

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2024.01.01.15>

dr Małgorzata GLIN

<https://orcid.org/0000-0002-4248-984X>

Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

Collegium Medicum im. dr. Władysława Biegańskiego

e-miał: m.glin@ujd.edu.pl

Obowiązki państwa dotyczące ochrony życia i zdrowia pacjentów w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka

Streszczenie

Celem artykułu jest analiza porównawcza przepisów krajowych z normami Europejskiej Konwencji Praw Człowieka dotyczącymi ochrony życia i zdrowia pacjentów oraz ocena działań i strategii rządowych w polityce zdrowotnej państwa. Europejska Konwencja Praw Człowieka wprowadza zobowiązania państw w zakresie ochrony życia i zdrowia pacjentów. W przypadku naruszenia praw pacjenta, Konwencja umożliwia składanie skarg do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Ochrona życia i zdrowia obywateli oraz przeciwdziałanie jego zagrożeniom jest jednym z kluczowych obowiązków państwa. Bezpieczeństwo zdrowotne to przede wszystkim nieoceniona wartość społeczna. Zadaniem państwa jest dbanie o zdrowie społeczeństwa poprzez stworzenie odpowiedniego systemu organizacyjno-prawnego, infrastruktury oraz zapewnienie odpowiednich środków finansowych, aby projektować i skutecznie wdrażać działania mające na celu ochronę życia i zdrowia obywateli. W ramach tego zadania państwo powinno zapewnić wysoką jakość usług medycznych oraz chronić pacjentów przed szkodliwymi praktykami medycznymi.

Słowa kluczowe: publiczna polityka zdrowotna, Europejska Konwencja Praw Człowieka, Europejski Trybunał Praw Człowieka, prawa pacjentów.

Wstęp

Zdrowie jest uznawane za jedną z podstawowych potrzeb i wartości, a w czasach współczesnych włączane jest do katalogu praw człowieka¹. Według Culyera

¹ I. Popiuk-Rysińska, *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia*, [w:] W. Lizak, A.M. Solorz (red.), *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, Warszawa 2013, s. 9.

potrzeba opieki zdrowotnej jest „minimalną ilością zasobów, która jest niezbędna do tego, aby wyczerpały się zdolności jednostki do odniesienia korzyści ze świadczeń jej oferowanych”. Podobną definicję zaproponował Williams, mówiąc, że

potrzeba zdrowotna jest zdolnością odnoszenia korzyści z zastosowania dostępnych procedur medycznych przez osobę, wobec której działania zdrowotne mają być podjęte².

Zapewnienie skutecznej ochrony zdrowia społeczeństwa, wymaga opracowania i realizacji odpowiednich programów polityki zdrowotnej.

Pojęcie polityki zdrowotnej bardzo często jest utożsamiane z terminem „polityka zdrowotna państwa”, a samo państwo jest traktowane jako jej najważniejszy podmiot³. Na państwie spoczywa obowiązek udzielania niezbędnej pomocy obywatelom w zakresie ochrony zdrowia. Podejmuje ono wielosektorowe działania, mające na celu polepszenie zdrowia w całej społeczności. Jego rolą jest m.in. kształtowanie pożądanych postaw prozdrowotnych, służące ochronie zdrowia, zapobieganie chorobom i przedłużaniu życia⁴. W Polsce ustawą zasadniczą regulującą obowiązki państwa dotyczące ochrony życia i zdrowia pacjentów jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., której art. 68 stanowi:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży⁵.

Publiczna polityka zdrowotna jest procesem, na który składają się decyzje i działania podejmowane przez państwo w zakresie ochrony zdrowia. Odpowiedzialność państwa za publiczną politykę zdrowotną i jej realizację odbywa się poprzez ustanawianie kompleksowych regulacji prawnych określających jednolite dla całego kraju zasady funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do działań zapewniających bezpieczeństwo obywateli, do świadczeń medycznych, oraz podstawowych funkcji zdrowia publicznego. Decyzje polityczne oraz ich rozwiązania prawne mają istotny wpływ na całokształt

² Ocena potrzeb zdrowotnych pacjenta, <https://public-health.artmetic.pl/tag/ocena-potrzeb-zdrowotnych/>, [dostęp: 22.08.2022].

³ W.C. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna – wybrane zagadnienia*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 153.

⁴ M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 11.

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78, poz. 483.

zdrowia publicznego. „Zdrowie publiczne” należy interpretować, zgodnie z definicją z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008, jako wszystkie elementy związane ze zdrowiem, mianowicie stan zdrowia, w tym zachorowalność i niepełnosprawność, czynniki warunkujące stan zdrowia, potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, zasoby opieki zdrowotnej, oferowane usługi opieki zdrowotnej i powszechny dostęp do nich, wydatki na opiekę zdrowotną i sposób jej finansowania oraz przyczyny zgonów⁶.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Uszczegółowienie tych zadań i przypisanie ich konkretnym jednostkom samorządu terytorialnego oraz administracji rządowej zawierają przepisy art. 6–11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷. W konstrukcji systemu ochrony zdrowia przyjmuje się, iż administracja rządowa odgrywa zasadnicze znaczenie w kształtowaniu polityki bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Szczególna rola została przypisana ministrowi zdrowia, który realizuje politykę rządu w zakresie ochrony zdrowia poprzez podejmowanie inicjatyw ustawodawczych, a także wykonując szereg funkcji o charakterze kontrolno-nadzorczym oraz opiniodawczym. Ministrowi zdrowia powierzone zostało kierowanie działem administracji publicznej – zdrowie⁸. Natomiast nie istnieje żaden akt prawny, który w sposób kompleksowy wskazywałby katalog organów władzy publicznej, odpowiedzialnych za zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, szczegółowy zakres obowiązków tych podmiotów oraz ich odpowiedzialności. Przepisy statuujące obowiązki ministra zdrowia rozproszone zostały w bardzo wielu aktach prawnych o różnej randze ustawowej (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia). Sytuacja ta w znaczącym stopniu utrudnia ustalenie dokładnego zakresu obowiązków ministra, a tym samym powoduje brak możliwości przypisania mu odpowiedzialności za ewentualne niezrealizowanie tych obowiązków⁹.

⁶ Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008, z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa pracy.

⁷ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., t.j. Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135.

⁸ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia, Dz. U. 2019 poz. 2269.

⁹ J. Kozakiewicz, *Szpitala województwa śląskiego – najważniejsze dylematy i zagrożenia na tle polskich problemów ochrony zdrowia*, Katowice 2013, <http://www.slaskie.pl/zdjecia/2013/05/20/1369064986.pdf>, [dostęp: 21.08.2022].

1. Europejska Konwencja Praw Człowieka – międzynarodowy traktat ochrony praw człowieka i podstawowych wolności

Akty prawne różnej rangi, poczynając od konstytucji, przez ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, dyrektywy i decyzje UE, regulują różne aspekty dotyczące życia i zdrowia pacjentów.

Każdy ma prawo do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określeniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony życia ludzkiego¹⁰.

Europejska Konwencja Praw Człowieka jest umową międzynarodową z zakresu ochrony praw człowieka zawartą przez państwa członkowskie Rady Europy, Konwencja została przyjęta przez dwanaście państw członkowskich Rady Europy w 1950 r., natomiast weszła w życie 3 września 1953 r. Została ratyfikowana przez 47 państw należących do Rady Europy. Stroną konwencji jest 27 państw UE. Polska ratyfikowała Europejską Konwencję Praw Człowieka 19 stycznia 1993 r. W oparciu o postanowienia Konwencji został powołany do życia Europejski Trybunał Praw Człowieka z siedzibą w Strasburgu, do którego skargi mogą składać grupy osób, organizacje oraz osoby indywidualne. Jurysdykcję Europejskiego Trybunału Praw Człowieka do przyjmowania skarg indywidualnych Polska uznaje od 1 maja 1993 r. Europejska Konwencja Praw Człowieka jest również naszym, polskim prawem. Zgodnie z polską Konstytucją ma pierwszeństwo przed ustawami (w razie sprzeczności obu aktów prawnych). Państwo ma prawo, a zarazem obowiązek stosować ją w ramach działań polskich służb, organów administracji, ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

Podstawowe prawa i wolności objęte są przepisami rozdziału pierwszego Konwencji:

- prawo do życia (art. 2),
- zakaz niewolnictwa, poddaństwa i pracy przymusowej (art.4),
- prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 5),
- prawo do sprawiedliwego i rzetelnego procesu (art. 6),
- gwarancja *nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege* (art.7),
- prawo do prywatności (art.8),
- wolność myśli, sumienia i wyznania (art. 9),
- wolność ekspresji (art. 10),
- wolność związkowa (art. 11),
- prawo do małżeństwa (art. 12),
- prawo do skutecznych środków odwoławczych (art. 13), co jest o tyle istotne, że droga dochodzenia swoich praw rozpoczyna się na gruncie prawa krajowego, a wyczerpanie środków prawa wewnętrznego jest warunkiem uruchomienia procedury Konwencji,

¹⁰ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej 2012/C 326/02.

- zakaz wszelkiej dyskryminacji (art. 14), przy czym przepis ten pełni jedynie funkcję pomocniczą w tym znaczeniu, iż jego naruszenie może nastąpić tylko w powiązaniu z pogwałceniem innego prawa, gwarantowanego Konwencją – zatem art. 14 nie zawiera ogólnego zakazu dyskryminacji,
- możliwość derogowania zobowiązań konwencyjnych (art. 15).

Prawa te przysługują człowiekowi od momentu urodzenia. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Konwencja Europejska nie nadaje wymienionych w niej praw, stwierdza tylko ich istnienie. Następne rozdziały zawierają przepisy, konstytuujące mechanizm kontrolny Konwencji, organizację i funkcjonowanie Trybunału, procedury postępowania w fazie rozpatrywania skarg, oraz przepisy wskazujące podmioty, uprawnione do wniesienia skargi, zasadę wykorzystania krajowych środków odwoławczych, będącą jednym z warunków dopuszczalności skargi oraz inne warunki dopuszczalności skargi¹¹.

Gwarantem przestrzegania konwencji jest Europejski Trybunał Praw Człowieka. Prawo do skargi umożliwia osobom (skargi indywidualne) i państwom-stronom konwencji (skargi międzypaństwowe) dochodzenie praw i wolności zagwarantowanych w Konwencji. Nad wykonaniem wyroków Trybunału czuwa Komitet Ministrów Rady Europy. Państwa mają obowiązek przedstawiania Komitetowi Ministrów informacji o działaniach podjętych lub planowanych w celu wykonania wyroku. Skarżący, organizacje pozarządowe i krajowe instytucje ochrony praw człowieka mają prawo przedstawiania uwag do tych informacji¹².

Prawo do ochrony zdrowia najczęściej zaliczane jest do praw tzw. drugiej generacji, pozostaje jednak w ścisłym związku z prawami fundamentalnymi pierwszej generacji (prawami osobistymi), a mianowicie – prawem do ochrony życia, wolnością od niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania lub karan, prawem do prywatności, a także wolnością sumienia i wyznania czy prawem do informacji¹³. Prawo do ochrony zdrowia przewiduje również Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta – art. 6 ust. 1 i 2 – pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji gdy wystąpią ograniczenia umożliwiające udzielenie odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń (tzw. kolejki oczekujących). W sytuacjach

¹¹ Biuletyn Informacji Publicznej Sądu Okręgowego w Lublinie, 2022 r., <https://www.lublin.so.gov.pl/europejska-konwencja-praw-czlowieka,m,mg,170,317>, [dostęp: 17.08.2022].

¹² Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/europejska-konwencja-o-ochronie-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci>, [dostęp: 9.08.2022].

¹³ T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia*, [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2010, s. 491.

nałych powyższego rozwiązania nie stosuje się. Świadczenia zdrowotne są udzielane niezwłocznie¹⁴.

Ważnym aspektem, na który należałoby zwrócić szczególną uwagę, dokonując analizy obowiązków państwa dotyczących ochrony życia i zdrowia pacjentów w świetle Europejskiej konwencji Praw Człowieka, jest prawo do życia w ujęciu bioetycznym, związanym z początkiem i zakończeniem życia. Zatem rodzi się pytanie – od którego momentu prawo do życia podlega ochronie, i czy należy objąć rozważaniami również prawo do decydowania o zakończeniu własnego życia? Eksperci dyskutują o tym, że regulacje prawne gwarantują człowiekowi prawo do życia, a nie gwarantują prawa do godnej śmierci. W Polsce powołany jest Zespół doradczy ds. ochrony praw człowieka w kontekście rozwoju nauk biologicznych i medycznych. Zadaniem Zespołu jest identyfikowanie aktualnych problemów w sprawach związanych z ochroną praw człowieka w związku z rozwojem biologii i medycyny, a następnie ustosunkowanie się do nich w formie raportów i opinii wraz z propozycjami założeń do projektów aktów normatywnych w tej sprawie. Zespół dotychczas opracował trzy raporty – dotyczące przedurodzeniowych badań genetycznych, prowadzenia badań naukowych z wykorzystaniem biobanków oraz w sprawie oświadczeń woli związanych z uporczywą terapią oraz kresem życia. Niewątpliwie spojrzenie na art. 2 EKPC przez ten pryzmat budzi spore emocje i jest bardzo interesujące.

W ustępie 1 Konwencja ustanawia pozytywny obowiązek po stronie państwowego systemu prawnego – dotyczący ochrony życia, tj. między innymi przyjęcia takich regulacji prawnych, które penalizowałyby wszelkie działania przeciwko życiu i zdrowiu człowieka. Przepis ten narzuca także obowiązek Państwa, dotyczący zadbania o dobro, jakim jest życie i zdrowie człowieka, w każdym aspekcie jego działania. Oznacza to między innymi, że zadaniem państwa jest podejmowanie działania w celu ochrony życia i zdrowia każdego człowieka. Pozytywny proceduralny obowiązek Państwa, wynikający z art. 2 EKPC, polega zasadniczo na przeprowadzeniu skutecznego postępowania wyjaśniającego okoliczności danej śmierci i ustalającego jej sprawców (bądź osoby odpowiedzialne za nastąpienie śmierci).

W ramach proceduralnego obowiązku, wynikającego z art. 2 EKPC, wymagane jest także pociągnięcie do odpowiedzialności prawnej sprawców bądź innych osób, które przyczyniły się do danej śmierci. Zdarzyć się może, że sam pobyt w izolacji czy warunki tego pobytu nie były bezpośrednią przyczyną tragedii, ale Państwu przypisuje się winę za brak stosownej opieki medycznej izolowanej osoby lub zabezpieczenia osoby przed przemocą ze strony innych osób lub przed autoagresją¹⁵.

¹⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417.

¹⁵ <https://www.oss.strazgraniczna.pl/oss/aktualnosci/28927,25-lat-Europejskiej-Konwencji-Praw-Czlowieka-w-Polsce-art-2-PRAWO-DO-ZYCIA.html>, [dostęp: 9.08.2022].

Zapewnienie ochrony życia i zdrowia pacjentów stanowi nieodłączny element prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, które jest gwarantowane przez art. 8 EKPC. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób¹⁶.

2. Przykłady postępowań przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka, dotyczące zaniedbań w ochronie życia i zdrowia pacjentów

Skarga dotycząca wysokości odszkodowania za szkodę wyrządzoną zdrowiu Otgon przeciwko Republice Mołdawii

25 PAŹDZIERNIKA 2016 ROKU

Niniejsza sprawa dotyczyła skargi skarżącej dotyczącej wysokości odszkodowania (równowartość 648 euro) przyznanego jej przez sądy po tym, jak wypić zakazaną wodę z kranu. W rezultacie, skarżąca spędziła dwa tygodnie w szpitalu z powodu czerwonki (dysenterii).

Trybunał orzekł, że nastąpiło naruszenie Artykułu 8 (prawo do poszanowania życia prywatnego) Konwencji, stwierdzając, że mimo iż krajowe sądy ustaliły odpowiedzialność i przyznały odszkodowanie w postępowaniu wszczętym przeciwko państwowemu dostawcy mediów lokalnych, przyznana kwota była niewystarczająca dla stopnia szkody wyrządzonej zdrowiu skarżącej¹⁷.

W Polsce regulacje prawne dotyczące odszkodowania za narażenie na utratę zdrowia przez zanieczyszczoną wodę znajdują się w Kodeksie cywilnym oraz w ustawie o ochronie środowiska. Kodeks cywilny – Art. 444 [Szkoda na osobie] stanowi, że:

1. W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

¹⁶ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz. U. 1993.61.284.

¹⁷ Ministerstwo Sprawiedliwości <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

2. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.
3. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa.

Z kolei ustawą z dnia 27 kwietnia 2001 r. o ochronie środowiska (Dz. U. 2021 nr 62, poz.627) uregulowano zasady ochrony środowiska w Polsce, w tym również odpowiedzialność za szkody środowiskowe. Zgodnie z art. 197 tej ustawy, osoba, która w wyniku prowadzonej przez nią działalności naruszyła środowisko, jest obowiązana naprawić wyrządzone szkody. Szkada środowiskowa obejmuje m.in. szkody dla zdrowia i życia ludzi oraz straty w mieniu.

W przypadku narażenia na utratę zdrowia przez zanieczyszczoną wodę, można więc dochodzić odszkodowania na podstawie powyższych przepisów. Jednakże, konieczne będzie udowodnienie, że narażenie na utratę zdrowia było skutkiem działania lub zaniechania konkretnej osoby lub podmiotu, a także udokumentowanie szkody, którą poniosło się w wyniku narażenia na niebezpieczne dla zdrowia składniki w wodzie.

Wydalenie chorych S.J. przeciwko Belgii (nr 70055/10)

19 MARCA 2015 ROKU (WIELKA IZBA)

Skarżąca, obywatelka Nigerii zarażona wirusem HIV, twierdziła w szczególności, że istniały poważne i uzasadnione podstawy, aby sądzić, że gdyby została ona zawrócona do Nigerii, stanęłaby w obliczu rzeczywistego ryzyka poddania nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu, ze względu na fakt, że złożona terapia przeciwretrowirusowa, która gwarantowała jej przeżycie, nie jest ani osiągalna, ani dostępna w Nigerii. Podnosi ona również, że brak leczenia spowodowałby jej przedwczesną śmierć w szczególnie nieludzkich warunkach, zważywszy na obecność jej trójki małych dzieci.

Trybunał skreślił skargę z listy spraw (zgodnie z Artykułem 37 Konwencji), biorąc pod uwagę warunki polubownego załatwienia sprawy, które zostały osiągnięte między rządem belgijskim a skarżącą, oraz ustalenia dotyczące zapewnienia zgodności z podjętymi zobowiązaniami, biorąc pod uwagę fakt, że skarżącą i jej dzieciom zostały wydane zezwolenia pobytowe na czas nieokreślony. We wniosku o polubowne załatwienie sprawy otrzymanym przez Trybunał od rządu belgijskiego w sierpniu 2014 roku, ten ostatni podkreślił w szczególności silne względy humanitarne przemawiające za uregulowaniem statusu pobytu skarżącej i jej dzieci¹⁸.

¹⁸ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

Ustawodawca, upoważniając Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia wykazu chorób uzasadniających podjęcie decyzji o wydaleniu obywatela UE lub członka jego rodziny niebędącego obywatelem UE, nałożył nań szereg ograniczeń dotyczących wyboru jednostek chorobowych. Minister Zdrowia może w wykazie chorób umieścić wyłącznie:

- choroby wysoce zakaźne i szczególnie niebezpieczne (są również to choroby rzadkie),
- choroby będące chorobami epidemicznymi określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (wymienione w międzynarodowych przepisach zdrowotnych),
- podlegające zwalczaniu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. 2001 nr 126, poz. 1384.)¹⁹.

W Polsce podstawą prawną dla wydalenia osoby chorej na chorobę zakaźną z miejsca zamieszkania jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 nr 234, poz. 1570). Zgodnie z art. 34 tej ustawy, osoba, u której stwierdzono chorobę zakaźną lub podejrzenie jej wystąpienia, może zostać wydalona z miejsca zamieszkania lub pobytu, jeżeli jest to niezbędne do ochrony zdrowia publicznego.

Przymusowa interwencja medyczna lub leczenie Dvořáček przeciwko Republice Czeskiej

6 LISTOPADA 2014 ROKU

Niniejsza sprawa dotyczyła warunków związanych z obowiązkowym przyjęciem skarżącego do szpitala psychiatrycznego w celu poddania się ochronnemu leczeniu zaburzeń seksualnych. Skarżący zarzucił w szczególności, że szpital nie zapewnił mu odpowiedniej psychoterapii oraz że został poddany przymusowemu leczeniu medycznemu i presji psychologicznej.

Trybunał stwierdził, że nie nastąpiło naruszenie Artykułu 3 (zakaz nieludzkiego lub poniżającego traktowania) Konwencji w odniesieniu do zatrzymania skarżącego w szpitalu psychiatrycznym i udzielonego leczenia medycznego. Zauważył w szczególności, że leczenie przeciwandrogenowe było terapeutyczną koniecznością i że nie ustalono, żeby skarżący był zmuszony do poddawania się zabiegowi²⁰.

W Polsce przymusowa interwencja medyczna lub leczenie jest uregulowane przez ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z tą ustawą, przymusowe leczenie lub interwencja medyczna mogą być stosowane tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdy istnieje realne zagro-

¹⁹ Odpowiedź ministra zdrowia na zapytanie nr 2562 w sprawie deportacji osób chorych, <https://orka2.sejm.gov.pl/IZ5.nsf/main/376A3773>, [dostęp: 15.08.2022].

²⁰ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

żenie życia lub zdrowia pacjenta, a jednocześnie odmowa udzielenia zgody na takie leczenie lub interwencję byłaby sprzeczna z dobrem pacjenta.

Zasadą w prawie medycznym jest autonomia woli pacjenta, jego prawo do decydowania o nienaruszalności swojej osoby, o swoim życiu i zdrowiu, o podaniu się leczeniu lub odmowie leczenia. Przewidują to ustawodawstwa wielu państw, akty prawa międzynarodowego, Rady Europy, Parlamentu Europejskiego (konwencje, rezolucje, rekomendacje, dyrektywy, deklaracje i karty praw pacjenta), kodeksy zdrowia publicznego, kodeksy etyki lekarskiej.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje możliwość umieszczenia w szpitalu osoby bez jej zgody, nawet mimo jej wyraźnego sprzeciwu, jeżeli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób²¹. Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku, lekarz może przeprowadzić przymusową interwencję medyczną tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta. W takiej sytuacji lekarz nie musi uzyskiwać zgody pacjenta na przeprowadzenie interwencji. W przypadku pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody (np. pacjent nieprzytomny), lekarz może przeprowadzić leczenie tylko wtedy, gdy jest to konieczne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

Zwrot kosztów leczenia Nitecki przeciwko Polsce

21 MARCA 2002 ROKU (DECYZJA W SPRAWIE DOPUSZCZALNOŚCI)

Skarżący, który cierpiał na bardzo rzadką i śmiertelną chorobę, twierdził, że nie posiadał środków na opłacenie kosztów leczenia medycznego. Przed Trybunałem zaskarżył odmowę władz, co do zwrotu pełnego kosztu jego leczenia (w ramach ogólnego systemu ubezpieczenia chorobowego pokryto jedynie 70 procent kosztów).

Trybunał uznał skargę za niedopuszczalną (w sposób oczywisty niezasadzoną). Podczas gdy sporna kwestia mogła powstać w związku z Artykułem 2 (prawo do życia) Konwencji, w którym wykazano, że władze Układającego się Państwa narażają życie jednostki na niebezpieczeństwo przez odmowę opieki zdrowotnej, którą zobowiązały się udostępnić ogólnie ludności, Trybunał stwierdził, że w sprawie skarżącego nie miało to miejsca.

W polskim prawie istnieją przepisy regulujące zwrot kosztów leczenia przez różne podmioty, w tym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz przez ubezpieczycieli prywatnych. Planowe leczenie podlega zwrotowi pod warunkiem, że znajduje się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych. Zwrot kosztów za

²¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych wymaga uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia²².

W sytuacji gdy pacjent sam ponosi koszty leczenia, może wystąpić o zwrot kosztów leczenia na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego. W takim przypadku należy przedstawić dokumenty potwierdzające koszty leczenia, a także dowody na to, że koszty te były konieczne ze względu na stan zdrowia pacjenta.

Przeszczepianie organów Petrova przeciwko Łotwie

24 CZERWCA 2014 ROKU

Po doznaniu urazów zagrażających życiu w wypadku samochodowym, syn skarżącej został przewieziony do szpitala, gdzie zmarł. Niedługo potem wykonano laparotomię na jego ciele, w trakcie której usunięto nerki i śledzionę w celu przeszczepu organów. Skarżąca twierdziła, że usunięcie organów jej syna zostało przeprowadzone bez uprzedniej zgody jej lub syna i że w żadnym wypadku nie podjęto próby ustalenia jej poglądów.

Trybunał orzekł, że nastąpiło naruszenie Artykułu 8 (prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego) Konwencji. Stwierdził, że łotewskie prawo w zakresie przeszczepiania organów stosowane w chwili śmierci syna skarżącej nie było wystarczająco jasne i spowodowało okoliczności, w których skarżąca, jako najbliższa krewna syna, miała pewne prawa w odniesieniu do pobrania organów, ale nie została poinformowana – nie mówiąc już o jakichkolwiek wyjaśnieniach – o tym, jak i kiedy można by wykonać te prawa²³.

W Polsce pobranie narządów zmarłego bez zgody jest nielegalne i zabronione przez ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 roku. Według tej ustawy, pobieranie narządów może odbyć się tylko na podstawie wyraźnej i świadomej zgody dawcy lub w przypadkach określonych przez prawo.

Zgodnie z „ustawą transplantacyjną” komórki, tkanki i narządy mogą zostać pobrane od zmarłego (przeszczepy ex mortuo) lub żywego dawcy (przeszczepy ex vivo). Niedopuszczalny jest przeszczep od osoby, która za życia wyraziła sprzeciw. Na gruncie ustawy „o przeszczepach” ustanowiono konstrukcję tzw. zgody domniemanej. Jest to równoznaczne z tym, że dopóki nie wyrazimy sprzeciwu na przeszczep, będzie on dozwolony.

Na podstawie art. 6 ustawy transplantacyjnej istnieją trzy sposoby zgłoszenia sprzeciwu:

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2014 poz. 1545.

²³ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

1. zgłoszenie w centralnym rejestrze (prowadzonym przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”) sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich za pomocą specjalnego formularza;
2. w formie oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis;
3. w formie oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego²⁴.

Jeśli nie ma zgody dawcy na pobranie narządów, to procedura ta jest możliwa tylko w szczególnych przypadkach określonych przez ustawę, takich jak np. kiedy pobranie narządu jest niezbędne do ratowania życia innej osoby, a nie ma możliwości uzyskania zgody dawcy. W takim przypadku jednak pobranie narządu musi być zatwierdzone przez sąd.

Zaniedbanie medyczne i odpowiedzialność pracowników służby zdrowia Asiye Genç przeciwko Turcji

27 STYCZNIA 2015 ROKU

Niniejsza sprawa dotyczyła śmierci przedwcześnie urodzonego dziecka w ambulansie, kilka godzin po urodzeniu, na skutek przeniesienia dziecka między szpitalami bez przyjęcia dziecka na leczenie. Skarżąca skarżyła się w szczególności na domniemane uchybienia w śledztwie w sprawie śmierci jej syna.

Trybunał orzekł, że nastąpiło naruszenie Artykułu 2 (prawo do życia) Konwencji. Po pierwsze, uznał, że Państwo tureckie nie zapewniło w wystarczającym stopniu właściwej organizacji i funkcjonowania publicznej służby szpitalnej lub jej systemu ochrony zdrowia. Dziecko zmarło, ponieważ nie zaoferowano mu żadnego leczenia. Taka sytuacja, jak zauważył Trybunał, stanowi zaprzeczenie opieki medycznej, która zagraża życiu człowieka. Po drugie, Trybunał uznał, że odpowiedź tureckiego wymiaru sprawiedliwości na tragedię nie była właściwa, aby rzucić światło na dokładne okoliczności śmierci dziecka. Trybunał stwierdził zatem, że można uznać, iż Turcja nie wywiązała się ze swoich obowiązków wynikających z Artykułu 2 Konwencji w odniesieniu do dziecka, które zmarło kilka godzin po urodzeniu²⁵.

Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniedbania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej²⁶.

²⁴ J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, LEX 2014; *Przeszczep na gruncie prawa polskiego: kto może być dawcą?*, <https://medispace.pl/przeszczep-na-gruncie-prawa-polskiego-kto-moze-byc-dawca/>, [dostęp: 15.08.2022].

²⁵ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

²⁶ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt: IV CR 39/45.

W polskim prawie karnym, błąd medyczny i nieumyślne spowodowanie śmierci regulowane są przepisami Kodeksu karnego. Artykuł 155 Kodeksu karnego (k.k.) dotyczy przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci w wyniku błędu medycznego. W Polsce zaniedbania w sztuce lekarskiej również reguluje Kodeks cywilny, który określa zasady odpowiedzialności cywilnej lekarzy za szkody wyrządzone pacjentom w wyniku błędów medycznych. Naczelna Izba Lekarska, będąc członkiem Porozumienia Organizacji Lekarskich, ma za zadanie m.in. dbanie o etykę zawodową lekarzy oraz prowadzenie postępowań dyscyplinarnych wobec tych, którzy naruszają jej zasady. W razie zaniedbań w sztuce lekarskiej, poszkodowani pacjenci mają prawo do dochodzenia swoich roszczeń, w tym do odszkodowań i zadośćuczynienia.

Dostęp do eksperymentalnego leczenia lub leków Hristozov i Inni przeciwko Bułgarii

13 LISTOPADA 2012 ROKU

Dziesięciu skarżących, chorych na raka pacjentów, zaskarżyło, że odmówiono im dostępu do niezatwierdzonego, eksperymentalnego leku przeciwnowotworowego. Bułgarskie prawo określa, że takie pozwolenie mogłoby być wydane jedynie wtedy, kiedy kwestionowany lek został zatwierdzony w innym kraju. Choć lek został dozwolony do „indywidualnego stosowania”, nigdzie nie został on oficjalnie zatwierdzony. W związku z tym, władze bułgarskie odmówiły pozwolenia.

Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł, że nie doszło do naruszenia Artykułu 8 (prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego) Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Trybunał orzekł ponadto, że nie nastąpiło naruszenie Artykułu 2 (prawo do życia) oraz brak naruszenia Artykułu 3 (zakaz tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania) Konwencji w niniejszej sprawie²⁷.

W Polsce eksperymenty medyczne regulowane są przez ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawę prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. Szczególną postacią eksperymentu medycznego jest badanie kliniczne produktu leczniczego lub wyrobu medycznego (zdefiniowane odpowiednio w art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne i art. 2 ust. 14 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych). Należy podkreślić, że eksperyment medyczny jest pojęciem o wiele szerszym niż badanie kliniczne – o ile każde badanie kliniczne jest *a priori* eksperymentem medycznym, o tyle nie każdy eksperyment medyczny jest badaniem klinicznym.

²⁷ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

W Kodeksie etyki lekarskiej podstawowe zasady dotyczące etyki prowadzenia badań naukowych z udziałem ludzi są zawarte w rozdziale II, zatytułowanym „Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne” (art. 41a–51). Ponadto w Kodeksie etyki lekarskiej określono zasady udziału lekarzy w badaniach sponsorowanych przez przemysł farmaceutyczny (Rozdział IIa, Związki lekarzy z przemysłem – art. 51a–51g). Kodeks nawiązuje też do wytycznych i standardów zawartych w Deklaracji Helsińskiej i w Dobrej Praktyce Klinicznej²⁸.

Eksperymenty medyczne mogą być przeprowadzane wyłącznie w celu uzyskania nowych informacji naukowych i medycznych, które są istotne dla zdrowia ludzkiego. Przy czym takie eksperymenty muszą być poprzedzone szczegółową analizą zagadnień etycznych i muszą zostać zaakceptowane przez właściwe organy etyczne oraz zyskać zgodę pacjenta. Dodatkowo, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz może przeprowadzić eksperyment medyczny jedynie wówczas, gdy posiada odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, a także gdy pacjent wyrazi na to świadomą zgodę. W przypadku naruszenia tych przepisów, lekarz może podlegać sankcjom prawnym.

Dostęp do prywatnej dokumentacji medycznej K.H. i Inni przeciwko Słowacji (skarga nr 32881/04)

28 KWIECIEŃ 2009 ROKU

Skarżące, osiem kobiet romskiego pochodzenia, nie mogły zająć w ciążę po leczeniu na oddziale ginekologicznym w dwóch różnych szpitalach, podejrzewały więc, że w czasie pobytu w tych szpitalach zostały wysterylizowane. Skarżące zaskarżyły, że nie mogły uzyskać kserokopii dokumentacji medycznej.

Trybunał orzekł, że nastąpiło naruszenie Artykułu 8 (prawo do życia prywatnego i rodzinnego) Konwencji, gdyż odmówiono skarżącym wykonania kserokopii ich dokumentacji medycznej. Trybunał stwierdził, że mimo wprowadzenia potem zmian legislacyjnych zgodnych z Konwencją, stało się to za późno dla skarżących²⁹.

W Polsce dostęp do prywatnej dokumentacji medycznej regulowany jest przez ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Zasady przechowywania dokumentacji medycznej uregulowane są w rozporządzeniach ministrów: właściwego ds. zdrowia, właściwego do spraw wewnętrznych i administracji oraz ds. obrony narodowej, które szczegółowo regulują rodzaj, zakres oraz sposób jej przechowywania.

²⁸ J. Borysowski, A. Górski, *Ogólne warunki przeprowadzania badań naukowych i eksperymentów medycznych*, https://www.mp.pl/etyka/medycyna_eksperymentalna/179315.ogolne-warunki-przeprowadzania-badan-naukowych-i-eksperymentow-medycznych, [dostęp: 15.08.2022].

²⁹ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Zgodnie z poglądem prezentowanym w judykaturze, pojęcie „prawa wglądu” do dokumentacji przez osobę upoważnioną przez pacjenta za życia należy rozumieć szerzej. Udostępnianie dokumentacji takiej osobie obejmuje wszystkie formy jej udostępniania, tzn. wgląd, sporządzenie kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu.

Podstawa prawna:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 23–30.
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, art. 2 ust. 6, art. 12 ust. 1 pkt. 9 i art. 39 ust. 1 i 6.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Według przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do ochrony swojej prywatności oraz do zapewnienia poufności informacji o swoim stanie zdrowia.

Dostęp do dokumentacji medycznej może zostać ograniczony, gdy informacje zawarte w niej mogą zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta lub innej osoby, albo gdy udostępnienie ich naruszyłoby poufność innych pacjentów lub pracowników służby zdrowia. W przypadku naruszenia praw pacjenta do prywatności i poufności informacji, przysługuje mu prawo do dochodzenia swoich praw przed sądem.

Postępowania dyscyplinarne przeciwko pracownikom służby zdrowia Gubler przeciwko Francji

27 LIPCA 2006 ROKU

Niniejsza sprawa dotyczyła postępowań dyscyplinarnych prowadzonych przez Francuską Krajową Izbę Lekarską (Ordre des médecins) przeciwko skarżącemu, który był prywatnym lekarzem prezydenta François Mitterranda, w sprawie ujawnienia informacji objętych tajemnicą zawodową, wydawania fałszywych zaświadczeń lekarskich i zaszkodzenia reputacji zawodu. Skarżący został następnie skreślony z rejestru. Zarzucił w szczególności, że Krajowa Izba Lekarska (Ordre) nie była niezależna i bezstronna. Twierdził, że w jego sprawie była ona zarówno sędzią, jak i stroną, ponieważ była skarżącym w pierwszej instancji, a następnie działała jako organ odwoławczy, co oznacza, iż jako organ dyscyplinarny wymaganym było, aby rozstrzygała na swój własny wniosek.

Trybunał orzekł, że nie nastąpiło naruszenie Artykułu 6 ust. 1 (prawo do rzetelnego procesu sądowego) Konwencji. Trybunał zauważył w szczególności, że zwyczajni członkowie sekcji dyscyplinarnej wycofali się z posiedzenia, na którym Krajowa Izba Lekarska (Ordre) postanowiła wnieść skargę przeciwko skarżącemu, zanim Rada nawet uznała zasadność rozpoczęcia takich postępowań. Wykazało to, że członkowie sekcji dyscyplinarnej, zwłaszcza ci, którzy byli członkami składu orzekającego w sprawie skargi wniesionej przeciwko skarżącemu, nie byli zaangażowani w decyzję Krajowej Rady, by złożyć tę skargę³⁰.

W Polsce tajemnica lekarska jest uregulowana przez art. 28 Kodeksu etyki lekarskiej oraz art. 267 Kodeksu karnego. Zgodnie z tymi przepisami, lekarz jest zobowiązany do zachowania tajemnicy dotyczącej informacji, które uzyskał w związku z wykonywaniem swojego zawodu. Informacje te mogą być ujawnione tylko za zgodą pacjenta lub w przypadkach określonych przez przepisy prawa.

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpoznają Okręgowe Sądy Lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. Właściwy do rozpoznania sprawy w pierwszej instancji jest Okręgowy Sąd Lekarski izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem w chwili wszczęcia postępowania. Sprawy przeciwko członkom organów oraz przeciwko zastępcom okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i zastępcom Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej rozpoznaje okręgowy sąd lekarski wskazany przez Naczelny Sąd Lekarski.

Naczelny Sąd Lekarski:

1. Rozpoznaje odwołania od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich
2. Rozpoznaje zażalenia na postanowienie
3. Orzeka o wznowieniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Okręgowy Sąd Lekarski orzeka w składzie trzyosobowym. Naczelny Sąd Lekarski orzeka w składzie pięciosobowym. Członkowie sądów lekarskich w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa³¹.

Ujawnienie informacji objętych tajemnicą lekarską bez zgody pacjenta jest karalne i może skutkować odpowiedzialnością karną oraz cywilnoprawną. Z kolei fałszerstwo zaświadczeń lekarskich jest przestępstwem i zagrożone jest karą pozbawienia wolności. Ważne jest również przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie etyki lekarskiej, które nakładają na lekarza obowiązek dbałości o dobre imię zawodu, rzetelność i uczciwość w pracy oraz poszanowanie godności pacjenta.

³⁰ Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].

³¹ M. Ziębaczewski, *Wniosek o ukaranie lekarza lub dentysty w postępowaniu dyscyplinarnym*, <https://medyczne-prawo.pl/wniosek-ukaranie-lekarza-postepowaniu-dyscyplinarnym-poznan>, [dostęp: 15.08.2022].

Podsumowanie

Życie i zdrowie są jednymi z nadrzędnych wartości w skali oczekiwań społecznych i osobistych. W świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, państwo ma obowiązek zapewnić ochronę życia i zdrowia pacjentów poprzez tworzenie odpowiednich regulacji i nadzór nad sektorem medycznym. Pozytywne obowiązki wynikające z Artykułu 2 (prawo do życia) Konwencji, „nakładają na Państwa, aby stanowiły przepisy zmuszające szpitale do przyjęcia odpowiednich środków dla ochrony życia ich pacjentów” oraz

stworzenia skutecznego, niezależnego systemu sądowego, który pozwoli na ustalenie przyczyny śmierci pacjentów będących pod opieką personelu medycznego zarówno publicznego, jak i prywatnego sektora, a osoby winne naruszeń pociągnąć do odpowiedzialności.

Ratyfikowanie Konwencji zobowiązuje państwa do implementacji odpowiednich środków prawnych i administracyjnych, które zapewnią skuteczną ochronę praw pacjentów. Ustanowienie środków prawnych do rozpatrywania skarg pacjentów i egzekwowania odpowiedzialności za naruszenie ich praw jest niezbędne dla zapewnienia efektywnej ochrony życia pacjentów. Wszelkie działania państwa w tym zakresie muszą być przeprowadzane z poszanowaniem godności i praw pacjentów oraz zgodnie z zasadą prawa do prywatności i ochrony danych osobowych. Podmioty odpowiedzialne za ochronę praw pacjentów powinny podejmować wszelkie możliwe działania w celu zagwarantowania bezpieczeństwa i zachowania poufności danych osobowych pacjentów zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Ochrona życia i zdrowia pacjentów jest jednym z podstawowych obowiązków państwa, zarówno na mocy EKPC, jak i krajowych przepisów prawa. Państwa, które ratyfikowały EKPC, mają obowiązek zapewnić, że ich prawo krajowe i praktyki medyczne są zgodne z zasadami określonymi w Konwencji. Konwencja nie określa jednak szczegółowych obowiązków państwa dotyczących ochrony życia i zdrowia pacjentów. Zapewnienie ochrony życia i zdrowia pacjentów powinno być celem dla twórców polityki zdrowotnej. Osiągnięcie tego celu wymaga stworzenia kompleksowego systemu opieki zdrowotnej, który uwzględni zarówno profilaktykę, jak i leczenie. Ponadto system powinien gwarantować wszystkim pacjentom równy dostęp do świadczeń medycznych oraz zagwarantować jakość tych świadczeń na poziomie określonym przez obowiązujące standardy i przepisy prawne.

Bibliografia

Literatura przedmiotu

Frączkiewicz-Wronka A., *Region jako główny czynnik wyznaczający status, rolę i miejsce świadczeniodawcy w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna” 2005, t. 3.

- Głowacka M.D., Zdanowska J., *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013.
- Jasudowicz T., *Prawo do zdrowia*, [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2010.
- Popiuk-Rysińska I., *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia*, [w:] W. Lizak, A.M. Solorz (red.), *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, Warszawa 2013.
- Włodarczyk W.C., *Współczesna polityka zdrowotna – wybrane zagadnienia*, wyd. 2, Warszawa 2014.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78, poz. 483.
- Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej 2012/C 326/02.
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz. U. 1993.61.284.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z dnia 27 sierpnia 2004 r., t.j. Dz. U. 2004 nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, Dz. U. UE.L.2008.354.70.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2014 poz. 1545.
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia, Dz. U. 2019 poz. 2269.
- Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt: IV CR 39/45.

Źródła internetowe

- Biuletyn Informacji Publicznej Sądu Okręgowego w Lublinie, 2022, <https://www.lublin.so.gov.pl/europejska-konwencja-praw-czlowieka,m,mg,170,317>, [dostęp: 17.08.2022].
- Borysowski J., Górski A., *Ogólne warunki przeprowadzania badań naukowych i eksperymentów medycznych*, https://www.mp.pl/etyka/medycyna_eksperymentalna/179315,ogolne-warunki-przeprowadzania-badan-naukowych-ieksperymentow-medycznych, [dostęp: 15.08.2022].
- <https://www.oss.strazgraniczna.pl/oss/aktualnosci/28927,25-lat-europejskiej-konwencji-praw-czlowieka-w-polsce-art-2-prawo-do-zycia.html>, [dostęp: 9.08.2022].

- Komisja Europejska, https://ec.europa.eu/health/security/surveillance_early-warning_pl, [dostęp: 1.08.2022].
- Kozakiewicz J., Szpitale województwa śląskiego – najważniejsze dylematy i zagrożenia na tle polskich problemów ochrony zdrowia, Katowice 2013, <http://www.sla-skie.pl/zdjecia/2013/05/20/1369064986.pdf>, [dostęp: 21.08.2022].
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/europejska-konwencja-o-ochronie-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci>, [dostęp: 9.08.2022].
- Ministerstwo Sprawiedliwości <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wybrane-zestawienia-tematyczne>, [dostęp: 15.08.2022].
- Ocena potrzeb zdrowotnych pacjenta, <https://public-health.artmetic.pl/tag/ocena-potrzeb-zdrowotnych/>, [dostęp: 22.08.2022].
- Odpowiedź ministra zdrowia na zapytanie nr 2562 w sprawie deportacji osób chorych, <https://orka2.sejm.gov.pl/IZ5.nsf/main/376A3773>, [dostęp: 15.08.2022].
- Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz-Haberko J., Uhrynowska-Tyszkiewicz I., LEX 2014, *Przeszczep na gruncie prawa polskiego: kto może być dawcą?*, <https://medispace.pl/przeszczep-na-gruncie-prawa-polskiego-kto-moze-byc-dawca/>, [dostęp: 15.08.2022].
- Ziębaczewski M., *Wniosek o ukaranie lekarza lub dentysty w postępowaniu dyscyplinarnym*, <https://medyczne-prawopl/wniosek-ukaranie-lekarza-postepowaniu-dyscyplinarnym-poznan>, [dostęp: 15.08.2022].

Duties of the Country regarding the protection of life and health of patients in the light of the European Convention on Human Rights

Abstract

The purpose of the article is analyze the comparative of national regulations with the norms of the European Convention on Human Rights regarding the protection of patients' life and health and assessment of government activities and strategies in state health policy. The European Convention on Human Rights introduces the obligations of states in the field of protection of life and health of patients. In the event of a violation of patient rights, the Convention allows to submit complaints to the European Court of Human Rights. Protection of life and health of citizens and counteracting its threats is one of the key duties of the country. Security of health is above all an invaluable social value. The task of the state is to take care of health of society by creating an appropriate organizational and legal system, infrastructure and ensuring financial resources to design and effectively implement measures to protect the life and health of citizens. As part of this task, the state should provide high quality of medical services and protect patients from harmful medical practices.

Keywords: Public Healthcare Policy, European Convention of Human Rights, The European Court of Human Rights, patients' rights.