących podstawowych praw człowieka. Koncepcja prawa do ochrony życia prywatnego znajduje swoje źródło w przyrodzonej godności człowieka.

Pacjent decyduje, czy chce z tego prawa korzystać, gdyż może nie życzyć sobie kontaktu z osobami z zewnątrz. Prawo do kontaktu osobistego jest realizowane zwykle przez możliwość odwiedzin pacjenta. To prawo nie może kolidować z normalną pracą zakładu, czy też naruszać praw innych pacjentów. Podmiot leczniczy w regulaminie porządkowym może określić warunki odwiedzin, czyli ich czas i miejsce kontaktu. W sytuacjach szczególnych kontakt osobisty powinien być umożliwiony poza ustalonymi godzinami odwiedzin. Prawo do kontaktu telefonicznego może być realizowane przez możliwość korzystania z telefonu komórkowego lub korzystania z ogólnodostępnego aparatu telefonicznego na terenie placówki.

Prawo do poszanowania życia prywatnego obejmuje również zachowanie w tajemnicy informacji dotyczących życia prywatnego pacjenta. Jednostka ma również zapewnione prawo decydowania o zakresie i zasięgu udostępniania innym osobom informacji o swoim życiu. Z tym prawem wiąże się także, problematyka prawa do ochrony danych osobowych, gdyż źródłem obu tych praw jest godność ludzka, a ich ochrona musi zapewnić nienaruszalność tej godności.

Pacjentowi przysługuje również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Może ją sprawować osoba bliska, jak również inna wskazana osoba przez pacjenta. Podczas pobytu w szpitalu każdy pacjent może skorzystać z tego prawa. W sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie wyrazić swojej woli, a nie posiada przedstawiciela ustawowego, personel medyczny powinien kierować się dobrem pacjenta, przyjmując domniemanie, iż pacjent wyraził zgodę na sprawowanie względem niego dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Ograniczenie tego prawa może nastąpić tylko w określonych przypadkach. Są nimi: występowanie zagrożenia epidemicznego, a także ze względu na warunki przebywania w szpitalu. Pacjent sam ponosi koszty realizacji tego prawa. Wysokość opłaty ustala kierownik zakładu. Informacja o wysokości powyższej opłaty jest jawna i powinna być udostępniona w podmiocie leczniczym. Odmowa ograniczenia kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz zawsze musi być uzasadniona. Szczególnie

istotnym zadaniem jest rozwiązanie problemu odpłatności za koszty pobytu osoby bliskiej w szpitalu. Obecnie, gdy osoba znajduje się w trudnej sytuacji materialnej może zwrócić się do kierownika podmiotu leczniczego z wnioskiem o zwolnienie z obowiązku opłaty kosztów za pobyt w szpitalu. Każdy ten wniosek rozpatrywany jest indywidualnie [19].

Ze sprawozdań analizy Biura Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że najczęstszym sposobem naruszenia tego prawa było zabranianie osobom bliskim pozostawania z pacjentem w porze nocnej w szpitalu. Personel medyczny powoływał się wówczas na zakończenie pory odwiedzin, co jest sprzeczne z prawem. Poprawie realizacji tego prawa, sprzyjają warunki organizacyjne szpitala, wyposażenie oddziałów w salę telewizyjną, salę dziennego pobytu, a także w ogólnodostępny aparat telefoniczny [20].

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

To prawo ma na celu ochronę dobra osobistego, jakim jest swoboda sumienia. Obejmuje prawo do bezpośredniego kontaktu z duchownym wyznawanej religii, umożliwienie uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu, przyjmowania sakramentów, a w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia umożliwienie kontaktu z duchownym. Pacjent powinien otrzymać informację, jakiego wyznania kapelani pracują w szpitalu, w jaki sposób można się z nim skontaktować, gdzie w ciągu dnia można ich spotkać, a także w jakich godzinach odbywają się nabożeństwa [21]. Większość szpitali zatrudnia kapelanów szpitalnych, wydziela specjalne miejsca do takich spotkań oraz posiada kaplice umożliwiające odprawianie obrzędów religijnych. Realizacja tego prawa jest bezpłatna. Ewentualne pobranie opłat jest możliwe gdy „przepisy odrębne stanowią inaczej”, wówczas pacjent powinien otrzymać informację, który akt prawny przewiduje pobieranie takich opłat.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej jest przestrzegane należycie. Biuro nie otrzymało żadnego wniosku dotyczącego naruszenia tego prawa przez personel medyczny.

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

W świetle art. 39 Ustawy: „pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ma prawo do przechowywania rze-

czy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej”. Podmiot leczniczy musi zapewnić właściwe warunki przechowywania przedmiotów, znajdujących się w depozycie oraz prowadzić księgę depozytów.

Rzeczy do depozytu przyjmuje i wydaje osoba wyznaczona przez kierownika zakładu. Pacjent, który oddaje rzeczy do depozytu otrzymuje potwierdzenie przyjęcia rzeczy. Otrzymuje wówczas kartę depozytową, natomiast kopia przechowywana jest w księdze depozytów. W przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia informacji, jego rzeczy wartościowe natychmiast zostają oddane do depozytu. Wówczas oryginał karty depozytowej przechowuje się wraz z przedmiotami oddanymi do depozytu. Przedmioty przechowywane w nim mogą zostać wydane „pacjentowi, jego małżonkowi, wstępnym, zstępnym lub rodzeństwu pacjenta”, a także innym osobom uprawnionym przez pacjenta”, na podstawie okazanej karty depozytowej [3].

To prawo jest również należycie przestrzegane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach. Biuro otrzymało tylko jeden sygnał świadczący o naruszeniu tego uprawnienia [3].

Podsumowanie

Konkludując powyższe rozważania, katalog praw pacjenta w Polsce jest zbliżony do zalecanego standardu międzynarodowego i europejskiego. Przestrzeganie praw jest obowiązkiem organów publicznych, Narodowego Funduszu Zdrowia, osób wykonujących zawód medyczny, a także podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Przeprowadzona analiza sprawozdań z Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz poglądów przedstawicieli doktryny z zakresu praw pacjenta, pozwala sformułować kilka wniosków. Szczególnie rozpowszechnionym zjawiskiem było łamane prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Personel medyczny nie respektował również prawa pacjenta do poszanowania jego intymności i godności oraz prawa do informacji. Pacjenci nie są świadomi przebiegu i sposobu leczenia oraz nie znają obowiązujących zasad refundacji leków. Reasumując, realizacja praw pacjenta wymaga rozpowszechnienia informacji o prawach pacjenta wśród społeczeństwa oraz personelu medycznego.

Piśmiennictwo / References

1. Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2012 r. poz. 159.
2. Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz.89 ze zm.
3. <http://www.bpp.gov.pl/dok/sprawozdania/sprawozdanie2010.pdf>
4. Tułodziecka I. Przestrzeganie praw pacjenta podstawą partnerstwa. [w:] Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Konferencja naukowa: „Prawa pacjenta – czy są dostatecznie chronione”. Agencja Master, Warszawa 2003.
5. Drozdowska U. Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta. CHBeck, Warszawa 2007: 141-152.
6. Boś J, Trzpiel K. Prawa pacjenta. Mag Pielęgn Położ 2011, 10: 22-23.
7. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Difin, Warszawa 2000: 326-335.
8. Paszkowska M. Prawa pacjenta w szpitalu. Prz Med Uniw Rzeszow i NIL, Rzeszów 2011, 1: 115-127.
9. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.
10. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Difin, Warszawa 2000: 230.
11. Augustynowicz A, Budziszewska-Makulska A. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: komentarz. CeDeWu, Warszawa 2010: 159.
12. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Dom Organizatora, Toruń 2010: 24-25.
13. Wroński K, Cywiński J, Bocian R i wsp. Znajomość prawa do umierania w spokoju i godności wśród pacjentów. Pielęgn XXI Wieku 2009, 3: 20-21.
14. Ustawa z dnia 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2012 r., poz. 159.
15. <http://www.bpp.gov.pl/dok/sprawozdania/sprawozdanie2011.pdf>
16. Augustynowicz A, Budziszewska-Makulska A. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: komentarz. CeDeWu, Warszawa 2010: 185-187.
17. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.
18. Urbaniak M. Aspekty prawne prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej. Zdr Publ 2008, 1: 96-98.
19. Budzyńska-Kapczuk A. Rola pielęgniarek w respektowaniu praw pacjenta. Zdr Publ 2002, 4: 484-487.
20. Bujny J (red). Nowa książka praw pacjenta. Obowiązkowa informacja o prawach przysługujących osobom korzystającym ze świadczeń oraz zasady udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnymi przepisami. Forum, Poznań 2009: 86-90.
21. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 391-394.