

Dorota Karkowska

analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce

prawo do opieki zdrowotnej, prawo do wsparcia ze strony
osoby najbliższej i poszanowania intymności kobiety rodzącej



Fundacja Rodzić po Ludzku

Publikacja finansowana przez Program Społeczeństwa Obywatelskiego Fundacji im. Stefana Batorego.

Redakcja: Urszula Kubicka-Kraszyńska, Anna Otffinowska

Projekt graficzny i skład: Krzysztof Kubicki

Opracowanie zrecenzowane przez dr. hab. Krzysztofa Skotnickiego, prof. nadzw. Uniwersytetu Łódzkiego, kierownika Zakładu Prawa Konstytucyjnego Porównawczego Uniwersytetu Łódzkiego.

Warszawa 2006

© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

ISBN 83-920934-7-X



Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja Rodzić po Ludzku

00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15

tel. (022) 877 78 76

www.rodzicpoludzku.pl

fundacja@rodzicpoludzku.pl

Fundacja Rodzić po Ludzku kontynuuje działania zapoczątkowane w 1994 r. podczas pierwszej edycji akcji „Rodzić po ludzku”. Akcja ta przyczyniła się do zmiany podejścia do opieki okołoporodowej i zwróciła uwagę opinii publicznej na potrzeby i prawa kobiet. „Rodzenie po ludzku” to dobrze wyposażone sale porodowe i życzliwy personel, ale przede wszystkim podmiotowe i partnerskie podejście do pacjentki.

Monitoring przestrzegania praw pacjenta w opiece okołoporodowej prowadzony jest przez Fundację od początku jej istnienia. Gromadzimy informacje o działalności placówek położniczych, opinie od kobiet korzystających z ich usług, a także głosy personelu medycznego. Wszystko to składa się na obraz sytuacji, w której obok poważnych problemów finansowych systemu ochrony zdrowia ważną rolę odgrywają kontrowersje wokół praw pacjenta.

Szczególnie dużo sygnałów od kobiet dotyczy naruszeń prawa do poszanowania intymności i prawa do wsparcia przez bliską osobę w czasie porodu. Poszanowanie tych praw utrudnione jest przez brak ogólnopolskich standardów postępowania w opiece okołoporodowej, czego skutkiem jest dowolność w ustalaniu warunków porodu i opłat pobieranych od kobiet przez wiele placówek.

Niniejsza publikacja jest analizą międzynarodowych dokumentów oraz ustaw obowiązujących w Polsce, dotyczących opieki zdrowotnej nad kobietą rodzącą. Mamy nadzieję, że przyczyni się ona do lepszego rozumienia praw pacjenta i będzie głosem w dyskusji nad tym, w jaki sposób można zapewnić kobietom właściwą opiekę medyczną, gwarantującą jednocześnie poszanowanie praw pacjenta.

Zespół Fundacji Rodzić po Ludzku

1. wstęp

W trudnej sytuacji całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce uwaga opinii publicznej koncentruje się na problemach finansowych. A przecież w centrum tego systemu znajduje się pacjent. Dla satysfakcjonującego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, konieczne jest zarówno zaplecze materialne, jak i kultura przestrzegania praw pacjenta, które znalazły ujęcie w prawie pozytywnym¹.

Szczególnym zagadnieniem, związanym z problematyką praw pacjenta jest ochrona kobiety, pacjentki rodzącej. Obserwowana obecnie sytuacja w zakresie ochrony praw kobiet w czasie porodu wskazuje, iż normatywne uregulowania gwarantujące kobietom określone prawa nie zawsze są w praktyce realizowane w sposób należyty. Często dochodzi do istotnych naruszeń tych praw, czego przyczyną są niespójne i trudne do wyegzekwowania przepisy prawa, jak również praktyka części zakładów opieki zdrowotnej. Dla uwypuklenia problemów, jakie się w tej mierze rysują, uzasadnionym wydaje się przedstawienie zasadniczych sfer, w jakich prawa kobiet są naruszane.

2. zasadnicze tezy

- ▶ Państwo polskie ma obowiązek podejmowania odpowiednich działań celem zagwarantowania słusznego dostępu do opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu szczególnych potrzeb kobiety ciężarnej, w tym w okresie porodu.
- ▶ Dostęp do opieki zdrowotnej dla każdej kobiety ciężarnej powinien oznaczać brak bezpodstawnej dyskryminacji.
- ▶ Kobiecie w okresie porodu przysługują prawa człowieka i podstawowe wolności jak każdej innej jednostce, w szczególności ochrona integralności, prywatności, poszanowanie godności osobistej i intymności.
- ▶ W czasie porodu nieprzerwanie podlegają ochronie stosunki międzyludzkie kobiety rodzącej z osobami najbliższymi.

3. sposób prezentacji

W polskim systemie prawnym prawa kobiety ciężarnej, w tej szczególnej sytuacji, jaką jest poród, chronione są przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej, ustawy, jak i szereg umów międzynarodowych, które w wyniku ratyfikacji stały się źródłem prawa powszechnie obowiązującego w Polsce². W ekspertyzie zrekonstruowany zostanie międzynarodowy system normatywny ochrony praw kobiety, z uwzględnieniem istoty i specyfiki standardów europejskich, które następnie zostaną użyte jako punkt odniesienia, swego rodzaju matryca, do oceny rozwiązań polskich.

4. standardy międzynarodowe

Prawa kobiet znajdują szerokie oparcie w ratyfikowanych traktatach międzynarodowych, określających minimalny standard ochrony praw i wolności człowieka w każdej sytuacji. Są to prawa fundamentalne, które przysługują każdej jednostce tylko dlatego, że jest człowiekiem. Ich źródłem jest właściwa każdemu człowiekowi godność ludzka. Praw tych nikt człowieka nie może pozbawić, można jednak człowieka pozbawić możliwości korzystania z tych praw. Również człowiek z własnej woli nie może się praw tych zrzec. Są one niezbywalne. Prawa te winny być uznawane i ochraniać oraz wcielane w życie przez społeczność międzynarodową.

¹ M.Boratyńska, P.Konieczniak, Prawa pacjenta, Warszawa 2001; M.Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2005; D.Karkowska, Prawa pacjenta, Warszawa 2004; M.Żelichowski, Prawo do ochrony życia i do ochrony zdrowia, Rzeczpospolita, z dnia 3 marca 1999 roku

² Prawo konstytucyjne RP (6 wydanie) pod. red. P.Sarneckiego, Warszawa 2006, s.54 i nast.

4.1. system powszechny ochrony praw człowieka

Rdzeniem systemu powszechnego międzynarodowej ochrony praw człowieka są: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (dalej: PDPC) z 1948 r. oraz Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (dalej: MPPOiP)³ z 1966 r. oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (MPPGSiK)⁴ z 1966 r.

PDPC, jako dokument o charakterze moralno-politycznym, nie podlegający ratyfikacji, pełni rolę dyrektywy interpretacyjnej⁵. Charakterystyczne są tu zwłaszcza cztery propozycje: każda osoba ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 3), nikt nie może być poddany nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu (art. 5), wszyscy są uprawnieni do równej ochrony przed jakąkolwiek dyskryminacją sprzeczną z PDPC (art. 7), macierzyństwo korzysta z prawa do specjalnej opieki i pomocy (art. 25).

Z uwagi na ratyfikacje, szczególne znaczenie dla Polski mają pakt. W obu paktach godność jednostki została podniesiona do rangi zasady prawnej⁶. W MPPOiP nikt nie może być poddany nieludzkiemu bądź poniżającemu traktowaniu, a w szczególności nie może być poddany, bez swej swobodnie wyrażonej zgody, doświadczeniom lekarskim lub naukowym (art. 7), nikt nie może być poddany arbitralnej lub bezprawnej ingerencji w jego życie prywatne, rodzinne, ani bezprawnym zamachom na jego cześć oraz każdy ma prawo do ochrony prawnej przed tego rodzaju ingerencją lub zamachami (art. 17), wszyscy są równi wobec prawa i są uprawnieni bez jakiegokolwiek dyskryminacji do jednakowej ochrony prawnej; jakiegokolwiek dyskryminacja w tym zakresie powinna być prawnie zakazana oraz prawo powinno gwarantować równą dla wszystkich i skuteczną ochronę przed dyskryminacją (art. 26)⁷.

MPPGSiK nakazuje państwom-stronom, uznanie prawa każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego (art. 12 ust. 1).

Spośród bardziej szczegółowych dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych należy tu nawiązać do Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji z 18 XII 1979 r.⁸ oraz protokołu fakultatywnego do Konwencji z 6 X 1999 r.⁹ Generalnie konwencja ma na celu wzmocnienie i poprawienie sytuacji kobiet w każdej sferze życia społecznego, w tym w opiece zdrowotnej. W jej świetle „dyskryminacja kobiet” oznacza wszelkie zróżnicowanie, wykluczenie lub ograniczenie albo uniemożliwienie kobietom korzystania z praw człowieka oraz podstawowych wolności (art. 1).

W powyższym kontekście należy też nadmienić, iż z inicjatywy Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Amsterdamie 27-30 kwietnia 1994 r. przyjęto model Deklaracji Praw Pacjenta¹⁰. Jest to dokument o charakterze moralno-politycznym, który przedstawia pod rozwagę krajów członkowskich podstawowe zasady dotyczące praw każdego pacjenta, a więc również kobiet rodzących. Podkreślenia wymagają postulaty standardów dotyczących zapewnienia pacjentowi wszelkich informacji o organizacji opieki zdrowotnej, prawa do wyrażania zgody na jakąkolwiek interwencję medyczną, prawa do wyboru i zmiany lekarza, prawa do intymności i poszanowania godności, prawa do korzystania ze wsparcia najbliższych i wsparcia duchowego.

4.2. system europejski ochrony praw człowieka

W systemie ochrony praw kobiet Rady Europy niewątpliwie kluczowymi dokumentami są: Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r. (dalej: EKPC)¹¹, która formu-

³ Pakt ten został przez Polskę ratyfikowany w 1977 r.: Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz.167

⁴ Pakt ten został przez Polskę ratyfikowany w 1977 r.: Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz.169

⁵ B.Gronkowska, Problemy aborcji w świetle standardów międzynarodowych ochrony praw człowieka, Państwo i Prawo nr 6, 1993

⁶ A.Michalska, Źródła praw człowieka, [w:] Prawa człowieka a policja. Problemy teorii i praktyki, red. A.Rzepliński, Legionowo 1994, s.73

⁷ Ochrona przed dyskryminacją z takich względów jak: rasa, kolor skóry, płeć, język, religia, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuacja majątkowa, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności, art.26 MPPOiP.

⁸ Konwencja ta została przez Polskę ratyfikowana w 1980 r.: Dz.U. z 1982 r. Nr 10, poz.71

⁹ Protokół fakultatywny został przez Polskę ratyfikowany w 2003 r.: Dz.U. Nr 41, poz.343

¹⁰ <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/index.html>

¹¹ Konwencja ta została przez Polskę ratyfikowana w 1993 r.: Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz.284

je wyłącznie wolności i prawa podmiotowe (indywidualne) oraz Europejska Karta Społeczna (dalej: EKS)¹², która gwarantuje kobietom prawa socjalne.

Prawa człowieka zapisane w EKPC mają istotne znaczenie dla interpretacji i stosowania standardów ochrony praw kobiet w czasie porodu, a w szczególności bezwzględny zakaz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania (art. 3), prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 5), prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 8). Ponadto, konwencja zawiera zakaz dyskryminacji (art. 14). Przepis ten może być powołany tylko wtedy, gdy nastąpi naruszenie prawa i wolności gwarantowanych w EKPC i protokołach dodatkowych.

EKS zobowiązuje, iż każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia (art. 11).

Spośród bardziej szczegółowych dokumentów Rady Europy, które uszczegóławiają, wzmacniają i rozszerzają regulacje EKPC i EKS zasadnicze znaczenie ma Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny (dalej: Konwencja Bioetyczna)¹³, której celem jest zobowiązanie państw-stron ratyfikujących do zagwarantowania każdemu, bez dyskryminacji, poszanowania jego integralności oraz innych praw i podstawowych wolności w kontekście zastosowań medycyny (art. 1). Szczególne znaczenie dla ochrony integralności kobiety w czasie porodu ma prawo do świadomego uczestnictwa w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, tzn. prawo do wyrażania świadomej zgody na każdą interwencję medyczną (art. 5).

Dla rozwoju standardów praw pacjenta ważne znaczenie ma również działalność Parlamentu Europejskiego poprzez wydawanie aktów prawnych o charakterze wytycznych interpretacyjnych, w których potwierdza się przyjęte standardy ONZ i Rady Europy. Już w 1984 r. wydano rezolucję w sprawie Karty Praw Pacjenta, wzywając do zagwarantowania przez państwa członkowskie m.in. prawa do ochrony życia prywatnego i prawa do swobodnego wyboru placówki leczniczej. Istotnym krokiem w zakresie poszanowania europejskich standardów praw człowieka, także praw kobiet jako pacjentek, jest przyjęta w Nicei w 2000 r. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej¹⁴. Karta potwierdza zasadę subsydiarności (pomocniczości), prawa wynikające z tradycji konstytucyjnych i zobowiązań międzynarodowych wspólnych państwu członkowskiemu, Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejskiej Karty Społecznej oraz orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Dla interpretacji i stosowania standardów dotyczących kobiet jako pacjentek placówek położniczych Karta Praw Podstawowych reguluje takie prawa, jak: zakaz niehumanitarnego i poniżającego traktowania, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego, równość wobec prawa, prawo do niedyskryminacji. Pogłębiając ochronę integralności fizycznej i psychicznej każdej osoby, w art. 3 Karty nakazano, by w medycynie szczególnie przestrzegać m.in. zasady dobrowolnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej, wyrażonej zgodnie z warunkami określonymi przez prawo.

Reasumując, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Rada Europy i Unia Europejska wypracowały wspólną „przestrzeń prawną”, na podstawie której można wskazać zakres ochrony kobiety w czasie porodu. Idea bezpośredniego stosowania traktatów powoduje że organy, które wydają decyzje indywidualne, w tym pracownicy medyczni korzystający z ochrony jako funkcjonariusze państwowi, stają wobec konieczności stosowania wskazanych powyżej standardów ratyfikowanych umów oraz respektowania zalecanych dyrektyw.

Bogate orzecznictwo organów, które sprawują kontrolę nad wykonywaniem postanowień tych dokumentów, ułatwia rozstrzygnięcie wielu wątpliwości interpretacyjnych. Szczególnie interesujące jest tutaj orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy. Organ ten jest uprawniony do rozpatrywania skarg indywidualnych, które może złożyć jednostka (grupa lub organizacja) czująca się ofiarą naruszenia postanowień EKPC przez państwo, którego jurysdykcji podlega.

¹² Polska podpisała Kartę w 1991 r.: Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz.67

¹³ Tłumaczenie Konwencji Bioetycznej w: Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów. Wstęp, tłumaczenie i opracowanie T.Jasudowicz, Toruń 1998

¹⁴ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Warszawa 2001

Przedmiotem szczególnej analizy będą postanowienia EKPC. Związana z nią doktryna i orzecznictwo organów międzynarodowych są bogatsze aniżeli w wypadku Paktów. Ponadto wydaje się, że w związku z ratyfikacją przez Polskę, traktat ten jest w pewnym sensie bliższy dla obywateli niż MPPOiP, m.in. ze względu na ustanowiony w nim skuteczny system kontroli międzynarodowej.

4.3. zalecane standardy prawa kobiet do ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej

W świetle przywołanych powyżej dokumentów, państwa członkowskie spełniają rolę podmiotu, który odpowiada za ochronę zdrowia obywateli, dokonuje wyboru trybu i zakresu organizacji ochrony zdrowia, mając na uwadze sytuację polityczną, ekonomiczną, społeczną, tradycję i rozwój prawa. Akty prawa międzynarodowego wskazują na środki, jakie powinny być podjęte przez państwa dla realizacji prawa do ochrony zdrowia, uwzględniające poszanowanie analizowanych aspektów praw pacjenta. Intencją wszelkich poczynań powinno być zniesienie nierówności i niesprawiedliwości w zakresie ochrony zdrowia.

Ratyfikowane umowy międzynarodowe, jak również dokumenty o charakterze reguły interpretacyjnej, nakładają na państwa obowiązek zapewnienia słusznego dostępu do opieki zdrowotnej właściwej jakości, przy uwzględnieniu przede wszystkim potrzeb medycznych danej osoby. Opieka taka powinna być właściwej jakości z punktu widzenia stanu nauki. Sposób organizacji powinien uwzględniać zasadniczą wartość, jaką jest godność ludzka. Słuszość w tym kontekście oznacza przede wszystkim brak bezpodstawnej dyskryminacji, czyli wskazuje na zadowalający stopień skuteczności w uzyskiwaniu opieki (art. 3). Te postanowienia mają na celu zobowiązanie państwa do podejmowania w ramach polityki społecznej działań właściwych dla zapewnienia słusznego dostępu do opieki zdrowotnej, co może być realizowane w różnych formach. Zadowalający poziom tej opieki zależy od pozostających do dyspozycji środków finansowych¹⁵. Przy wyborze sposobu udzielenia świadczenia zdrowotnego (np. przyjęcie porodu) należy uwzględnić specyfikę problemu zdrowotnego, jaki przedstawia dany pacjent. Świadczenie zdrowotne winno odpowiadać kryterium adekwatności i proporcjonalności pomiędzy urzeczywistnianym celem a stosowanymi środkami¹⁶. Bardzo ważnym czynnikiem powodzenia działania medycznego jest zaufanie pacjenta do lekarza. Tego rodzaju zaufanie określa również pewne obowiązki lekarza w stosunku do pacjenta (kobiety rodzącej). Istotnym elementem tych obowiązków jest zobowiązanie do niedyskryminowania pacjentów, poszanowania prywatności, integralności, godności i intymności, respektowanie zakazu niehumanitarnego lub poniżającego traktowania w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz nie naruszania więzi rodzinnych i międzyludzkich.

Podkreślić należy, iż obowiązek podjęcia przez państwo polskie szczególnych działań odnośnie opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną i rodzącą, wynika z ratyfikowanej Konwencji w Sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji. Art. 12 konwencji odnosi się do problematyki likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej, a szczególnie państwa-strony zobowiązane są do zapewnienia kobietom odpowiednich usług w związku z ciążą, porodem i w okresie poporodowym, przyznając bezpłatne usługi, tam gdzie to jest konieczne.

W tym celu państwa-strony zobowiązują się do podejmowania wszelkich właściwych środków i bez zwłoki, m.in. poprzez przyjęcie odpowiednich środków ustawodawczych oraz innych środków, w celu zmiany lub uchylecia istniejących ustaw, zarządzeń, zwyczajów lub praktyk, które stanowią dyskryminację kobiet. Państwo powinno podejmować wszelkie środki celem likwidacji dyskryminacji kobiet przez jakąkolwiek osobę, organizację lub przedsiębiorstwo (art. 2).

4.4. wolności i prawa osobiste kobiety w czasie porodu

Każde działanie podjęte w sferze opieki zdrowotnej naruszające jakąkolwiek płaszczyznę integralności fizycznej, psychicznej i moralnej wymaga zgody osoby zainteresowanej (prawo pacjenta do wyra-

¹⁵ J. Leowski, Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia, *Prawo i Medycyna* 6-7, (vol.2), 2000

¹⁶ Sprawozdanie wyjaśniające do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście zastosowań Biologii i Medycyny, w: Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów, Wstęp, tłumaczenie i opracowanie T. Jasudowicz, op.cit. s. 22-23

zania zgody)¹⁷. Działanie podjęte wbrew powyższej zasadzie jest nielegalne. Członkowie Komitetu Praw Człowieka ONZ wiążą naruszenie prawa do integralności przede wszystkim z zachowaniami funkcjonariuszy publicznych¹⁸, wśród których wyróżniono członków personelu medycznego.

W orzecznictwie strasburskim podejmowano się niejednokrotnie ocen, jakie przesłanki obiektywne, a czasami subiektywne, muszą być dochowane aby „dana interwencja medyczna” stanowiła czyn (działanie bądź zaniechanie) legalny¹⁹. Nie ma wątpliwości, że medyczna niezbędność konkretnej interwencji musi być udowodniona²⁰.

Przepisy ratyfikowanych umów międzynarodowych bezwzględnie **zakazują nieludzkiego i poniżającego traktowania**, nie przewidując w tym względzie **żadnych wyjątków (art. 7 MPPOiP i art. 3 EKPC)**. Złe traktowanie musi osiągnąć pewien minimalny poziom dolegliwości, aby można było mówić o naruszeniu europejskich standardów. W kategorii nieludzkiego traktowania w rozumieniu Europejskiego Trybunału Praw Człowieka mieści się traktowanie powodujące uszkodzenie ciała lub poważne cierpienia fizyczne i psychiczne²¹ lub traktowanie poniżające w poważnym stopniu jednostkę (ofiara) w oczach innych i wymuszające działanie wbrew jej woli lub świadomości. Uczucie traktowania sprzecznego z art. 3 EKPC może mieć również wyłącznie subiektywny charakter (poczucie bycia poniżonym), nawet wówczas, gdy poniżające traktowanie stosowane jest od dłuższego czasu i spotyka się z publiczną aprobatą. Traktowanie jest oceniane jako „poniżające” wówczas, gdy środki zastosowane względem danej osoby są znacznie surowsze niż te, które zastosowano względem innych w analogicznej sytuacji²².

Powyższe definicje mają charakter jedynie ogólnych wskazówek. Europejskie organy kontroli uznają, że każda sprawa wymaga indywidualnego podejścia i uwzględnienia wszystkich okoliczności towarzyszących. Nie ma uniwersalnych obiektywnych kryteriów, które mogłyby być podstawą ustalania standardów nieludzkiego i poniżającego traktowania. Należy podkreślić, że Europejski Trybunał Praw Człowieka odnosi traktowanie człowieka nie tylko do cierpień fizycznych, lecz także psychicznych. Może to być np. wywołanie poczucia strachu i poniżenia w określonej sytuacji²³. Działanie poniżające nie musi koniecznie być podjęte publicznie²⁴.

Zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie jest wyrażony pogląd, że art. 7 MPPOiP i art. 3 EKPC mogą być instrumentem ochrony praw, które nie są w nich *expressis verbis* ustanowione, a są natomiast uszczegółowieniem i dopełnieniem istniejących regulacji. Mam tutaj na uwadze ochronę praw kobiet w czasie porodu, bez względu na miejsce, w którym się on odbywa.

Postawa wynikająca z poczucia niższości i bezsilności, typowa dla pacjentek rodzących wobec braku zapewnienia im intymności, poród w salach wieloosobowych i w obecności przypadkowych osób trzecich, brak zabezpieczenia intymności przed innymi pacjentkami i przypadkowymi osobami, brak poszanowania godności, uzależnienie wsparcia osób najbliższych od często wysokich opłat wymaga zwiększonej czujności przy badaniu, czy art. 7 MPPOiP i art. 3 EKPC były i są przestrzegane.

Podkreślić należy, że art. 7 MPPOiP i art. 3 EKPC ustanawiają prawa, które mają charakter absolutny, tzn. w żadnych okolicznościach nie mogą być ani zawieszane, ani ograniczone. Oznacza to, że pacjentki oddziałów położniczych korzystają z ochrony przed nieludzkim i poniżającym traktowaniem i żadne okoliczności ekonomiczne, finansowe, organizacyjne nie pozwalają na uchylenie wynikających

¹⁷ MPPOiP art.7 zdanie pierwsze; EKPC art.3; por. Raport Costello-Roberts v. Wielka Brytania, 8.10.1991, A.247-C, §49; Raninen v. Finlandia, 24.10.1996, skarga nr 20972/92, §54 przed Europejskim Trybunałem, w: M.Nowicki, Europejska Konwencja Praw Człowieka Wybór orzecznictwa, Warszawa 1998, s.257

¹⁸ Członkowie Komitetu Praw Człowieka CCPR/C/SR 257, §29; 327, §30; 386, §43; 443; §9,29

¹⁹ Orzeczenie Costello-Roberts v. Wielka Brytania, 25.3.1993, A.247-c, §36; Orzeczenie X i Y v. Holandia, 26.3.1985, A.91, §22, [w]: M. Nowicki, Europejska Konwencja Praw ..., op.cit.

²⁰ Wymienione problemy są poruszone m.in.: Orzeczenie Herczegfalvy v. Austria, 24.9.1992, A.244, §82; Decyzja X. v. Dania, 2.3.1983, skarga nr 9974/82, DR 32/282; Raport Cypr v. Turcja, 10.7.1976, skargi nr 6780/74 i 6950/75, EHRR 4/482; Raport Dhoest v. Belgia, 14.5.1987, skarga nr 10448/83, DR 55/5, [w]: M.Nowicki, Europejska Konwencja Praw..., op.cit.

²¹ Orzeczenie Campbell i Cosans v. Wielka Brytania, 25.2.1982, A.48, par.26, [w]: M.Nowicki, Europejska Konwencja Praw ..., op.cit.

²² Raport Greek Case (Sprawa Grecka), 5.11.1969, Yearbook 12/186; również Orzeczenie Campbell i Cosans v. Wielka Brytania, 25.2.1982, A.48, par.26, [w]: M.Nowicki, Europejska Konwencja Praw ..., op.cit.

²³ Orzeczenie Irlandia v. Wielka Brytania, 18.1.1978, A.25, §167; Raport Hurtado v. Szwajcaria, 8.7.1993, § 67, A.280-A; Orzeczenie Irlandia v. Wielka Brytania, 18.1.1978, A. 25, par.162; Tyrer v. Wielka Brytania, 25.4.1978, A.26, par.29-30, [w:] M.Nowicki, Europejska Konwencja Praw ..., op.cit.

²⁴ Orzeczenie Tyrer v. Wielka Brytania, 25.4.1978, A.26, par.29-30 [w]: M.Nowicki, Europejska Konwencja Praw ..., op.cit.

z analizowanych przepisów obowiązków. Tym samym nakładają na państwo polskie obowiązek zagwarantowania systemu organizacyjnego i prawnego zapewniającego ochronę przed naruszeniami analizowanego zakazu.

W świetle orzecznictwa strasburskiego, pojęcie życia prywatnego jest szerokie i nie daje się wyczerpująco zdefiniować. Obejmuje ono integralność psychiczną, fizyczną i moralną, w tym prawo do życia w sposób zgodny z własnym życzeniem bez kontroli innych osób²⁵. Z poszanowaniem życia prywatnego ściśle związane jest prawo do poszanowania życia rodzinnego pacjentek rodzących, które obejmuje m.in. ochronę więzi rodzinnych i utrzymywanie kontaktów z bliską osobą.

Art. 17 MPPOiP i art. 8 EKPC mają za zadanie chronić pacjentki rodzące przed arbitralnymi naruszeniami życia prywatnego i rodzinnego w czasie opieki przedporodowej, porodowej i poporodowej. Prawo to ma charakter relatywny, podkreśla to § 2 art. 8 EKPC.

Jak się powszechnie podkreśla w doktrynie, chodzi o te aspekty prywatności, które polegają na ingerencji władz publicznych, a nie innych podmiotów. Niedopuszczalna jest ingerencja o znamionach arbitralności, tj. taka, która nie jest konieczna m.in. z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, ochronę zdrowia lub moralności lub ochronę praw i wolności innych osób, jeśli wnika ona w życie prywatne, nie respektując więzi rodzinnych i prawa do kontaktów z osobami bliskimi, a także integralności rodziny.

Prawo do prywatności pozostaje w ścisłym związku z ochroną innych praw człowieka (np. poszanowania intymności). Poszanowanie prawa do prywatności wiąże się z zakazem ingerencji organów państwowych. Tymczasem organy europejskie w kilku sprawach uznały, że na organach państwowych spoczywa nie tylko obowiązek negatywny (powstrzymania się od ingerencji), lecz także (w pewnych sytuacjach) obowiązek podjęcia pozytywnych działań w celu zagwarantowania praw ustanowionych w art. 8 EKPC. Obowiązek poszanowania życia prywatnego podlega kontroli ingerencji ze strony funkcjonariuszy państwa, ale również kontroli działań osób prywatnych (prywatny sektor)²⁶. Istnieją różne sposoby zapewnienia poszanowania życia prywatnego. Charakter obowiązków państwa uzależniony jest od aspektów życia prywatnego wchodzących w grę. Sfery życia, w których występuje interes jednostki określony mianem prywatności, odznaczają się subiektywizmem. Ponadto wrażliwość poszczególnych osób i grup społecznych zmienia się pod wpływem przemian kulturowych i wzorców innych społeczeństw. O tym jak trudno zdefiniować pojęcie prywatności świadczy orzecznictwo międzynarodowe i doktryna prawnicza. Generalnie nie podejmuje się prób definiowania prywatności, lecz koncentruje się wysiłki na wyliczaniu sfer, które powinny być chronione za pomocą konstrukcji prawa do prywatności, albo też ustala się listę działań, które godzą w sferę życia prywatnego²⁷.

Art. 14 EKPC i art. 26 MPPOiP zawierają zasadę niedyskryminacji. Nie podają one wyczerpująco przesłanek zakazanej dyskryminacji. Z dyskryminacją będziemy mieli do czynienia, gdy dojdzie do różnicowania, pomimo iż sytuacje, w jakich znajdują się jednostki, będą porównywalne lub analogiczne. Europejski Trybunał Praw Człowieka zwrócił uwagę, że nie jest jednak zakazana wszelka dyskryminacja, lecz tylko taka, która pozbawiona jest racjonalnego i obiektywnego uzasadnienia. Istnienie takiego uzasadnienia powinno być oceniane w stosunku do celu i skutków stosowanego środka. Ustalenia w tym zakresie muszą uwzględniać cel i rezultat kwestionowanych działań oraz zasady obowiązujące w demokratycznych społeczeństwach. Nie można również pominąć okoliczności faktycznych i prawnych życia społecznego w konkretnym kraju²⁸. Generalnie zakaz dyskryminacji art. 14 EKPC nie istnieje niezależnie, jest uzupełnieniem innych przepisów EKPC. Chroni kobiety znajdujące się w porównywalnej sytuacji, przed dyskryminacją w korzystaniu z praw i wolności zawartych w tych przepisach. Środek, który sam w sobie jest zgodny z wymaganiami konkretnego artykułu może jednak naruszać ten artykuł odczytywany w połączeniu z art. 14 EKPC ze względu na jego dyskryminacyjny charakter. Art. 14 EKPC jest bowiem integralną częścią każ-

²⁵ Orzeczenie *Costello-Roberts v. Wielka Brytania*, 25.3.1993, A.247-C, par.36; Orzeczenie *X. i Y v. Holandia*, 26.3.1985, A.91, par.22, [w]: M.Nowicki, *Europejska Konwencja Praw ...*, op.cit.

²⁶ Orzeczenie *X. i Y v. Holandia*, 26.3.1985, A.91, par.22; Orzeczenie *A. v. Francja*, 23.11.1993, A.277-A, par.36 [w]: M.Nowicki, *Europejska Konwencja Praw ...*, op.cit.

²⁷ J.Wawrzyniak, *Prawo do prywatności. Zarys problematyki*, Zeszyty dydaktyczne PWSBiA, nr 18, Warszawa 1994

²⁸ Por. m.in. Orzeczenie *Inze v. Austria*, 28.10.1987, A.126; *Darby v. Szwecja*, 23.10.1990, A.187, par. 31; *Hoffman v. Austria*, 23.6.1993, A.255-C, par. 31-32; *McMichael v. Wielka Brytania*, 24.2.1995, A.308; [w]: M.Nowicki, *Europejska Konwencja Praw ...*, op.cit.

dego przepisu materialnego niezależnie od jego natury. Wnioski te mają zastosowanie zwłaszcza, gdy prawa zawarte w EKPC oraz związane z nimi obowiązki państwa-stron nie są precyzyjnie zdefiniowane i w rezultacie państwo ma szeroki wybór środków umożliwiających skuteczne korzystanie z tego prawa²⁹. Wprawdzie państwo zachowuje pewien margines oceny, ale podlega on kontroli organów europejskich.

W rozpatrywanej sprawie, konieczne jest zwrócenie uwagi na przepisy ograniczające korzystanie z przysługujących praw. I tak, prawo kobiety do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego (art. 8 EKPC), może być ograniczane przez państwa na podstawie par. 2, po spełnieniu określonych warunków. Przy korzystaniu z możliwości ograniczenia prawa zagwarantowanego w Konwencji, państwa-strony muszą uwzględniać art. 14. Jeżeli ograniczenie, dopuszczalne na podstawie par. 2 (danego artykułu) zostało wprowadzone w sposób dyskryminujący, dojdzie do pogwałcenia art. 14 w połączeniu z artykułem, wchodzącym w grę w danym przypadku³⁰.

5. standardy polskie

5.1. źródła regulacji praw kobiet

Fundamentalne znaczenie dla statusu prawnego kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu ma Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. w której uznano³¹, że Polska zapewnia wolności i prawa człowieka (art. 5).

Źródłem praw człowieka jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka³². Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona są obowiązkiem władzy publicznej (art. 30). Poszanowanie godności jest naczelną dyrektywą konstytucyjnej ochrony praw człowieka.

Z punktu widzenia statusu prawnego kobiety rodzącej oraz roli i zadań państwa, w tym zakresie zasadnicze znaczenie ma art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP, który każdemu gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom polskim równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w granicach ustawy. Podkreślenia, w tym miejscu, wymaga **zapis art. 68 ust. 3 obligujący władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym**. W pewnym sensie do zadań związanych z ochroną zdrowia nawiązuje **art. 71 ust. 2 Konstytucji**, z którego wynika, że „**Matka przed i po urodzeniu dziecka ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, której zakres określa ustawa**”³³.

Ponadto, ogólne normy Konstytucji traktują o prawach i wolnościach osobistych, które w sposób oczywisty odnoszą się do osób korzystających z usług medycznych, a więc również pacjentek oddziałów położniczych. Są to:

- ▶ Art. 39 – zapewnia każdej kobiecie ochronę przed eksperymentami medycznymi bez dobrowolnie wyrażonej zgody;
- ▶ Art. 40 – zakaz poniżającego traktowania – zakaz ten ma charakter absolutny i nie dopuszcza żadnych wyjątków;
- ▶ Art. 41 ust. 1 – kobieta ma prawo do nietykalności osobistej, wolność od środków przymusu i wolności osobistej, wolność dysponowania swoją osobą. Pozbawienie lub ograniczenie obu tych wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

²⁹ A.Redelbach, *Natura praw człowieka*, Toruń 2001, s.218 i nast.

³⁰ Por. m.in. Orzeczenie *Marckx v. Belgia*, 13.6.1979, A.31; Orzeczenie *Abdulaziz, Cabales i Balkandali v. Wielka Brytania*, 28.5.1985, A.94, par. 84 i 85, [w:] M.Nowicki, *Europejska Konwencja Praw ...*, op.cit.

³¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. Nr 78, poz.483, z 2001 r. Nr 28, poz.318

³² M.Ossowska definiowała godność człowieka następująco: „Ma godności ten, kto umie bronić pewnych uznanych przez się wartości, z których obroną związane jest jego poczucie własnej wartości i kto oczekuje z tego tytułu szacunku ze strony innych. Brak godności z kolei ujawnia ten, kto rezygnując z takiej wartości sam siebie poniża lub daje się poniżać dla osiągnięcia jakichś osobistych korzyści”; M.Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Warszawa 1970, s.59

³³ M.Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s.77

- ▶ Art. 18 i art. 47 – kobieta ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym;
- ▶ Art. 51 – kobieta ma prawo do ochrony tajemnicy danych osobowych; obowiązek ujawnienia tych danych może wynikać jedynie z ustawy.

Zapisy Konstytucji są realizowane i precyzowane w licznych ustawach:

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa o świadczeniach)³⁴. Ustawa ta wypełnia delegację ust. 2 art. 68 Konstytucji przyjmując, że podstawową formą ochrony zdrowia w Polsce jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane ze środków publicznych. Wymienia się w szczególności dwie zasady: 1) równego traktowania oraz solidarności społecznej, 2) zapewnienie ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród kontrahentów NFZ. Zaznaczyć także należy, iż na mocy ustawy, prawa do świadczeń zdrowotnych w okresie ciąży, porodu i pokoju przysługują wszystkim kobietom niezależnie od tego czy zaliczają się do kategorii osób ubezpieczonych (art. 13).

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (dalej: ustawa o z.o.z.)³⁵. Pacjent (kobieta rodząca) przebywający w każdym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do (art. 19 i 18 ustawy o z.o.z.): świadczeń zdrowotnych odpowiadających wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń; wyrażania zgody lub odmowy jej udzielania na określone świadczenia, po uzyskaniu odpowiednich informacji; informacji o swoim stanie zdrowia; poszanowania intymności i godności w czasie udzielania jej świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo w czasie pobytu w szpitalu (art. 20-26 ustawy o z.o.z.) pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie.

Każdy zakład opieki zdrowotnej przynajmniej formalnie został zobowiązany do stworzenia gwarancji respektowania praw pacjenta jako użytkownika tego zakładu. Wyraźny zakaz nielegalnych praktyk – odnośnie praw pacjenta – wprowadza art. 18 a ust. 2 ustawy o z.o.z. Zgodnie z tym przepisem „postanowienia regulaminu [...] nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych”.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej: ustawa lekarska)³⁶. Lekarz jest zobowiązany do respektowania „zasad wykonywania zawodu lekarza”³⁷. Ich przestrzeganie stanowi przesłankę legalności udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zasady te określają charakter relacji lekarz-pacjent i są wiążące dla lekarza bez względu na miejsce wykonywania zawodu³⁸. Lekarz ma obowiązek udzielania niezbędnej pomocy (art. 30). Przesłanki niepodjęcia lub odstąpienia od udzielenia świadczenia w sposób zawężający reguluje art. 38 oraz art. 39, tzw. klauzula sumienia. Lekarz ma obowiązek informowania (art. 31) i uzyskania zgody pacjenta na proponowane świadczenie zdrowotne (art. 39 i 34), a wszelkie wyjątki odstępowań od tej zasady reguluje ustawa (art. 33, 34 ust. 3, 6, 7, art. 35). **Szczególnego podkreślenia** wymaga zobowiązanie *expressis verbis* art. 36 do poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta oraz obowiązek przestrzegania tajemnicy lekarskiej, a w tym życia prywatnego pacjenta (art. 41).

³⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Dz. U. Nr 210, poz. 2135; Zmiany: Dz.U. z 2005 r. Nr 94, poz.788, Nr 132, poz.1110, Nr 138, poz.1154, Nr 157, poz.1314, Nr 164, poz.1366 i Nr 179, poz.1485; z 2006 r. Nr 75, poz.519 i Nr 104, poz.708

³⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz.408, z 1992 r. Nr 63, poz.315, z 1994 r. Nr 121, poz.591, z 1995 r. Nr 138, poz.682, z 1996 r. Nr 24, poz.110, z 1997 r. Nr 104, poz.661, Nr 121, poz.769 i Nr 158, poz.1041, z 1998 r. Nr 106, poz.668, Nr 117, poz.756 i Nr 162, poz.1115, z 1999 r. Nr 28, poz.255 i 256 i Nr 84, poz.935, z 2000 r. Nr 3, poz.28, Nr 12, poz.136, Nr 43, poz.489, Nr 84, poz.948, Nr 114, poz.1193 i Nr 120, poz.1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz.45, Nr 88, poz.961, Nr 100, poz.1083, Nr 111, poz.1193, Nr 113, poz.1207, Nr 126, poz.1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz.1407, z 2002 r. Nr 113, poz.984). Ustawa reguluje między innymi zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ich rodzaje oraz prawa pacjenta.

³⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Tekst jednolity Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz.1943)

³⁷ Rozdział 5. omawianej ustawy.

³⁸ K.Zgryzek, Gwarancje praw pacjenta w projekcie ustawy o zawodzie lekarza, Służba zdrowia nr 48, 1993, s.7 i 12-13; L.K.Paprzycki, Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o zawodzie lekarza, Państwo i Prawo 1993, s.31 i nast.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej³⁹ zawiera niezwykle ważny zapis, iż zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi i określa zakres tej samodzielności (art. 4, art. 5, art. 6). Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej polega w szczególności na udzielaniu świadczeń zdrowotnych pielęgnacyjnych, zabiegowych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Udzielanie świadczeń przez położną to przede wszystkim: rozpoznawanie ciąży i sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oraz przeprowadzanie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej; kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka; prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowanie porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem naciętego krocza; podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym przyjęcie porodu z położenia miednicowego oraz ręczne wydobywanie łożyska; sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego; samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Pielęgniarka i położna mają obowiązek udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia; przekazywania koniecznych informacji; zachowania tajemnicy zawodowej.

Lekarz, pielęgniarka i położna mają obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi im metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (art. 4 ustawy lekarskiej; art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁴⁰ w art. 2, ust. 1 zobowiązuje organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez: opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży oraz pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych przez czas ciąży, porodu i po porodzie.

Prawa pacjenta są chronione także przez Kodeks cywilny⁴¹ i Kodeks karny⁴². Ustawy te regulują kwestie odpowiedzialności za działania zagrażające lub naruszające dobra osobiste człowieka⁴³.

O prawach pacjenta stanowi też Kodeks etyki lekarskiej (dalej: KEL)⁴⁴ i Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: KEZPiP)⁴⁵ zawierające normy wiążące lekarzy, pielęgniarki i położne. Nie są to jednak źródła prawa pozytywnego.

5.2. realizacja prawa kobiety rodzącej do opieki zdrowotnej

Analizę statusu prawnego kobiety rodzącej należy rozpocząć od sięgnięcia do norm konstytucyjnych. Zgodnie z hierarchicznym porządkiem norm prawnych, wszystkie rozwiązania przyjęte przez ustawę muszą być zgodne z Konstytucją⁴⁶.

³⁹ Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Tekst jednolity: Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz.602; Zmiany: Dz.U. z 2001 r. Nr 89, poz.969; z 2003 r. Nr 109, poz. 1029; z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz.885 i Nr 173, poz.1808 oraz 2005 r. Nr 175, poz.1461

⁴⁰ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. Nr 17, poz. 78, zmiany: Dz. U. z 1995 r. Nr 66, poz.334; z 1996 r. Nr 139, poz.646; z 1997 r. Nr 141, poz.943; z 1999 r. Nr 5, poz.32 oraz z 2001 r. Nr 154, poz.1792

⁴¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz.93, z 1971 r. Nr 27, poz.252, z 1976 r. Nr 19, poz.122, z 1982 r. Nr 11, poz.81, Nr 19, poz.147 i Nr 30, poz.210, z 1984 r. Nr 45, poz.242, z 1985 r. Nr 22, poz.99, z 1989 r. Nr 3, poz.11, z 1990 r. Nr 34, poz.198, Nr 55, poz.321 i Nr 79, poz.464, z 1991 r. Nr 107, poz.464 i Nr 115, poz.496, z 1993 r. Nr 17, poz.78, z 1994 r. Nr 27, poz.96, Nr 85, poz.388 i Nr 105, poz.509, z 1995 r. Nr 83, poz.417, z 1996 r. Nr 114, poz.542, Nr 139, poz.646 i Nr 149, poz.703, z 1997 r. Nr 43, poz.272, Nr 115, poz.741, Nr 117, poz.751 i Nr 157, poz.1040, z 1998 r. Nr 106, poz.668 i Nr 117, poz.758, z 1999 r. Nr 52, poz.532, z 2000 r. Nr 22, poz.271, Nr 74, poz.855 i 857, Nr 88, poz.983 i Nr 114, poz.1191, z 2001 r. Nr 11, poz.91, Nr 71, poz.733, Nr 130, poz.1450 i Nr 145, poz.1638 oraz z 2002 r. Nr 113, poz.984)

⁴² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz.553 i Nr 128, poz.840, z 1999 r. Nr 64, poz.729 i Nr 83, poz.931 oraz z 2000 r. Nr 48, poz.548, Nr 93, poz.1027, Nr 116, poz.1216 i z 2001 r. Nr 98, poz.1071)

⁴³ Por. M.Nestorowicz, Prawo medyczne, Wydanie VII Toruń 2005; także M.Filar, S.Krześ, E.Marszałkowska-Krześ, P.Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004

⁴⁴ Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.; tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy

⁴⁵ Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.

⁴⁶ Prawo konstytucyjne RP (6 wydanie) pod. red. P.Sarneckiego, ...op.cit. s. 46 i nast.

Art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zawiera ogólną normę – każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Objęci są nią w jednakowym stopniu obywatele polscy, jak i cudzoziemcy znajdujący się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej (art. 37 Konstytucji). Niedopuszczalne jest, aby ktokolwiek poddawany był dyskryminacji w zakresie ochrony zdrowia z jakiegokolwiek przyczyny. Jednocześnie art. 68 ust. 1 musi być interpretowany w ścisłym związku z art. 38 Konstytucji, gdzie gwarantuje się każdemu człowiekowi prawną ochronę życia⁴⁷. Prawo do ochrony zdrowia nie jest więc tylko prawem socjalnym⁴⁸. Ścisły związek z prawem do ochrony życia, pozwala na wliczenie prawa do ochrony zdrowia do osobistych praw człowieka. Świadczy to o podwójnym charakterze prawa do ochrony zdrowia, jako prawa socjalnego, a jednocześnie prawa osobistego (podmiotowego)⁴⁹.

Bardziej oczywisty w swej treści jest ust. 2 art. 68 który jednoznacznie wskazuje, że podmiotami uprawnionymi są jedynie obywatele RP, a podmiotem zobligowanym do realizacji prawa obywateli w tym zakresie jest władza publiczna. Stworzenie takiego ograniczenia ma charakter czysto techniczny i służy wskazaniu, kto i na jakich zasadach ma prawo do określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Inne osoby, nie spełniające kryterium obywatelstwa, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, ale nie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych⁵⁰. Przedmiotem prawa jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, równy dla wszystkich uprawnionych. Norma ta wskazuje ogólnie źródło finansowania świadczeń opieki zdrowotnej – mają to być środki publiczne. Użyte tutaj określenie „opieka zdrowotna” ma charakter ogólny i obejmuje nie tylko czynności medyczne, lecz także inne z zakresu administracji, organizacji, komunikacji, opieki duchowej itp., które łącznie składają się na treść zobowiązania opieki zdrowotnej⁵¹. W tym zakresie funkcje władzy publicznej w rozumieniu art. 77 ust. 1 Konstytucji spełniają organy administracji rządowej i organy jednostek samorządu terytorialnego. Władza publiczna przede wszystkim wypełnia funkcje organizatora ochrony zdrowia, a jej zadania odnoszą się do nadzoru i kontroli oraz zabezpieczania potrzeb zdrowotnych ludności (m.in. przez utrzymywanie zakładów opieki zdrowotnej). O władzach publicznych mowa jest również w art. 6 ustawy o świadczeniach „w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”, w kontekście zadań tworzenia ogólnych warunków realizacji indywidualnego prawa do ochrony zdrowia. Natomiast NFZ jest państwową jednostką organizacyjną, która zapewnia świadczenia zdrowotne poprzez zawieranie „umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych”, w ramach posiadanych środków finansowych⁵². Jest dysponentem środków publicznych zgromadzonych ze składek ubezpieczenia zdrowotnego i w tym zakresie działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych.

Postanowienia Konstytucji gwarantujące prawo do ochrony zdrowia zawierają w sobie nakaz respektowania pewnego koniecznego poziomu jakości świadczeń opieki zdrowotnej, poniżej którego można by dostrzec naruszenie gwarancji konstytucyjnej⁵³. Należy podkreślić, że z art. 68 Konstytucji RP nie wynika obowiązek zapewnienia przez władzę publiczną bezpłatnej opieki zdrowotnej, a równy dostęp to nie to samo co dostęp bezpłatny.

Przyjęte rozwiązania muszą jednak uwzględniać postanowienia ust. 3 art. 68 i ust. 2 art. 71, które kobietom ciężarnym gwarantują prawo do szczególnej opieki zdrowotnej, a więc możliwość uzyskania przez kobietę ciężarną pewnych „świadczeń” o charakterze socjalnym. Stworzenie takiego systemu „gwarancji” stanowi przejaw troski państwa o zdrowie kobiet ciężarnych, o zapewnienie im możliwie najlepszego stanu zdrowia oraz chęć urzeczywistnienia założeń państwa socjalnego. Pomoc realizowana w tym zakresie może polegać na zapewnieniu świadczeń zdrowotnych, np. przez pokrywanie ich kosztów. Zważyw-

⁴⁷ A.Zoll, Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, *Prawo i Medycyna* 2000 nr 5, s.8

⁴⁸ Art.68 znajduje się w Rozdziale II Konstytucji RP, w części poświęconej prawom ekonomicznym, socjalnym i kulturalnym. Takie umiejscowienie wpływa na jego klasyfikację-uznawane jest za prawo socjalne. W doktrynie często podnosi się, iż prawa należące do tej kategorii mają charakter norm programowych, do których realizacji państwo powinno dążyć, a sposób i zakres ich realizacji zależy od możliwości państwa.

⁴⁹ Stanowisko takie zaprezentował Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 20 lutego 2002 r. (Sygn. Akt Ts 171/01, OTK 2002, nr 2B, poz.168)

⁵⁰ A.Surówka, *Ochrona zdrowia w systemie praw i wolności*, *Jurysta* 2005 nr 8, s.9

⁵¹ J.Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006, s.269

⁵² W doktrynie podkreśla się, iż Fundusz nie jest „władzą publiczną” w żadnym znaczeniu, nie była więc uzasadniona próba przypisania mu odpowiedzialności za szkody według art.77 Konstytucji. Zwrócono również uwagę, iż Fundusz ma „organizować i finansować” udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast przypisywanie mu „potocznie” funkcji płatnika nie jest poprawne według prawa polskiego. Szerzej ten problem omawia: J.Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego...* op.cit. s.253 i nast.; *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, *Przegląd Sądowy*, wrzesień 2003

⁵³ M.Safjan, *Ustawa zasadnicza i standardy medyczne*, *Gazeta Lekarska*, nr 02/2001

szy na zasadę decentralizacji i domniemania kompetencji, podstawowa rola w tej mierze przypada jednostkom samorządu terytorialnego. Kwestie związane z realizacją obowiązku władzy publicznej w zakresie szczególnej opieki zdrowotnej znajdują odniesienie również w samorządowych ustawach ustrojowych⁵⁴.

W kwestii warunków i zakresu udzielania świadczeń Konstytucja przekazuje ustawodawcy kompetencję do określenia zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Stosownie do odesłania zawartego w ustawie zasadniczej, warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej realizowane są na podstawie dwóch zasadniczych ustaw: o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i o zakładach opieki zdrowotnej. Pierwsza ustawa wskazuje na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego lub zaopatrzenia społecznego oraz organizację udzielania tych świadczeń. Natomiast druga ustawa reguluje ustrój podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, tzw. świadczeniodawców i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z uzasadnieniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. Akt K 14/03 OTK-A 2004 r., nr 1, poz. 1), każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli organizacyjno-prawnych musi spełniać konstytucyjne wymagania zapewnienia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z Konstytucją RP dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej.

W związku z powyższym, władzę państwową i NFZ łączy przede wszystkim wspólne zadanie, którym jest wykonywanie obowiązków w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zadaniem władzy publicznej i NFZ jest działanie na rzecz wszystkich kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Każda kobieta bez względu na to, czy jest objęta powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, czy też nie, podlega temu ubezpieczeniu i w okresie ciąży, porodu i połogu ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na takich samych zasadach i w zakresie, a więc w świetle przepisów nabywa status świadczeniobiorcy (art. 13 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane kobietom są finansowane z budżetu państwa – w przypadku pacjentek nie ubezpieczonych, oraz z Funduszu – w przypadku pacjentek objętych ubezpieczeniem, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej (art. 13 ust. 2). Zgodnie z zasadą solidarności społecznej, bez względu na to, ile kwotowo wynosi składka na ubezpieczenie zdrowotne lub czy w ogóle była opłacana, każda kobieta ma prawo do takich samych świadczeń opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu i połogu. Władza publiczna została wyposażona w odpowiednie instrumenty pozwalające zapewnić prawo do świadczeń opieki zdrowotnej kobietom, które prawa tego nie nabyły z innych „podstawowych tytułów”.

Zgodnie z art. 5 ustawy o świadczeniach na konstrukcję „świadczenia opieki zdrowotnej” składają się trzy elementy: świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące.

Świadczenie zdrowotne na potrzeby ustawy zdefiniowano jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach). W związku z tą definicją pozostaje definicja „świadczenia zdrowotnego” w art. 3 ustawy o z.o.z., gdzie warunkiem uznania danego świadczenia za świadczenie zdrowotne jest cel świadczenia i jego profesjonalne (zawodowe) wykonywanie (wniosek taki wynika z art. 4 i art. 19 pkt 1 ustawy o z.o.z.). Za świadczenie zdrowotne uznano świadczenie związane m.in. z opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, połogiem oraz opieką nad noworodkiem (art. 3 pkt 5 ustawy o z.o.z.).

Świadczenie zdrowotne rzeczowe to m.in. leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze, wydawane kobietom uprawionym, o ile są związane z ciążą, porodem i połogiem (art. 5 pkt 37 w związku z art. 13 ust. 2 ustawy o świadczeniach). Świadczenia towarzyszące to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach).

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługujących świadczeniobiorcom-pacjentkom rodzajem obejmuje gwarantowane podstawowe oraz specjalistyczne

⁵⁴Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz.1591 ze zm.: art.7 ust.1 pt.16; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz.1592 ze zm.: art. 4 ust.1; ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz.1593 ze zm. art.14 ust.1

świadczenia zdrowotne i zawarty jest w Rozdziale 2. ustawy o świadczeniach. Jest to koszyk świadczeń gwarantowanych, finansowanych w całości ze środków publicznych. W ustawie o świadczeniach określono również wykaz świadczeń nie finansowanych ze środków publicznych (tzw. koszyk negatywny) w formie załącznika do ustawy. Świadczenia opieki zdrowotnej nie zakwalifikowane jako gwarantowane nie podlegają refundacji ze środków publicznych (art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach).

Narzędziem realizacji zadań władz publicznych w zakresie sprawowania bezpośredniej opieki zdrowotnej nad kobietą rodzącą jest świadczeniodawca będący kontrahentem NFZ, a podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych jest umowa. Świadczeniodawcą jest z reguły publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, ale może nim być także indywidualna lub grupowa praktyka lekarska, pielęgniarska, położnicza, lub inny podmiot⁵⁵. Uzyskanie statusu świadczeniodawcy powoduje, że zakład opieki zdrowotnej staje się częścią publicznego systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przyjęcie tej roli skutkuje nałożeniem obowiązku wypełniania jej zgodnie z warunkami i zasadami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Stosunek między NFZ a świadczeniodawcą jest rodzajem umownego zobowiązania, a każda ze stron umowy ma wykonać swoje zobowiązanie w sposób określony w art. 354 k.c. Problem udzielania świadczeń ponad określony limit powinien być rozwiązany przez zamieszczenie w treści klauzuli na wypadek nadzwyczajnych i nieprzewidywalnych wydatków świadczeniodawcy, ale to nie podważa zasady, że świadczeniodawca wykonuje swoje zobowiązanie wobec Funduszu na warunkach umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych⁵⁶. Oznacza to m.in., że świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie (art. 132 ust. 4).

W razie skorzystania ze świadczenia zdrowotnego, osoba uprawniona (np. kobieta ciężarna) staje się jako świadczeniobiorcą stroną stosunku prawnego ze świadczeniodawcą. Ten drugi ma swoje zadania i obowiązki wynikające z zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz z przepisów ustawowych, świadczeniobiorca (kobieta ciężarna) natomiast jest uprawniony do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto świadczeniobiorcy przysługują „prawa pacjenta”, które wchodzi do treści stosunku prawnego między stronami i stają się uprawnieniami. O prawach pacjenta jest mowa w szczególności w ustawie o z.o.z., czyli w przepisach porządku publicznego dotyczących wszelkich podmiotów i stosunków w zakresie ochrony zdrowia⁵⁷.

Wykonywanie przez świadczeniodawcę świadczenia zdrowotnego jako elementu opieki zdrowotnej musi być powierzone fachowcowi mającemu odpowiednie uprawnienia zawodowe, tj. lekarzowi, pielęgniarce, położnej, czyli osobom, które przy wykonywaniu zawodu podlegają odpowiedniej ustawie i regułom etyki zawodowej. Są to uregulowania prawne porządku publicznego. Nie wynika z nich stosunek prawny z pacjentem, są one natomiast istotne dla świadczeniodawcy (zatrudniającego fachowy personel medyczny), dla należytego wykonania świadczenia opieki zdrowotnej.

W ten sposób ustawodawca ustalił reguły działania systemu opieki zdrowotnej, w którym świadczeniobiorcy mają prawo do uzyskania od świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych ustawą o świadczeniach. Prawo kobiety rodzącej odpowiada obowiązkowi świadczeniodawcy do udzielenia świadczenia gwarantowanego na zasadach określonych ustawą. Brak tu miejsca na rozwiązania nie przewidziane w ustawie, np. na dopłaty do porodów, które odbywają się w warunkach gwarantujących poszanowanie intymności i prywatności lub pobieranie opłat za umożliwienie towarzyszenia kobiecie rodzącej wybranej bliskiej osoby.

⁵⁵ Z prawnego punktu widzenia nie ma wątpliwości, że świadczeń opieki zdrowotnej finansowe ze środków publicznych udziela świadczeniodawca. Zgodnie z art.5 pkt 41 ustawy o świadczeniach świadczeniodawcą może być: a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki; b) osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej; c) jednostka budżetowa tworzona i nadzorowana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Sprawiedliwości; d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. Należy pamiętać, iż nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. lekarz czy położna, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem (art.132 ust.3 ustawy o świadczeniach).

⁵⁶ J.Jończyk, Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym, Przegląd Sądowy, wrzesień, 2003, s.42 i nast.

⁵⁷ Za: J.Jończyk, Prawo zabezpieczenia społecznego..., op.cit. s.269 i nast.

Sprzeczne z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej są rozwiązania, które pozwalają, z uwagi na źródło finansowania porodu, na różne traktowanie kobiet rodzących znajdujących się w takiej samej sytuacji. Kobiety rodzące, których poród jest finansowany tylko przez Fundusz, często nie mają możliwości skorzystania z takich warunków organizacyjnych, które zapewnią im poszanowanie praw człowieka (integralności, prywatności, godności osobistej, intymności, wsparcia ze strony osób najbliższych).

Obecne przepisy prawa nie dają podstaw do pobierania opłat przez zakłady opieki zdrowotnej za udzielone świadczenia w trakcie porodu finansowanego ze środków publicznych. Zgodnie z przepisami ustawy o z.o.z. o charakterze ogólnym tj. art. 6 ust. 1 i art. 33 ust. 1, opłaty od osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych mogą być pobierane jedynie wtedy, gdy odrębne przepisy przewidują ich pobieranie. Art. 6 ust. 1 ustawy o z.o.z. stanowi, iż każdy zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub w umowie cywilnoprawnej. Natomiast art. 33 ust. 1 ustawy o z.o.z. stanowi, iż publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Ponadto, w świetle art. 38 ust. 5 publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą obciążać osób uprawnionych do świadczeń w tych placówkach opłatami za ich udzielanie, nawet gdy świadczenie zdrowotne jest udzielane przez publiczny zakład opieki zdrowotnej nie będący właściwym ze względu na obszar lub rejon swojego działania.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej z reguły opierają (legalizują) dopuszczalność pobierania opłat od pacjentów na art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy o z.o.z. Zgodnie z jego treścią, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Jednak ustawa o z.o.z. reguluje kwestie ogólnoustrojowe w zakresie zasad tworzenia i form działania wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Przewiduje możliwość odpłatnego leczenia, lecz w kwestii zasad pobierania opłat odsyła do przepisów odrębnych.

Z chwilą, gdy zakład opieki zdrowotnej zawiera z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarazem podejmuje się realizacji zadań władz publicznych sprawowania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Pełniąc funkcję publiczną musi poruszać się w granicach określonych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która określa warunki i zasady udzielania tychże świadczeń. W tym zakresie ustawa ta stanowi przepisy odrębne, o których mowa w art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy o z.o.z.⁵⁸

Biorąc pod uwagę kryterium rodzaju świadczenia zdrowotnego, zarówno publiczne jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą pobierać opłat od pacjentów ubezpieczonych za świadczenia zakontraktowane u nich przez NFZ. Jednocześnie mogą pobierać opłaty za świadczenia opieki zdrowotnej wyłączone przez ustawę z refundacji ze środków publicznych (Załącznik do ustawy o świadczeniach).

Z uwagi na stan związania kontraktem z Funduszem, świadczeniodawca staje się swego rodzaju podmiotem pełniącym funkcję „publiczną”, ponieważ udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W tym też duchu idą rozwiązania ustawodawcy, który przyznaje ochronę prawną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych, osobie udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy (art. 55 ust. 5 ustawy o świadczeniach).

Dla oceny legalności pobierania opłat istotnym jest fakt związania kontraktem z NFZ i uzyskanie statusu świadczeniodawcy, oraz rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, za które pobiera się opłaty, a konkretnie, czy są to świadczenia objęte umową z Funduszem z zakresu tzw. świadczeń gwarantowanych. Reasumując, na takich samych zasadach kształtuje się możliwość odpłatnego leczenia pacjentów przez publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

⁵⁸ Szerzej oparto się o analizę prawną: T.Zimna, Nielegalność pobierania opłat za świadczenia udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, Serwis Prawo i Zdrowie w wersji on-line 2006; www.prawoizdrowie.pl, Dom Wydawniczy ABC

Ponadto, ważną zmianą jest nowelizacja ustawy o z.o.z. z dnia 14 maja 2004, która weszła w życie z dniem 4 czerwca 2006 r.⁵⁹ wprowadzając istotne ograniczenia we współpracy fundacji i stowarzyszeń z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia. Zgodnie z treścią nowego ust. 5 dodanego do art. 1 ustawy o z.o.z., fundacje i stowarzyszenia nie mogą prowadzić na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Zgodnie z regulacją art. 53 ust. 4 ustawy o z.o.z., zabronione jest przekazanie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub prawa do tego majątku do fundacji lub stowarzyszenia, którego przedmiotem działalności jest świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia. A zatem, z dniem 4 czerwca 2006 r. nielegalne z obowiązującym stanem prawnym stały się praktyki „przyszpitalnych” Fundacji działających na terenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, polegające na pobieraniu opłaty za odbycie porodu w danym szpitalu, pod pretekstem porodu rodzinnego czy porodu w warunkach zapewniających poszanowanie prawa do prywatności i intymności.⁶⁰

Należy również nadmienić, że niektóre szpitale stosujące system opłat czy dopłat do świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z porodem i pobytem osób towarzyszących rodzącej, powołują się bezpośrednio na regulamin porządkowy⁶¹ jako źródło obowiązku ponoszenia ciężarów finansowych przez pacjentki. Ustanowione zasady zachowania się usługobiorców i personelu jednostki świadczącej usługi w trakcie udzielania świadczeń, nie mogą mieć bezpośredniego odniesienia do samej możliwości pozyskania świadczenia zdrowotnego. Nie ma wątpliwości, iż akty te nie pochodzą od organów stanowiących przepisy powszechnie obowiązujące. A więc z formalnego punktu widzenia regulaminy powinny być zaliczone do aktów wewnętrznych. Nie mogą odmiennie regulować praw obywatelskich, wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, jeżeli nie ma do tego wyraźnego upoważnienia.⁶²

W przypadku sprzeczności pomiędzy standardami praw pacjenta zawartymi w przepisach rangi ustawy, a zasadami określonymi w regulaminie porządkowym pierwszeństwo mają przepisy ustaw. W takiej sytuacji powołanie się przez zakład opieki zdrowotnej na swój regulamin jest bezskuteczne. Naruszenie praw pacjenta przy zastosowaniu regulaminu porządkowego może być podstawą dochodzenia przez pacjenta odszkodowania.

Reasumując, pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia objęte umową z Funduszem może skutkować nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania za każde stwierdzone naruszenie (§ 29 ust. 1 pkt 1 ppkt e rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 197, poz. 1643). Działanie takie zagrożone jest również karą grzywny (art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach). Odpowiedzialności karnej podlega także ten, kto pobiera nienależne opłaty działając w imieniu osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej (art. 194 ustawy o świadczeniach). Orzekanie w tych sprawach następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia (art. 195 ustawy o świadczeniach).

Obowiązująca ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewiduje odpłatnego udzielania świadczeń gwarantowanych osobom uprawnionym, dlatego nie jest możliwe odpłatne ich wykonywanie przez świadczeniodawców po wyczerpaniu limitów zakontraktowanych przez NFZ.

Pomimo braku podstaw prawnych do wprowadzania opłat za porody, część szpitali oficjalnie je stosuje, obchodząc obowiązujące przepisy. Z reguły zasadniczym argumentem jest zapewnienie warunków dla poszanowania intymności (sala pojedyncza do porodu, nazywana „ponadstandardową”) i uczestnictwa w czasie po-

⁵⁹ Ustawa z dnia 14 maja 2004 o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2006, Nr 75, poz.518

⁶⁰ Zmiany wprowadzane ustawą nowelizacyjną weszły w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia ustawy nowelizacyjnej, tj. z dniem 4 czerwca 2006 r. Nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 14 maja 2004 r. została opublikowana w Dz.U. z 2006 r. Nr 75, poz.518. Oznacza to, że zakłady opieki zdrowotnej i podmioty z nimi współpracujące miały niespełna miesiąc na dostosowanie prowadzonej działalności do nowej regulacji prawnej. Jednocześnie, Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat, w którym wskazało na konieczność określenia nowego terminu dostosowania działalności, a także na potrzebę zmiany niektórych przepisów ustawy o z.o.z. w celu ich dostosowania do obecnej sytuacji faktycznej i prawnej. Zaproponowano, aby nowy termin dostosowania prowadzonej działalności do zmienionej ustawy określony został na 31 grudnia 2006 r. Działania w tym kierunku zostały podjęte w trakcie trwającej w Sejmie procedury kolejnej nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: Dz.U. Nr 143, poz.1032

⁶¹ Regulamin porządkowy zakładu opieki zdrowotnej reguluje kwestie w ustawie nie uregulowane.

⁶² P.Chmielnicki, Świadczenie usług przez samorząd terytorialny w Polsce. Zagadnienia ustrojowoprawne, Warszawa 2005, s.239

rodu osób najbliższych (tzw. poród rodzinny). Wiele kobiet na miarę swoich możliwości wnosi te opłaty, aby zapewnić sobie jak najlepsze warunki porodu. Czyli kupuje przysługujące im „za darmo” prawa człowieka.

5.3. prawo kobiety rodzącej do wsparcia ze strony osoby najbliższej

Jedną z konsekwencji porodu jest czasowe ograniczenie dotychczasowej zdolności psychofizycznej pacjentki. Ciężar pielęgnacji i opieki nad pacjentką spoczywa na personelu medycznym zakładu opieki zdrowotnej. Taka sytuacja jednak dla wielu pacjentek prowadzi do dyskomfortu psychicznego. Postrzegają ją bowiem jako naruszenie ich intymności, godności i prywatności. W konsekwencji pomimo pobytu na bloku porodowym, pragną nadal opieki, a przede wszystkim wsparcia ze strony osoby najbliższej. Pobyt w szpitalu jest jedynie zmianą miejsca i nie może być postrzegany jako rodzaj odosobnienia. Prawa człowieka oraz naturalne więzy rodzinne czy małżeńskie pacjentki nie zostają za bramą szpitalną. Pacjentka ma prawo utrzymać je także podczas pobytu w szpitalu bez względu na źródło finansowania porodu. Uzależnienie możliwości przebywania osób najbliższych z kobietą rodzącą od uiszczenia opłat (z reguły wysokich) pozbawia często kobiety prawa do szczególnej opieki zdrowotnej, prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Oczywiście staje się więc, iż naruszane są w ten sposób prawa kobiety ciężarnej zagwarantowane w Konstytucji i dokumentach międzynarodowych. Ponadto, dochodzi do naruszenia w czasie porodu gwarancji ustawowych – prawa pacjentki do poszanowania intymności i godności (art. 19 ust. 1 pkt 4 ustawy o z.o.z.) oraz prawa pacjentki przebywającej w szpitalu do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską i wsparcia ze strony tej osoby (art. 19 ust. 3 pkt 1 ustawy o z.o.z.). Niedopuszczenie osoby bliskiej rodzącej do uczestnictwa w porodzie można interpretować również jako naruszenie dobra osobistego pacjentki (art. 23 kodeksu cywilnego).

Kierownik placówki ma ustawowy obowiązek respektować prawa kobiet w tak szczególnej sytuacji jaką jest poród. W świetle przywołanych przepisów, kierownik szpitala nie przyznaje kobietom rodzącym żadnych praw, poprzez umożliwienie im wsparcia ze strony osoby najbliższej w zamian za wnoszoną opłatę, ponieważ te prawa wynikają z ustawy bez pobierania opłat (za darmo). Jak już wcześniej zaznaczono, regulacje ustawowe mają pierwszeństwo przed odmiennymi postanowieniami regulaminów zakładu opieki zdrowotnej.

Kierownik zakładu lub upoważniony przez niego lekarz, może ograniczyć prawo kobiety do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej i wsparcia przez osobę bliską, tylko ze względu na okoliczności przewidziane w ustawie. Ograniczenie może nastąpić jedynie ze względu na zagrożenie epidemiczne lub warunki przebywania innych chorych (art. 19 ust. 5 ustawy o z.o.z.). Należy podkreślić, iż ograniczenia te nie mogą zmierzać do naruszenia istoty innych praw pacjenta np. prawa do intymności i poszanowania godności osobistej.

Zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy o z.o.z. koszty realizacji prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej i wsparcia ze strony osoby najbliższej nie mogą obciążać szpitala. Z drugiej jednak strony, szpital nie może obciążać takiej osoby opłatami za jej pobyt na terenie szpitala⁶³, poza koniecznością zaopatrzenia się tej osoby w ubiór ochronny.

Zatem, niedopuszczalna jest praktyka szpitali, które zabraniają pacjentkom korzystania ze wsparcia osoby najbliższej w trakcie porodu z uwagi na to, iż nie są w stanie zapewnić tym kobietom odpowiednich warunków pobytu lub uzależniają to od sytuacji majątkowej kobiety (wniesienia wysokiej opłaty). Trudności materialne i organizacyjne szpitali nie mogą mieć pierwszeństwa przed prawami pacjenta. Uniemożliwianie sprawowania takiej opieki jest naruszeniem standardów międzynarodowych. Wszelkie zaniedbania szpitali w tym zakresie godzą zatem w szereg istotnych dóbr osobistych pacjentek.

5.4. prawo kobiety rodzącej do poszanowania integralności, prywatności i intymności

Poród jest wydarzeniem intymnym. Podczas porodu w szpitalu kobieta jest obnażona, narażona na krępujące zabiegi oraz zmuszona do ujawniania informacji o sprawach intymnych. Dlatego wszelkie

⁶³ Autorka podziela pogląd prezentowany przez M.Żelichowskiego, Prawo pacjenta do opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską, *Medycyna praktyczna*, 2000 r. <http://mp.pl/prawo/show.php>

czynności powinny być przeprowadzane w taki sposób, aby nie potęgować cierpień pacjentki krępującą sytuacją. Stąd szczególne znaczenie w katalogu praw kobiety rodzącej ma prawo do intymności. Obowiązujące ustawodawstwo medyczne zawiera wytyczne postępowania stwarzające gwarancje poszanowania tego prawa, ale również wskazuje na wyjątki. Pojawia się w związku z tym pytanie: czy można w drodze prawa pozytywnego pozbawić pacjentkę prawa do intymności i narażać ją na poniżające traktowanie ze względu na konieczność ochrony innych wartości?

Prawo do poszanowania intymności należy do sfery życia prywatnego pacjenta i stanowi przedmiot ochrony Konstytucji RP w art. 47 i kodeksu cywilnego w art. 23. Bezpośrednio ochrona prawa człowieka/pacjenta do poszanowania intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jest gwarantowana przez normy prawa administracyjnego, ustawę o z.o.z. (art. 19 ust. 1 pkt 4) oraz ustawę lekarską (art. 36)⁶⁴.

Intymność odnosi się zarówno do osoby samej pacjentki – jej sfery życia osobistego, poufnego, jak i do charakteru jej relacji z innymi osobami, opartych na więzi serdeczności i zażyłości stosunków⁶⁵. Naruszenie intymności pozostaje w związku z poczuciem wstydu⁶⁶, a więc powoduje uczucie poniżenia.

Zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz podczas porodu ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjentki. Jest to tylko ogólnie sformułowana norma, ale odwołuje się do pojęcia powszechnie rozumianego. Wyklucza ona sytuacje, w których pacjentka podczas całego procesu związanego z narodzeniem dziecka narażona byłaby na naruszenie intymności. Podstawowym warunkiem poszanowania tego prawa jest wyłączenie lub ograniczenie obecności osób trzecich podczas interwencji medycznej⁶⁷. Dlatego uczestnictwo „innych osób” zostało uzależnione od zgody pacjentki i lekarza.

Prowadzenie akcji porodowej wymaga często obok lekarza czy położnej obecności innych osób z personelu medycznego, które współuczestniczą w udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Ustawa wprowadza jednak w tym zakresie ograniczenia, ale i zarazem gwarancje, że w trakcie każdego badania oraz akcji porodowej obecny może być jedynie „niezbędny personel medyczny” (art. 36 ust. 2 pierwsze zdanie ustawy lekarskiej). Zatem fakt przynależności do personelu medycznego nie upoważnia do obecności w trakcie wykonywanych badań czy samego porodu, musi zachodzić przesłanka „niezbędności danej osoby” w tych okolicznościach.

Pacjentka może jednak nie życzyć sobie, aby w ramach niezbędnego personelu była obecna konkretna osoba z personelu medycznego. Zgodnie z zasadą prawa do ochrony integralności fizycznej i psychicznej i prawem do samostanowienia pacjentka ma prawo do wyrażenia zgody na udzielanie interwencji medycznej przez konkretną osobę⁶⁸. Z drugiej jednak strony, prawo wyboru pacjentki w zbiorowiskach strukturalnych szpitalnych jest ograniczone. Ewentualny wybór może nastąpić spośród osób udzielających świadczeń zdrowotnych w danej placówce.

Pacjentka ma również prawo wyrażenia woli na obecność „innych osób” niż „niezbędny personel medyczny”. W przypadku pacjentki rodzącej z reguły będzie to osoba bliska, chcąca jej towarzyszyć, wspierać, a czasami dodatkowo opiekować się nią w trakcie porodu. Art. 36 ust. 2 zdanie drugie stanowi, że w takich okolicznościach wymagana jest dodatkowo zgoda lekarza. W przypadku porodu prowadzonego w szpitalu, lekarz musi respektować prawo pacjenta do wsparcia ze strony osoby najbliższej (art. 19 ust. 3 pkt 1 ustawy o z.o.z.), a zatem nie może sprzeciwiać się ich obecności.

Obowiązek poszanowania intymności pacjentki rodzącej spoczywa na lekarzu niezależnie od miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego. Ten obowiązek został zaliczony przez ustawodawcę do katalogu zasad wykonywania zawodu lekarza (rozdział 5. ustawy lekarskiej). Żaden zakład opieki zdrowotnej nie może utrudniać lekarzom dopełniania obowiązku poszanowania intymności pacjentek. Ustawa o z.o.z. w art. 4 nakłada na te zakłady obowiązek poszanowania w swojej działalności zasad wykonywa-

⁶⁴ KEL: Art.12. ust.1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.

⁶⁵ Słownik Wyrazów Obcych, PWN, Warszawa 1980, s.314

⁶⁶ W.Drabik, O poszanowaniu prawa pacjenta do intymności, Puls, nr 7-8, 1996 r.

⁶⁷ M.Żelichowski, Prawo pacjenta do intymności, Medycyna praktyczna 2000 r., <http://mp.pl/prawo/show.php>

⁶⁸ KEL: Art.12, ust.2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

nia zawodu lekarza. Zatem zaniedbania organizacyjne zakładu w zakresie gwarancji prawa pacjenta do intymności nie zwalniają lekarzy od obowiązku jego poszanowania. Lekarz jest zobowiązany tak przeprowadzić poród, aby stworzyć maksymalne gwarancje dla poszanowania tego prawa. Lekarz sprawuje również nadzór nad pozostałym personelem medycznym (a więc również nad pielęgniarką i położną), aby podczas porodu (lub każdego innego świadczenia zdrowotnego) szanowano intymność i godność osobistą pacjentki. Taki obowiązek nakłada na lekarza art. 36 ust. 3 ustawy lekarskiej.

Natomiast ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie przewiduje w ramach zasad wykonywania tych zawodów zobowiązania do poszanowania intymności i godności pacjentki w trakcie porodu. Oczywiście brak takiej regulacji nie zwalnia z obowiązku poszanowania praw pacjenta. Położna zgodnie z art. 19 ustawy jest zobowiązana wykonywać swój zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością⁶⁹. Natomiast wynikające z ust. 3 art. 36 ustawy lekarskiej zobowiązanie lekarza do dbałości, aby położna podczas udzielania świadczenia zdrowotnego (w tym również w czasie porodu) szanowała intymność i godność pacjenta nasuwa pytanie o charakter tego nadzoru i ewentualne konsekwencje odpowiedzialności lekarza za naruszenie przez położną prawa pacjenta do intymności i godności. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej podkreśla, że zawód położnej jest zawodem samodzielnym (art. 2), co nie przeszkadza, że w określonym zakresie w procesie leczenia położna jest podporządkowana lekarzowi. Jednakże w zakresie poszanowania praw pacjenta zawód lekarza i położnej powinien być traktowany równorzędnie, położna jako profesjonalista z uwagi na zakres przyznanej samodzielności zawodowej (art. 5 i art. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej) powinna ponosić osobistą odpowiedzialność za swoje działanie. Dlatego można rozważać odpowiednie uregulowanie ustawowe relacji lekarz-położna w omawianym zakresie⁷⁰.

5.5. obecność studentów

Wyjątkiem od prawa pacjenta do intymności i prywatności są uregulowania dotyczące obecności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych osób uczących się zawodów medycznych w klinikach i szpitalach akademii medycznych, medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych i innych jednostkach uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych. W świetle art. 36 ust. 4 ustawy lekarskiej, nie jest konieczne uzyskanie zgody pacjenta na obecność osób kształcących się. Co więcej, osoby kształcące się mogą być obecne nawet mimo sprzeciwu pacjenta. Natomiast konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta, jeżeli interwencja medyczna ma stanowić czynność służącą wyłącznie demonstracji o charakterze dydaktycznym⁷¹.

Zawarta w art. 36 ust. 4 ustawy lekarskiej regulacja dotyczy ogólnych zasad obecności studentów, bez względu na sytuację zdrowotną pacjenta. A zatem, dotyczy również zasad obecności studentów w czasie porodu.

Niewątpliwie ustawodawca ustanowił wyjątek od praw pacjentek rodzących do poszanowania intymności i prywatności. Argument, iż pacjentka, która zgłasza się do porodu w klinikach i szpitalach akademii medycznych, medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych musi pogodzić się z obecnością studentów w czasie porodu jest często trudny do zaakceptowania przez kobiety, chociażby z uwagi na fakt, iż nie zawsze pacjentka ma wpływ na wybór miejsca narodzin swojego dziecka (np. z powodu stanu zdrowia swojego lub dziecka musi rodzić w placówce o wyższym stopniu wyspecjalizowania). Ponadto, pacjentki często wybierają takie miejsce do porodu w przeświadczeniu, iż otrzymają wyższej jakości opiekę zdrowotną niż w innych zakładach opieki zdrowotnej.

W efekcie pacjentka musi „zapłacić wysoką cenę” za odbycie porodu w tego rodzaju placówkach, a „ceną” tą jest ograniczenie jej wolności do decydowania o swojej osobie i ograniczenie prawa do nietykalności poprzez zmuszenie jej do akceptacji obecności studentów. Kategoryczna regulacja ust. 4 art. 36

⁶⁹ KEZPiP: Część szczególna I pkt 3a stanowi, iż położna obowiązana jest respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych.

⁷⁰ KEZPiP: Część ogólna pkt 5 „Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienie zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania”.

⁷¹ KEL: Art.51. 1. Wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych. 2. Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.

ustawy lekarskiej budzi wiele wątpliwości wśród pacjentów, w tym kobiet i rodzi pytanie, czy zapis ten nie stoi w sprzeczności z normą konstytucyjną?

Należy zauważyć, że zgodnie z konstytucyjną zasadą proporcjonalności ograniczenia praw jednostki stanowią środek dla urzeczywistnienia pewnych dóbr i muszą spełniać określone wymagania. Konstytucja w ust. 3 art. 31 wymienia wyczerpująco wartości, których ochrona może uzasadniać ograniczenia praw człowieka w demokratycznym państwie⁷², a wśród nich „zdrowie”.

Zgodnie z linią orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, każdorazowe wyważanie pomiędzy prawem jednostki a powodem ingerencji państwa wymaga odniesienia do znaczenia i rangi danego prawa dla człowieka oraz rzeczywistych konieczności leżących u podstaw ingerencji państwa. Jeśli władze uzasadniają ograniczenie określonego prawa odwołaniem się do klauzuli, że środki takie są konieczne w demokratycznym społeczeństwie, to musi istnieć pilna potrzeba społecznego wprowadzenia takich ograniczeń i ich proporcjonalność do realizacji celu⁷³. Czy ingerencja państwa w analizowanej sytuacji jest rzeczywiście konieczna w demokratycznym społeczeństwie? „Konieczność” zakłada istnienie pilnej potrzeby społecznej.

Odpowiedź na to pytanie wymaga analizy przyjętych zasad w art. 36 ust. 4 ustawy lekarskiej.

Celem przyjętej regulacji jest zapewnienie odpowiednich warunków kształcenia studentom nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych. **Jednocześnie uchylenie obowiązku uzyskania zgody pacjenta (pacjentki rodzącej) w przypadkach związanych z praktyczną nauką zawodu nie jest całkowite i podlega ograniczeniom.**

Po pierwsze, zastosowanie wyjątku od obowiązku uzyskania zgody od pacjenta (pacjentki) może dotyczyć **wyłącznie tych placówek medycznych**, w których taka nauka jest prowadzona. Pacjent powinien być zatem poinformowany o możliwości naruszenia jego prywatności w związku z prowadzoną działalnością dydaktyczną na terenie danej placówki.

Po drugie, wyjątek dopuszczający pominięcie zgody pacjenta (pacjentki) jest ograniczony tylko do obecności studentów w trakcie **interwencji, które są niezbędne i wynikają z toku leczenia**, w tym również **porodu**. Dlatego, w przypadku demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta (pacjentki).

Po trzecie, obecność osób uczących się zawodów medycznych jest ograniczona do **niezbędnego zakresu wyznaczonego przez cele dydaktyczne**.

Po czwarte, **studenci mogą jedynie obserwować** udzielanie pacjentowi (pacjentce) świadczenia zdrowotnego, ale nie mają prawa go udzielać. Również osoba prowadząca zajęcia nie może upoważnić studentów do udzielania świadczenia zdrowotnego. Zgodę taką wyraża co do zasady pacjent (lub przedstawiciel ustawowy).

Po piąte, **udział studentów** w przebiegu udzielania świadczenia zdrowotnego (w tym w czasie akcji porodowej), powinien następować **w sposób uniemożliwiający naruszenie istoty praw pacjenta** (pacjentki) do prywatności, godności osobistej i intymności.

Należy przyjąć, iż analizowany przepis opiera się w tym zakresie na racjonalnym celu – edukacja w zakresie nauki zawodów medycznych. Rezygnację z pobierania wyraźnej zgody pacjenta na uczestnictwo studentów uznano za środek konieczny dla realizacji postawionego celu i dopuszczalność takiej sytuacji uzależniono od bezwzględnego spełnienia wskazanych zasad. Konieczność rygorystycznego przestrzegania tych zasad wynika z faktu, iż stanowią wyjątek praw pacjenta do prywatności i intymności. Wyjątki nie mogą być stosowane w praktyce w sposób rozszerzający prawo⁷⁴.

⁷² Są to: bezpieczeństwo państwowe lub porządek publiczny, ochrona środowiska, zdrowie i moralność publiczna, albo wolności i prawa innych osób.

⁷³ A.Redelbach, *Natura praw człowieka ...*, op.cit, s.156 i nast.

⁷⁴ M.Żelichowski, *Prawo pacjenta do intymności*, op.cit.

Mamy tu do czynienia ze zbalansowaniem interesów pacjentek rodzących, czyli poszanowania ich praw do samostanowienia, życia prywatnego i rodzinnego, poszanowania intymności oraz interesu publicznego – prawa władzy publicznej do organizowania systemu kształcenia według zasad przyjętych w ust. 4 art. 36 ustawy o zawodzie lekarza. Analizowana regulacja nasuwa pytanie: czy interes publiczny w tych okolicznościach jest wystarczającym powodem dla pozbawienia człowieka respektowania wskazanych praw?

Ustawodawca odpowiedział na to pytanie pozytywnie, wyłączył prawa pacjentek rodzących (ale również każdego pacjenta) w oparciu o kategorie uzasadnionego interesu publicznego. Uznał, iż ów interes związany z wykonywaniem określonych zawodów „społecznego zaufania” uzasadnia wkraczanie w sferę prywatności życia i wyłącza bezprawność naruszenia dóbr osobistych w tym zakresie⁷⁵. Potrzeby edukacji pracowników nauk medycznych stoją w sprzeczności z prawem pacjenta do intymności. Dopuszczono wyjątek od zasady respektu dla intymności pacjenta, a znaczący wpływ na to ma społeczna potrzeba zapewnienia dobrze wykwalifikowanej kadry medycznej. Ochrona zdrowia jest nie tylko sprawą prywatną i jednostkową, ale publiczną. System ten, w pewnym sensie narzucony jednostce, umniejsza jej prawo do samodecydowania, co jest wyraźnie sprzeczne z tendencją do wzmocnienia autonomii pacjenta. Pacjent znalazł się więc w pozycji osoby trzeciej ze względu na relacje wiążące placówki kształcące osoby w zawodach medycznych z organizmem publicznym, na którego rzecz działają.

Trzeba zauważyć, iż wyjątek określony w art. 36 ust. 4 sformułowany jest ogólnie, co może prowadzić (i prowadzi) w praktyce do naruszeń praw pacjenta. Należy zdecydowanie opowiedzieć się za opracowaniem **wyraźnych standardów** określających udział studentów w zajęciach praktycznych. Wymaga to określenia roli i zadań osoby prowadzącej zajęcia, czyniąc ją odpowiedzialną za poszanowanie istoty praw pacjenta do prywatności, godności osobistej i intymności. Określenia wymaga dopuszczalna liczba studentów w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego. Student przed rozpoczęciem zajęć praktycznych powinien być do nich przygotowany w zakresie znajomości podstawowych zasad etyki i praw pacjenta.

Konkludując, prawa człowieka/pacjenta są ogromnym krokiem na drodze postępu społecznego właśnie dlatego, że określiły sfery, w których człowiek został zwolniony z obowiązku ślepego posłuszeństwa wobec swej własnej zbiorowości⁷⁶. Bezwzględne ograniczanie przyznanych jednostkom i mniejszościom praw ze względu na interes ogółu jest równoznaczne z zaprzeczeniem tym prawom. Dlatego ingerencja w społeczeństwie demokratycznym może być podyktowana wyłącznie racjami, które mają ścisły związek z ochroną instytucji demokratycznych⁷⁷.

Uznając konieczność wprowadzania ograniczeń w prawie do decydowania o swoim życiu osobistym, oraz to, że nie ma ono charakteru absolutnego, należy podkreślić, iż musi przemawiać za tym inna norma, zasada lub wartość konstytucyjna, a stopień tego ograniczenia musi pozostać w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenie to ma służyć.

6. podsumowanie i wnioski

Standard rzeczywistej realizacji praw kobiet rodzących zależy przede wszystkim od sytuacji budżetowej i od systemu ubezpieczeń. Współczesna ochrona zdrowia jest coraz droższa, ale i coraz lepiej rozwinięta. Lekarze są w stanie ratować zdrowie i życie w sytuacjach, w których przed kilku jeszcze laty było to wykluczone. Odbywa się to olbrzymim kosztem finansowym. Powstaje problem wyważenia, w jakim zakresie państwo ma finansować kosztowne, ale ratujące ludzkie życie i zdrowie procedury lecznicze. To jest podstawowy dylemat. Jednocześnie należy podkreślić kwestie dostępności do usług medycznych dla tych grup obywateli, którzy wymagają szczególnej pieczy państwa, a taką grupą społeczną są kobiety ciężarne.

⁷⁵ S.Rudnicki, Ochrona dóbr osobistych na podstawie art.23 i 24 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Przegląd Sądowy 1992, nr 1, s.51

⁷⁶ W.Osiatyński, Demokracja a prawa człowieka, Prawa człowieka w społeczeństwie obywatelskim, pod. red. A.Rzeplińskiego, Warszawa 1993

⁷⁷ Standardy europejskie ochrony prawa do prywatności w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy, por. M.Safjan, Prawo do ochrony życia prywatnego w: Szkoła praw człowieka. Teksty wykładów, Warszawa 1996, s.214 i nast.

Prawo do ochrony zdrowia jest konstytucyjnie gwarantowane, jako prawo podmiotowe, wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzegania władza publiczna jest zobowiązana chronić (art. 68 ust. 1 w kontekście art. 38).

Zgodnie z ust. 2 art. 68 podmiotami uprawnionymi są jedynie obywatele RP, a podmiotem zobligowanym do realizacji prawa obywateli w tym zakresie jest władza publiczna. Przedmiotem prawa jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, równy dla wszystkich uprawnionych. Norma ta wskazuje ogólnie źródło finansowania świadczeń opieki zdrowotnej – mają to być środki publiczne. Jednocześnie w omawianym zakresie Konstytucja odsyła do ustawy, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Delegację art. 68 ust. 2 Konstytucji wypełnia ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przesądzająca iż powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest obecnie podstawową formą ochrony zdrowia.

Podmiotami obecnego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są: świadczeniobiorca (ubezpieczony lub uprawniony na podstawie innego tytułu), NFZ i świadczeniodawca. Podmioty te pozostają względem siebie w określonych relacjach, ale również pozostają w bliskiej więzi z administracją rządową, jednostkami samorządu terytorialnego, oraz samorządami zawodów medycznych, m.in. lekarzy, pielęgniarek i położnych. Pomiedzy tymi podmiotami zachodzą stosunki prawne, które są współzależne i niezbędne do realizacji prawa do świadczenia opieki zdrowotnej. W obecnym stanie prawnym jest obowiązkiem świadczeniodawcy takie kojarzenie warunków stawianych przez Fundusz, organ założycielski i personel medyczny, aby świadczenie opieki zdrowotnej mogło być wykonane w sposób określony w art. 354 k. c. Sens ubezpieczenia zdrowotnego polega bowiem na wykonaniu opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę na podstawie zawartej umowy z Funduszem⁷⁸.

Jednocześnie, władza publiczna (o której jest mowa w art. 6 ustawy o świadczeniach) w systemie opieki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie. Jej zadaniem jest przede wszystkim tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz analiza i ocena potrzeb zdrowotnych i czynników powodujących ich zmiany. Pozostaje właścicielem lub organem założycielskim zakładu opieki zdrowotnej (kontrahenta NFZ) oraz ma ustawowy obowiązek wykonywania zadań z zakresu indywidualnego prawa do ochrony zdrowia⁷⁹.

Z ust. 3 art. 68 Konstytucji wynika obowiązek władz publicznych – zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej pewnym kategoriom osób, m.in. kobietom ciężarnym. Wskazany przepis nadaje prawa (poprzez konstruowanie obowiązków władz publicznych) kobietom ciężarnym, które z przyczyn obiektywnych wymagają szczególnej troski o stan ich zdrowia.

Szczególne opiece zdrowotnej winna przejawiać się wprowadzeniem przez władze publiczne szczególnych rozwiązań organizacyjnych, prawnych oraz finansowych i podejmowaniem działań, które mają zapewnić kobiecie ciężarnej wyższy poziom opieki zdrowotnej niż ogółowi populacji oraz uwzględnić w tej mierze potrzeby kobiet rodzących. Stwierdzić można, iż sposób funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce nad kobietą rodzącą nie spełnia wymogów wynikających z zapisów Konstytucji.

Praktyki części szpitali, mających status świadczeniodawcy, polegające na zobowiązaniu pacjentek do ponoszenia opłat za różne czynności związane z porodem, to nie realizowanie nakazu z art. 68 ust. 3 i art. 71 ust. 2 Konstytucji RP. Jednocześnie fakt pobierania opłat oraz różnice w ich wysokości i asortymencie świadczą o nieodpowiednim skonstruowaniu zapisów ustaw, na podstawie których szpitale wprowadzają, poprzez zapisy swoich wewnętrznych aktów lub specjalnie konstruowanych umów cywilnych, dodatkowe obciążenia finansowe osób uprawnionych, „naginając dla swoich potrzeb obowiązujące przepisy”. Jedną z przyczyn takich praktyk jest brak jednolitych standardów i dokładnego określenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej nad kobietą rodzącą finansowanych ze środków publicznych. Skutkiem tej sytuacji jest fakt, iż wiele kobiet które chcą poszanowania swoich praw do intymności i godności osobistej w czasie porodu oraz poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 19 ust. 1 pkt 4 ustawy o z.o.z. oraz art. 36 ustawy lekarskiej), musi za to dodatkowo zapłacić. NFZ w umowie ze świadczeniodawcą zobowiązuje się pokryć cenę przeprowadzo-

⁷⁸ Za: J.Jończyk, Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta..., op.cit., s.42 i nast.

⁷⁹ Szerzej podejmuje ten problem M.Dercz, Samorząd terytorialny..., op.cit., s.74 i nast.

nego porodu, ale pacjentka musi dopłacić za stworzenie warunków, w których przysługujące jej prawa człowieka będą respektowane.

Kobiety mają prawo domagania się zrealizowania konstytucyjnych uregulowań w takim zakresie, który zapewni gwarancje poszanowania wolności i praw człowieka, obywatela, kobiety, pacjentki w czasie porodu.

Jak dotąd nie wprowadzono szczególnych systemowych rozwiązań prawnych, które odpowiadałyby specyficznym potrzebom kobiety rodzącej związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej, czego jak się wydaje należy oczekiwać w związku z wyraźnym w tej mierze zapisem Konstytucji. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży zawiera jedynie ogólne zobowiązanie dla organów administracji rządowej i samorządowej do zapewnienia kobiecie w ciąży opieki medycznej ze względu na jej trudną sytuację finansową (art. 2 ust. 1). Opieka zdrowotna nad kobietą rodzącą, co do zasady, realizowana jest tylko na podstawie ogólnych przepisów mających zastosowanie do wszystkich osób. Rozwiązanie takie nie sprzyja, a nawet uniemożliwia roztaczanie szczególnej opieki zdrowotnej nad kobietą. Bez względu na konieczność staje się zatem ustawowe unormowanie i zagwarantowanie określonych standardów dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiet w okresie ciąży, porodu i opieki poporodowej. Sytuację prawną kobiet należy uregulować tak, by nie dochodziło do naruszania lub obchodzenia zasad prawa, praw pacjenta, dobrego zwyczaju i zasad współżycia społecznego. Jest to szczególnie problem, który wymaga pilnego rozwiązania. Jednocześnie konstruując nowe rozwiązania, należy wziąć pod uwagę całość regulacji związanych z opieką zdrowotną kobiet, aby uniknąć rozwiązań nieprecyzyjnych lub niekompatybilnych.

Należy podkreślić, że zgodnie z ust. 2 art. 68 Konstytucji zakres i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej powinny być określone w ustawie. Wynika to obecnie z obowiązującego systemu źródeł prawa, zgodnie z którym prawa i wolności jednostki muszą być regulowane na poziomie ustawy. Ustawa powinna dość precyzyjnie określać wytyczne dla opracowania procedur i świadczeń gwarantowanych. Konstytucja stanowi wyraźnie, że świadczeniobiorca musi wiedzieć, co mu przysługuje w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Za niezgodny z konstytucyjną zasadą równości należy uznać brak określenia standardów jakości usług gwarantowanych⁸⁰. Postulować więc należy, aby warunki lokalowo-organizacyjne⁸¹, zapewniające przestrzeganie praw pacjenta zostały uznane za obowiązujący standard udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ważną kwestią pozostaje poziom i źródła finansowania szczególnej opieki zdrowotnej dla kobiet ciężarnych. W krajach wysokorozwiniętych nie ma obecnie jednolitych, dominujących w danym kraju form ochrony zdrowia. Poszukuje się i tworzy zróżnicowane formy ochrony zdrowia (dyferencjacja ochrony zdrowia), a główną tego przyczyną jest mała wydajność jednego tylko źródła zasilania finansowego i pilna potrzeba racjonalizacji wydatków. Dlatego w debacie nad ustaleniem wysokości i poszukiwaniem źródeł środków finansowych szczególnej opieki zdrowotnej w kontekście ust. 3 art. 68 Konstytucji należy rozważyć wprowadzenie wielu źródeł finansowania ochrony zdrowia (w tym ubezpieczenia zdrowotnego), z odpowiednią organizacją wspólnoty ryzyka (czyli różnych systemów ochrony zdrowia).

Zasady dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z tytułu ciąży, porodu i położu oraz zakres przysługujących wolności i praw osobistych powinny stać się przedmiotem szeroko zakrojonej akcji edukacyjnej.

Praktyki niedopuszczania osoby bliskiej kobiety rodzącej do uczestniczenia w porodzie naruszają wynikające z art. 47 Konstytucji RP prawa do ochrony życia prywatnego, rodzinnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym. Można je także interpretować jako naruszenie ratyfikowanych przez Polskę art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych oraz art. 8 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Stanowi to zarazem naruszenie art. 26 MPPOiP oraz art. 14 EKPC ustanawiających zakaz dyskryminacji.

⁸⁰ Wypowiedź prof. M.Safjana w: System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia, Sprawozdanie z seminarium „Prawa i Medycyna” Warszawa, 2 kwietnia 2004 r. Prawo i Medycyna 2/2004 (15, vol.6), s. 11-12

⁸¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U.2005 nr 116 poz.985). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2005 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U.2005 nr 250 poz.2115).

Państwo powinno systematycznie kontrolować kroki podejmowane przez zakłady opieki zdrowotnej w celu zabezpieczenia odpowiednich warunków porodu, z uwzględnieniem uzasadnionych wymagań związanych z poszanowaniem prawa do prywatności, intymności, godności osobistej i życia rodzinnego.

Przepis art. 36 ust. 3 ustawy lekarskiej dopuszczający w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych uczestnictwo studentów kierunków medycznych wbrew woli pacjenta, budzi wiele społecznych wątpliwości i niewątpliwie ogranicza wolności i prawa człowieka i obywatela. Konieczne jest jednak wyraźne rozróżnienie wytycznych poszanowania prawa pacjenta do samostanowienia i standardów chroniących jego prawo do intymności. Wskazany wyjątek od prawa pacjenta do intymności nie może być równocześnie uważany za odstępstwo od prawa pacjenta do samostanowienia. Przyjęta w ustawie lekarskiej regulacja podlega ograniczeniom i wymaga bezwzględnego przestrzegania zasad. Wszelkie działania naruszające przesłanki dopuszczające ograniczenie prawa do intymności pociągają za sobą negatywne skutki prawne. Jednocześnie ta regulacja nie określa precyzyjnych standardów udziału studentów w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, i wymaga to uregulowania.

Każdy zakład opieki zdrowotnej przynajmniej formalnie został zobowiązany do stworzenia gwarancji respektowania praw pacjenta jako użytkownika tego zakładu⁸². Instytucjonalne gwarancje respektowania praw pacjenta można podzielić na dwie kategorie: prewencyjne i kompensacyjne⁸³. Gwarancje prewencyjne obejmują kompetencje oddziaływania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej rad społecznych w sferze ochrony praw pacjenta (art. 46 pkt 4 i 5 ustawy o z.o.z.). Rady społeczne jako organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu, który utworzył zakład, uchwalają regulamin porządkowy oraz są zobowiązane do okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zakładu. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej regulamin porządkowy uchwała kierownik zakładu. W art. 18 a ust. 2 wyraźnie wskazano, że regulamin porządkowy zakładu opieki zdrowotnej nie może naruszać praw pacjenta, a więc nie tylko pomijać je lub ograniczać, ale musi być tak sformułowany, aby w organizacji i porządku procesu udzielania świadczeń zdrowotnych owe prawa były w pełni uwzględnione, a ich przestrzeganie zagwarantowane. Owa gwarancja ma dotyczyć nie tylko praw wymienionych w ustawie o z.o.z., ale także wynikających z innych przepisów. Ich wyłączenie lub ograniczenie może nastąpić jedynie w sytuacjach przewidzianych przez prawo. Gwarancje kompensacyjne dotyczą postanowień ustawy o z.o.z. o zadośćuczynieniu za doznaną krzywdę z tytułu naruszenia m.in. prawa pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, podczas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej oraz prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez pacjenta (art. 19 a ustawy o z.o.z.)⁸⁴.

Konkludując stwierdzić należy, iż konieczne jest podjęcie działań w sposób skoordynowany, całościowy, powszechny, systemowy, w oparciu o rzetelną ocenę sytuacji, i z uwzględnieniem zasadniczej roli rodziny oraz odpowiedzialności całego społeczeństwa i władzy publicznej w zapewnieniu kobietom właściwego poziomu opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu i połogu.

⁸² Zapisy zawarte w ustawie o z.o.z. regulujące ochronę interesów pacjentów, podjęły ten problem z różnorodnym stopniem szczegółowości. Umieszczono je w różnych miejscach ustawy, a ich charakter jest bardzo zróżnicowany. Jedne z nich to szczegółowe przepisy, a inne określają zaledwie w trybie regulaminowym powinność zakładów wobec pacjentów.

⁸³ Por. M.Żelichowski, Prawo do ochrony życia i do ochrony zdrowia, Rzeczpospolita z 3 marca 1999 r.

⁸⁴ Por. M.Kolasiński, Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym, Prawo o Medycyna 11, (vol.4), 2002

[Dorota Karkowska](#) – doktor nauk prawnych, adiunkt w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego. W latach 1998-1999 doradca prawny w Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych. W 2000 r. uzyskała tytuł doktora nauk prawnych po obronie rozprawy: *Prawa pacjenta w prawie administracyjnym i polityce społecznej*.

Główny obszar zainteresowań badawczych i dydaktycznych obejmuje zagadnienia prawa medycznego, ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony praw człowieka. Jest autorką licznych publikacji dotyczących problematyki ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz praw pacjenta, na łamach m.in.: „Studiów Prawno-Ekonomicznych”, „Zeszytów Naukowych UŁ”, „Prawa i Medycyny”, oraz książek: „Prawa pacjenta” (Dom Wydawniczy ABC), „Zagadnienia prawne dla pielęgniarek” (Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi). Współautorka z W. Cezarym Włodarczykiem rozdziału *Decentralizing the Healthcare Sector in Poland in the 1990s* (‘Decentralization In Healthcare, Analyses and Experiences In Central and Eastern Europe in the 1990s’, ed. George Shakarishvili, Budapest 2005).