

*Ryszarda Michalska-Badziak**

GODNOŚĆ PACJENTA JAKO DOBRO CHRONIONE PRAWEM ADMINISTRACYJNYM

Godność to szczególna wartość człowieka pozostającego w relacjach interpersonalnych, społecznych i innych. Jest to najwyższej cennie dobro podlegające absolutnej ochronie prawnej. Godne traktowanie człowieka oznacza, że jest on w każdej sytuacji podmiotem, ma wolność wyboru, jego prawa muszą być respektowane, nie może on być wykorzystywany. Stanowi ona źródło praw i wolności osoby ludzkiej. Godność człowieka wyraża się zapewnieniem mu autonomii, wolności i równości. W sytuacjach, w których człowiek nie jest w stanie działać autonomicznie, niezbędne jest zapewnienie ochrony jego godności przez państwo realizujące w tym zakresie postanowienia zawarte w aktach prawnych.

Godność może być rozpatrywana w wielu aspektach. Problematyką tą zajmuje się filozofia, socjologia, psychologia, religia, a także znajduje ona odzwierciedlenie w porządku prawnym¹. Jest to podstawowa kategoria współczesnych systemów prawnych, uznawana za fundament prawa pozytywnego. Odwołują się do niej dokumenty i akty prawa międzynarodowego. Wymienić tu należy przede wszystkim Powszechną Deklarację Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r., której art. 1 stwierdza, „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i praw”². Kwestia godności człowieka pojawia się w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 16 grudnia 1966 r., Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r., a także w dokumentach Unii Europejskiej³. Karta Praw Podstawowych

* Dr, Katedra Prawa Administracyjnego i Nauki Administracji, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

¹ Por. M. Sadowski, *Godność człowieka – aksjologiczna podstawa państwa prawa*, „Studia Erasmiana Wratislaviensia” 2007, s. 18 i n.

² *Ibidem*, s. 24, zob. także J. Zajadło, *Godność i prawa człowieka (Ideowe i normatywne źródła przepisu art. 30 Konstytucji)*, [w:] A. Szmyta (red.), *Wybrane zagadnienia nowej Konstytucji*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 1998, t. III, s. 59 i n.

³ Por. J. Trzcziński, *Prawa socjalne w przeszłej Konstytucji Europejskiej. Zarys problematyki*, [w:] *Godność człowieka a prawa ekonomiczne i socjalne, Księga Jubileuszowa wydana w piętnastą rocznicę ustanowienia Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa 2003, s. 235; zob. także J. Bujny,

Unii Europejskiej przyjęta została w 2000 r., w nowej wersji obowiązuje od 1 grudnia 2009 r., jest ona dokumentem prawnie wiążącym. Większość praw w niej zawartych nie przysługuje na mocy samej Karty, bowiem one już istnieją jako ogólne zasady prawa. Karta nie tworzy praw, lecz potwierdza już istniejące, wskazuje także sposób, zakres stosowania praw podstawowych. Wiążący charakter Karty ma większe znaczenie dla praw nowych, np. zakazu klonowania⁴. W preambule Karty czytamy, że społeczność europejska w tworzeniu coraz silniejszych wzajemnych związków, dbając o duchową i moralną spuściznę, opiera się na takich wartościach jak: godność człowieka, wolność, równość i solidarność. Pierwszy rozdział Karty, noszący tytuł *Godność*, zawiera formułę, że „godność człowieka jest nienaruszalna, musi być szanowana i chroniona”. Do godności nawiązuje również art. 25 Karty dotyczący prawa osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia [...]. Nadmienić wypada, iż do godności człowieka odwołują się konstytucje wielu państw np. Portugalii, Hiszpanii, Niemiec, Szwecji, Grecji, Litwy, Polski, Czech⁵.

Przez wiele lat godność człowieka uważano za element pozanormatywny lub ponadnormatywny⁶. Obecnie jest ona kategorią prawną, występuje w wielu aktach prawnych.

Na gruncie prawa polskiego problematyka godności człowieka została unormowana w preambule oraz w art. 30 *Konstytucji RP*, a także w regulacjach z zakresu ochrony zdrowia, w tym m.in. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w ustawie o działalności leczniczej⁷. Ponadto przepisy odnoszące się do godności człowieka zawierają: kodeks etyki lekarskiej uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r.⁸, kodeks etyki zawodowej pielę-

Prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, [w:] J. Filipiek (red.), *Jednostka w demokratycznym państwie prawa*, Bielsko-Biała 2003, s. 34–35.

⁴ Por. A. Wyrozumska, *Ochrona praw podstawowych Unii Europejskiej*, [w:] A. Wyrozumska (red.), *System ochrony prawnej w Unii Europejskiej*, Warszawa 2011, s. V–399 i n.; zob. także J. Trzciniński, *op. cit.*, s. 237 i n., K. Klecha, *Integralność osoby ludzkiej w ujęciu Karty Praw Podstawowych*, „Humanistyczne Zeszyty Naukowe” 2002 nr 8, s. 9 i n.

⁵ Zob. A. Wyrozumska, *Jednostka w Unii Europejskiej*, [w:] J. Barcz (red.), *Prawo Unii Europejskiej. Zagadnienia systemowe*, Warszawa 2003, s. 344 i n.; zob. także H. Izdebski, *Fundamenty współczesnych państw*, Warszawa 2007, s. 26.

⁶ Por. A. Zieliński, *Pojmowanie godności ludzkiej w świetle praw ekonomicznych i społecznych*, [w:] M. Sadowski, *op. cit.*, s. 47.

⁷ Zob. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 73, poz. 483 ze zm.), ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, dalej powoływana jako ustawa o prawach pacjenta), ustawa z dnia 6 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2011 r., nr 277, poz. 1634 ze zm. powoływana dalej jako ustawa lekarska), ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174, poz. 1039 ze zm.) oraz ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217).

⁸ Znowelizowany uchwałą Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r., obowiązuje do chwili obecnej.

gniarki i położnej RP ustanowiony przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w grudniu 2003 r. oraz kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego uchwalony przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych w styczniu 2006 r.

W doktrynie podkreśla się, że w preambule do Konstytucji „występuje deklaratywne wezwanie wszystkich, którzy będą stosowali Konstytucję, aby czynili to dbając o zachowanie przyrodzonej godności człowieka”⁹. Art. 30 Konstytucji zawiera skierowany do władz publicznych nakaz poszanowania i ochrony przyrodzonej, niezbywalnej i nienaruszalnej godności człowieka. Obowiązek kierowania się tym nakazem spoczywa na organach tworzących prawo, a na straży tego postępowania stoi Trybunał Konstytucyjny¹⁰. Godność człowieka jest wartością konstytucyjną stanowiącą źródło, fundament i zasadę całego porządku prawnego. Godności człowieka nie można traktować jako jednego z wielu praw lub wolności¹¹. W polskiej Konstytucji godność człowieka „wchodzi co prawda w skład katalogu praw i wolności, lecz jest wyjęta jakby przed nawias, co powoduje taki skutek, iż prawa i wolności muszą być stosowane w sposób służący realizacji zasady godności”¹². Jurydyczne powołania się na godność człowieka są jednak różne. Niektóre akty prawne odwołują się do godności człowieka dla „aksjologicznego uzasadnienia potrzeby ochrony jednostki ludzkiej”¹³. Taki charakter ma preambuła do *Konstytucji RP*, zawierająca wezwanie dla wszystkich, którzy będą konstytucję stosowali, aby czynili to dbając o zachowanie przyrodzonej godności człowieka.

Od pewnego czasu przepisy prawa odwołują się do godności człowieka (pacjenta), traktując ją jako jedną z okoliczności mających znaczenie dla treści określonej regulacji prawnej np. art. 36 ust 1 ustawy lekarskiej. Z kolei w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa ustawodawca na powinność respektowania i poszanowania godności pacjenta powołuje się pośrednio określając zasady wykonywania zawodu. Pielęgniarka i położna zobligowane są wykonywać zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i poszanowaniem praw pacjenta (art. 11 ust. 1). Prawo do poszanowania godności jest jednym z praw pacjenta zamieszczonym w katalogu tych praw zawartym w ustawie o prawach pacjenta.

Odwołanie się do godności człowieka i jego ochrony znajdujemy również w projektach ustaw złożonych w Sejmie, dotyczących ochrony genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego, a także o zakazie zapłodnienia pozaustrojowego¹⁴.

⁹ Cyt. za S. Nitecki, *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008, s. 112–113.

¹⁰ Zob. K. Complak, *Uwagi o godności człowieka oraz jej ochrona w świetle nowej Konstytucji*, „Przegląd Sejmowy” 1998, nr 5, s. 43.

¹¹ Por. L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 94.

¹² Zob. H. Zięba-Załucka, *Godność człowieka i jej ochrona wobec działań administracji publicznej*, [w:] E. Ura (red.), *Jednostka wobec działań administracji publicznej*, Rzeszów 2001, s. 498–499.

¹³ *Ibidem*, s. 47.

¹⁴ Por. projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz zmianie innych ustaw (druk nr 1107); projekt ustawy o zakazie zapłodnienia pozaustrojowego i manipulacji ludzką informacją genetyczną (druk nr 1110).

Pojęcie godności człowieka nie jest łatwe do zdefiniowania, nie ma ono także definicji legalnej, choć jest pojęciem prawnym i prawniczym. Trudności wiążą się z określeniem słowa „godność”, gdyż ma ono w sobie różne treści¹⁵. W *Słowniku języka polskiego* znajdziemy trzy zasadnicze znaczenia słowa „godność”¹⁶. Po pierwsze jest ona rozumiana jako poczucie, świadomość własnej wartości, szacunek dla samego siebie: honor, duma. W drugim znaczeniu godność oznacza: zaszczytne stanowisko, urząd, tytuł, funkcję. Po trzecie, termin ten może być utożsamiany z nazwiskiem. Takie rozumienie godności, jak zauważa H. Zięba-Załuca¹⁷ przyczynia się do wyjaśnienia czym ona jest dla poszczególnych ludzi. W dwóch pierwszych znaczeniach pojęciem godność posługują się regulacje prawne. Wśród normatywnych ujęć godności pierwszoplanowe miejsce zajmuje godność odnoszona do człowieka¹⁸, nierozzerwalnie związana z faktem bycia człowiekiem. Na bycie człowiekiem nie mają wpływu m.in. takie cechy jak: wiek, stan umysłowy, stan zdrowia czy stopień kultury. Ludzie są równi wobec prawa, dlatego nie można z jakiegokolwiek powodu dopuszczać do dyskryminacji w zakresie godności. Godność nie może być łączona z obywatelstwem, bowiem przysługuje ona każdej istocie ludzkiej, niezależnie od więzi prawnej łączącej ją z państwem¹⁹. Obecnie uznaje się, że godność człowieka właściwa mu z natury, a nie z aktu łaski jakiegokolwiek władzy, jest podstawą praw człowieka, praw człowieka i obywatela²⁰.

Godność człowieka nie może być sprowadzana do jednej płaszczyzny pojęciowej. Należy zwrócić uwagę na powszechnie akceptowane w literaturze rozróżnienie na godność osobistą (poczucie własnej godności) i godność osobową²¹. W pierwszym przypadku godność jest rozumiana jako szczególnego rodzaju dobro prawne, pojmowana w sposób subiektywny, indywidualny przez każdego człowieka. Jest ona specyficzna i właściwa każdej jednostce z osobna, podlega zmienności historycznej. Może być ona identyfikowana z poczuciem własnej wartości, szacunkiem dla samego siebie, Subiektywne podejście nie może być traktowane w sposób absolutny, gdyż ustalenie czy doszło do naruszenia godności dokonywane jest przez sądy, na podstawie kryteriów obiektywnych a nie subiektywnego odczucia konkretnej osoby żądającej ochrony. Chodzi tu w szczególności o przepisy dotyczące ochrony dóbr osobistych, zwłaszcza art. 23, 24 ko-

¹⁵ Zob. szerzej na ten temat: Z. Duniewska, *Polisemia godności w terminologii prawnej*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2005, t. LXXI, s. 12; zob. także F.J. Mazurek, *Pojęcie godności człowieka. Historia i miejsce w projektach Konstytucji III Rzeczypospolitej*, „Roczniki Nauk Prawnych Towarzystwa Naukowego KUL” 1996, t. VI, s. 6 i n.

¹⁶ Por. *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, t. I, Warszawa 1988, s. 673.

¹⁷ Zob. H. Zięba-Załuca, *op. cit.*, s. 499.

¹⁸ Por. Z. Duniewska, *Poszanowanie i ochrona godności człowieka w działaniach podmiotów administracyjnych*, „Ius et Administratio” 2005, z. 4, s. 9 i n.

¹⁹ Zob. K. Complak, *op. cit.*, s. 42.

²⁰ Zob. H. Izdebski, *op. cit.*, s. 28.

²¹ Por. H. Piliś, *Godność człowieka jako osoby*, Warszawa 1998 s. 27 i n.

deksu cywilnego, przyjmuje się bowiem powszechnie, że godność człowieka jest dobrem osobistym, dobrem podlegającym ochronie²². Poczucie godności bywa utracalne i jest zagrożone przez różne czynniki natury zewnętrznej i wewnętrznej np. wymuszenie na kimś postępowania, które jest w jego odczuciu niegodne. Godność w drugim ujęciu postrzegana jest jako wartość przyrodzona, uniwersalna, powszechna, nienaruszalna i niezbywalna. Przysługuje ona człowiekowi z samego faktu przynależności do rodu ludzkiego, niezależnie od rasy, pochodzenia, wieku płci, stanu zdrowia, wykształcenia. Godność osobowa jest wartością z racji bycia osobą. W przeciwieństwie do godności osobistej jest ona niezbywalna i nieutracalna, nie jest niczym zagrożona. Tym samym godność osobowa jest powiązana z pojęciem człowieczeństwa. Jest ona przymiotem każdego człowieka, stanowi ona najwyższą wartość, objętą w szerokim zakresie ochroną prawną. Tak pojmowana godność stanowi podstawę istnienia norm społecznych i prawnych chroniących relacje międzyludzkie, osobowe, a także samą godność. Wypada zgodzić się z poglądem, że nie należy przeciwstawiać sobie tych dwu znaczeń terminu „godność”, gdyż naruszenie godności osobistej godzi w godność osobową. Godność osobista nie tkwi w człowieku, zależy ona od samego człowieka, od jego subiektywnego odczucia, a także od stworzonych mu warunków życia²³. Godność człowieka w postaci godności osobowej stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela.

Analiza regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia wskazuje na różne rozumienie godności człowieka. Po pierwsze, są wśród nich przepisy, które traktują godność człowieka jako jedną z okoliczności mających znaczenie dla treści określonej regulacji. Chodzi tu głównie o uwzględnienie godności człowieka w razie postępowania z nim w pewnych szczególnych sytuacjach. Wśród tego rodzaju przepisów wymienić można art. 20 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 36 ustawy lekarskiej. Oprócz powyżej wskazanych istnieją także przepisy posługujące się pojęciami ogólnymi, chroniącymi także tę godność. Są to w szczególności przepisy dotyczące ochrony dóbr osobistych, do których niewątpliwie należy godność człowieka. Pamiętać należy, że godność człowieka jest wartością niezmienną jako przyrodzona cecha każdej jednostki ludzkiej, natomiast środki służące tej ochronie zależeć będą od takich okoliczności, jak stan zdrowia człowieka, jego wiek. Godność osoby uznaje się za podstawę jej uprawnień w życiu społecznym, a ochronę godności za nieodzowny element dobra wspólnego każdej społeczności. Godność jest tak ściśle związana z naturą człowieka i jego powołaniem, że nie ma i nie może być takiej racji dobra wspólnego, która nie musiałaby być jej

²² Zob. szerzej na ten temat: P. Sut, *Problem twórczej wykładni przepisów o ochronie dóbr osobistych*, „Państwo i Prawo” 1997 nr 9, s. 29 i n.; A. Zieliński, *op. cit.*, s. 15; Z. Duniewska, *Poszanowanie i ochrona...*, s. 13; M. Kolasiński, *Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 11 s. 36 i n.

²³ Por. P. Sut, *Ochrona godności człowieka a tzw. nowe media*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2000, t. VII, s. 525; zob. także Z. Duniewska, *Poszanowanie i ochrona...*, s. 15.

podporządkowana²⁴. Godności człowieka odpowiadać będzie taki poziom życia, w którym zapewniona będzie jego egzystencja, opieka zdrowotna oraz niezbędne świadczenia ze strony władz publicznych w przypadku starości, choroby i związanej z tym niezdolności do pracy.

Przybliżenia wymagają także określenia „pacjent” i „prawa pacjenta”. Są to pojęcia prawne i prawnicze. Po raz pierwszy definicja legalna terminu „pacjent” pojawiła się powołanej już ustawie o prawach pacjenta. Według jej art. 3 ust. 1 pkt 4 „pacjent to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”. Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia „prawa pacjenta”. Przyjmuje się, że prawa pacjenta to prawa człowieka w relacji do określonego podmiotu odpowiedzialnego za udzielanie świadczeń zdrowotnych lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe lub urzędowe²⁵. Badanie materiału normatywnego pozwala stwierdzić, iż wśród pacjentów istnieją różne ich kategorie, np. małoletni, ubezwłasnowolnieni, psychicznie chorzy. Pacjentem jest także dziecko. Doprecyzowanie terminu „dziecko” stwarza problemy bowiem określenie to może być różnie rozumiane. Zgodnie z normatywną definicją pojęcia „dziecko” przyjęto, że jest nim każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności²⁶. Z dzieckiem mamy do czynienia już od momentu poczęcia, a nie od momentu narodzin. To pozwala na rozszerzone używanie pojęcia „pacjent” na okres życia płodowego. W konsekwencji w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych lekarze zobowiązani są respektować prawa pacjenta nie tylko względem dzieci narodzonych ale także nienarodzonych. Nienaruszalna godność człowieka przynależy mu w każdym etapie jego życia bez względu na stopień jego rozwoju. Wszelkie działania podejmowane w ramach interwencji medycznej muszą być realizowane z poszanowaniem godności i podmiotowości dziecka oraz jego praw²⁷. Troska o powstające życie ludzkie prowadzić może do etycznej dezaprobaty klonowania jako metody uwłaczającej godności człowieka, ponieważ czyni z istoty ludzkiej, będącej w stanie embrionalnym narzędzie do wykorzystania i zniszczenia. Z treści przepisów powoływanego projektu ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego wynika zakaz powodowania śmierci embrionu ludzkiego (art. 15) oraz zakaz tworzenia embrionów poza organizmem kobiety (art. 16). Podobnej treści postanowienia zawarte są w projekcie ustawy o zakazie zapłodnienia pozaustrojowego, art. 4 odnoszący się do zakazu powodowania śmierci embrionu ludzkiego i art. 5 dotyczący

²⁴ Por. G. Szpor, S. Nitecki, Cz. Martysz, *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*, Gdańsk 1998, s. 15.

²⁵ Zob. D. Safjan, *Prawa pacjenta. Raport o stanie prawnym*, Warszawa 1993, s. 3.

²⁶ Zob. art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. nr 6, poz. 69 ze zm.).

²⁷ *Ibidem*, zob. art. 3 ust. 1.

zakazu tworzenia embrionów poza organizmem kobiety. Wspomnieć trzeba, że nakaz poszanowania godności pacjenta dotyczy – dziecka nienarodzonego – w przypadku, gdy eksperymentem medycznym została objęta kobieta ciężarna. Udział tych osób może mieć miejsce tylko wówczas gdy eksperyment ten nie jest związany z jakimkolwiek ryzykiem naruszenia dóbr osobistych nienarodzonego dziecka i matki.

Nawiązanie przez prawodawcę do godności pacjentów wynika zapewne z uwzględnienia ich specyficznego położenia, stwarzającego większe niebezpieczeństwo naruszenia ich godności, ze względu na ich sytuację faktyczną lub prawną²⁸. Świadczy to o potrzebie wyeksponowania nakazu poszanowania i ochrony godności tych osób, bowiem ze względu na swoją nieporadność i „słabszą” pozycję wobec osób wykonujących zawody medyczne narażone są w większym stopniu na działania (zaniechania) niespektujące ich godności.

Prawo pacjenta do godności zawarte jest m.in. w treści przywołanej już ustawy o prawach pacjenta. Zgodnie z treścią art. 20 ust. 1 pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne to działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania²⁹. Z powołanego przepisu wynika nakaz udzielania świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem prawa do intymności i godności. Takie uregulowanie nawiązuje do unormowań zawartych w art. 36 ust. 1 ustawy lekarskiej, który stanowi że „lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta”. Pozostawiając na boku prawo pacjenta do poszanowania intymności, które należy traktować jako odrębne prawo, na uwagę, ze względu na ramy opracowania, zasługuje prawo pacjenta do poszanowania godności.

Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych to człowiek posiadający własny system wiedzy, wartości i mający określone oczekiwania wobec personelu medycznego udzielającego mu świadczeń zdrowotnych. W doktrynie podkreśla się, że „przez fakt wejścia w rolę pacjenta nikt nie może być zmuszany do bezwzględnego podporządkowania się z góry określonym regułom, które godzą w poczucie jego godności”³⁰. Pacjent ma prawo oczekiwać od personelu medycznego szacunku dla jego godności osobistej, poprzez dostrzeżenie w jego

²⁸ Por. Z. Duniewska, *Polisemia godności...*, s. 23.

²⁹ Jest to definicja legalna zawarta w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.), podobną definicję zawiera art. 2 ust. 1 pkt 10 powoływanej już ustawy o działalności leczniczej.

³⁰ Zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 295–296; zob. także: E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 531 i n.

osobie równoprawnego uczestnika stosunków międzyludzkich. Każdy pacjent ma prawo wymagać, aby osoby udzielające świadczeń zdrowotnych traktowały go taktownie, życzliwie wyrozumiale i cierpliwie.

Relacje między lekarzem a pacjentem powinny cechować takt, delikatność oraz respektowanie zasad współżycia społecznego. Brak taktu w postępowaniu lekarskim był już dość dawno przedmiotem orzecznictwa. W wyroku z 21 czerwca 1976 r., IV CR 193/76 Sąd Najwyższy orzekł, że „wywołanie przez lekarza u osoby małoletniej na skutek postępowania sprzecznego z zasadami współżycia społecznego, dotyczącymi ochrony osobowości człowieka, jego godności i pozycji w społeczeństwie – stanu zagrożenia jej osobowości wiadomością o jej chorobie może być uważane za pozostające w normalnym związku przyczynowym z targnięciem się tej osoby małoletniej na swoje życie, jeżeli nie ma przekonujących podstaw do łączenia samobójstwa z nienormalnością psychiczną ofiary”³¹. W wyroku tym SN wykazał niewłaściwe zachowanie lekarza, który na skutek pomyłki w badaniach wmawiał uczennicy niemoralne prowadzenie się oraz zachowywał się wobec niej w sposób naruszający standardy etyczne, przez co wywołał u niej stan zagrożenia, a w rezultacie doprowadził ją do próby samobójczej.

Lekarz nie powinien reagować ze zniecierpliwieniem na pytania pacjenta, lekceważyć jego obaw lub ignorować go. Ma on obowiązek powstrzymania się od komentowania informacji uzyskanych od pacjenta. Miarą szacunku dla pacjenta jest sposób przeprowadzania z nim wywiadu (bez obecności innych osób), udzielania mu informacji oraz świadczeń medycznych. Osoby stykające się z pacjentem powinny zwracać się do niego używając imienia i nazwiska, każde inne traktowanie może być uznane za zachowanie poniżające pacjenta³². Wykonywanie każdej interwencji medycznej powinno przebiegać sprawnie, bez zbędnego wydłużania w czasie oraz w miarę możliwości jak najmniej boleśnie. Zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu poprzez wykonywanie świadczeń bez stosowania znieczulenia – gdy takie jest życzenie pacjenta, brutalne wykonywanie badań diagnostycznych, innych zabiegów, zmianę opatrunków należy uznać za postępowanie naruszające godność pacjenta. Pacjent ma prawo do znieczulenia na żądanie, o ile jednocześnie nie istnieją po temu przeciwwskazania medyczne³³. Zastosowanie konkretnego znieczulenia powinno być poprzedzone wywiadem w celu wykrycia ewentualnych przeciwwskazań medycznych. O możliwości znieczulenia pacjent powinien być powiadomiony odpowiednio wcześniej, tak samo i o tym, że znieczulenia się nie przewiduje. Zastosowanie środka znieczulającego nie za-

³¹ OSPIKA 1977, z. 6, poz. 106. Wyrok ten zapadł mimo braku ustawowej normy. Obecnie bezpośrednio podstawę prawną w tym zakresie stanowi art. 36 ust. 1 ustawy lekarskiej. Zob. także na ten temat M. Kapko, *Komentarz do art. 36 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, s. 532.

³² *Ibidem*, s. 296.

³³ Por. M. Boratyńska, *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 77–78.

leży od dobrej woli lekarza, jest prawem pacjenta, któremu odpowiada ustawowy obowiązek. Ponadto niesienie ulgi w cierpieniu jest jednym z nakazów etycznych dotyczących lekarza. Lekarz powinien odnosić się do pacjenta z należyłą starannością, nie pozwalając pacjentowi cierpieć bardziej niż jest to niezbędne dla prawidłowego postawienia diagnozy i zastosowania właściwej terapii. Niewątpliwie trzeba mieć na uwadze fakt, iż niektóre znieczulenia długo jeszcze zaliczane będą do świadczeń ponadstandardowych, a decyzje w tym zakresie odnośnie ich finansowania podejmować będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Podkreślić trzeba, że takie same zasady postępowania powinny mieć zastosowanie w odniesieniu do pacjentów małoletnich, którym należy oszczędzić traumatycznych przeżyć w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Prawo do poszanowania godności należy do sfery życia prywatnego i podlega ochronie na podstawie art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – *Kodeks cywilny*³⁴. Ocena czy nastąpiło naruszenie godności osobistej nie może być dokonana według oceny subiektywnej zainteresowanego. Subiektywne reakcje są czasem przesadne, jeśli dana osoba jest nadmiernie uczulona na punkcie własnej godności³⁵. Fakt naruszenia powinien być oceniany obiektywnie z punktu widzenia relacji typowych, przeciętnych. Z drugiej strony ocena czy doszło do naruszenia godności pacjenta nie może być zdominowana przez zwyczaje panujące w danym środowisku, jeśli odbiegają one od powszechnie przyjętych standardów

Ustawodawca obowiązał osoby wykonujące zawody medyczne do postępowania w sposób zapewniający poszanowanie godności pacjenta. Obowiązujące przepisy stwarzają możliwość uzyskania przez lekarza niezbędnej wiedzy teoretycznej i praktycznej na temat relacji lekarz – pacjent. Należy tu wskazać rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry³⁶. Z przepisów tego rozporządzenia wynika, że w ramach stażu z zakresu bioetyki lekarze zapoznają się z etycznymi aspektami relacji lekarz – pacjent, w tym dotyczącymi takich zagadnień jak: autonomia i godność pacjenta, informacja i zgoda poinformowanego, tajemnica lekarska, lojalność wobec pacjenta, prawo lekarza do odmowy leczenia, etyczne działania w ramach ludzkiej procreacji, etycznej walki z bólem, leczenia paliatywnego, reanimacji i uporczywej terapii. Tak opracowany i wdrożony do realizacji program stażu, którego celem jest pogłębianie wiedzy teoretycznej i praktyczna nauka wykonywania świadczeń zdrowotnych stwarza dla pacjenta gwarancję, iż udzielający mu świadczeń lekarz posiada niezbędną wiedzę pozwalającą na postępowanie w sposób zapewniający poszanowanie i ochronę godności pacjenta.

Zgodnie z ustawą lekarską (art. 36 ust. 3) jedną z podstawowych zasad wy-

³⁴ Dz. U. nr 16, poz. 93 ze zm.

³⁵ Zob. wyrok SN z dnia 11 marca 1997 r., III CKN 33/97, OSNC, 1997, nr 6–7, poz. 93, zob. także U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 180 i n.

³⁶ Dz. U. 2012 r., poz. 1082 ze zm.

konywania zawodu lekarza jest obowiązek dbania, aby inny personel medyczny uczestniczący w procesie diagnostyczno-terapeutycznym przestrzegał w stosunku do pacjenta zasad postępowania służących poszanowaniu tego prawa. Zasadniczym warunkiem poszanowania godności pacjenta jest obecność w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego jedynie personelu niezbędnego ze względu na rodzaj świadczenia. Zgodnie z art. 22 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj i specyfikę świadczenia. Sam fakt przynależności do personelu medycznego nie upoważnia do uczestnictwa w interwencji medycznej. Zachodzi tu musi przesłanka niezbędności danej osoby w trakcie udzielania świadczenia. Jeśli przesłanka ta zachodzi „osoby niezbędne” mogą być obecne podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca wymaga aby na uczestnictwo, a także na obecność innych osób, zgodę wyraził pacjent, a w przypadku pacjenta małoletniego (całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażania zgody) jego przedstawiciel ustawowy i osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczenia. Pojawia się tu pytanie czy pacjent może wyrazić sprzeciw na udział konkretnej osoby w procesie diagnostyczno-leczniczym, mimo że uczestnictwo tej osoby jest niezbędne. Sądzę, że w przypadku zaistnienia takiego konfliktu, kierując się nakazem poszanowania godności pacjenta, brak jego zgody w takiej sytuacji powinien być uszanowany, o ile organizacyjnie istnieje taka możliwość i nie zdezorganizuje to pracy podmiotu leczniczego³⁷.

Wyjątek od zasady uczestnictwa jedynie osób niezbędnych przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego określa art. 36 ust. 4 ustawy lekarskiej. Do klinik i szpitali uniwersytetów medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie stosuje się analizowanego ust. 2 art. 22 ustawy o prawach pacjenta. Celem tej regulacji jest zapewnienie odpowiednich warunków kształcenia studentów, lekarzy oraz innego personelu medycznego. Jeśli interwencja medyczna jest niezbędna dla pacjenta i wynika z toku leczenia, osoby uczące się zawodów medycznych mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczenia. Oznacza to, że w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych możliwe jest uczestnictwo tych osób w procesie udzielania świadczenia. O tym jakie czynności

³⁷ Podobne stanowisko prezentowane jest doktrynie, zob. na ten temat m.in. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 366; A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, Warszawa 2010, s. 164; zob. także J. Sługocki, A. Kalinowska-Sługocka, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia a ustawowe regulacje prawa do świadczeń zdrowotnych i praw pacjenta (wybrane zagadnienia)*, [w:] J. Radwanowicz-Wanczewska, P. Niczyporuk, K. Kuźmich (red.), *Jednostka a państwo na przestrzeni wieków*, Białystok 2008, s. 235.

mieszczą się w tym zakresie decyduje lekarz prowadzący. Osoby uczestniczące w realizacji świadczeń związanych z procesem dydaktycznym nie mogą jednak bez zgody pacjenta przeprowadzać na nim badań³⁸. Zgoda pacjenta jest natomiast wymagana, jeżeli interwencja medyczna nie jest niezbędna w procesie leczenia, a ma stanowić jedynie demonstrację o charakterze dydaktycznym. Do wyrażenia zgody na poddanie się czynnościom medycznym wykonywanym przez osoby uczące się jest wyłącznie pacjent. W tym przypadku zgoda pacjenta na realizację tych czynności nie może zastąpić zgoda lekarza dokonującego interwencji medycznej lub prowadzącego zajęcia³⁹. Pojawia się tu jednak pytanie czy wyłączenie zgody pacjenta na obecność „osób uczących się” w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego nie prowadzi do naruszenia prawa do godności osobistej pacjenta. Prawdopodobieństwo naruszenia godności istnieje. Pacjent, zważywszy na swoją sytuację zdrowotną jest bezradny, trudno mu pogodzić się z obecnością studentów podczas udzielania świadczenia. Z drugiej jednak strony obok poszanowania interesu pacjenta pojawia się problem ochrony interesu publicznego dotyczącego organizacji kształcenia. Wydaje się jednak, że dobro człowieka, w tym przypadku dobro pacjenta, powinno być dobrem przeważającym nad interesem władzy publicznej w zakresie organizacji systemu kształcenia, dlatego zawsze należałoby uzyskać zgodę pacjenta na obecność studentów podczas udzielania świadczenia.

Szanowanie godności każdego człowieka wymaga zapewnienia, aby ostatnie chwile jego życia przebiegały w warunkach spokoju i poszanowania godności. Nakaz poszanowania godności w takiej sytuacji wynika z art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, który stanowi, że prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. W literaturze przyjmuje się, że określenie osoby umierającej obejmuje pacjentów w dwóch sytuacjach życiowych: „nieuleczalnie chorego, co do którego wiadomo z pewnym wyprzedzeniem o zbliżającej się chwili zgonu oraz pacjenta, który nagle znalazł się w sytuacji końcowej fazy życia”⁴⁰. W pierwszej sytuacji zakres przedmiotowy prawa do umierania w spokoju i godności obejmuje wszelkie działania podejmowane wobec pacjenta od chwili uzyskania informacji, że stan zdrowia nie będzie ulegał poprawie, lecz ciągłemu pogarszaniu, do momentu rozpoczęcia procesu umierania w sensie medycznym. Z kolei w drugim przypadku rodzaj i zakres działań uzależniony będzie od konkretnej sytuacji.

³⁸ Zob. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 140.

³⁹ Por. D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, s. 366–367, zob. także na ten temat D. Karkowska, *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach*, Warszawa 2008, s. 142145.

⁴⁰ Zob. D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, s. 378; A. Augustynowicz, A. Budziszwska-Makulska, *op. cit.*, s. 160.

Umierający pacjent ma prawo do uzyskania (bądź nie, na własne życzenie) wszelkich informacji o swoim stanie zdrowia. Umierającemu pacjentowi należy zapewnić wszechstronną opiekę pielęgnacyjną. Personel pielęgniarstwa ma najczęściej styczność z pacjentem, przez co w dużej mierze decyduje on o jakości kończącego się życia. Działania podejmowane w ramach pielęgnacji mają nieść ulgę w cierpieniu poprzez podanie zaleconych leków, płynów. Stosowanie czynności pielęgnacyjnych, w tym nawadnianie pacjenta w przypadku niewydolności nerek, może niekiedy nosić znamiona uporczywej terapii, jeżeli przedłuża stan agonalny i łączy się z nadmiernym cierpieniem. Wątpliwości budzić może określenie „uporczywa terapia”, którego definicji legalnej brak jest w obowiązujących przepisach. Wydaje się, że za uporczywą terapię można uznać stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego pacjenta, które przedłużają jego umieranie, wprowadzając prawdopodobieństwo naruszenia jego godności. Nie bez przyczyny w przepisach kodeksu etyki lekarskiej znalazły się postanowienia dotyczące tej kwestii. Jednocześnie zauważyć trzeba, że ogromna technicyzacja medycyny i zwiększające się możliwości podtrzymywania wybranych funkcji życiowych organizmu mogą prowadzić niekiedy do sztucznego przedłużania agonii i procesu umierania.

Podstawowym warunkiem poszanowania godności człowieka jest łagodzenie nieznosnego bólu i wszelkich cierpień pacjenta. W 2004 r. WHO uznało usmierzanie bólu za prawo człowieka. Lekarz powinien dążyć do wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania (art. 30 KEL). Na lekarzu spoczywa obowiązek łagodzenia cierpienia chorych w stanach terminalnych i w miarę możliwości utrzymywać jakość kończącego się życia (art. 29 KEL). Zgodzić się trzeba z poglądem, że wskazany przepis kodeksu etyki lekarskiej pozwala lekarzowi (bez obawy odpowiedzialności) w miarę pogłębiania się bólu, odpowiednio zwiększyć pacjentowi będącemu w stanie terminalnym dawkę środków usmierzających (np. morfiny) do granic niezbędnych dla wyeliminowania cierpień⁴¹. Pojawia się tu jednak pytanie czy w konkretnej, szczególnej sytuacji można moment śmierci przyspieszyć lub opóźnić i jakie są granice obowiązku podtrzymywania życia ludzkiego? Jak już wspomniano, lekarz w miarę możliwości powinien utrzymywać jakość kończącego się życia. Nie ma on obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji, stosowania uporczywej terapii czy środków nadzwyczajnych w stanach krytycznych. Podstawę podjęcia decyzji o prowadzeniu tych działań i o dalszym postępowaniu lekarskim stanowią

⁴¹ Zob. E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 88; zob. także A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 31 i n.; A. Gubiński, *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 147–151; J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 54–55.

będą względy medyczne, a nie działanie pod wpływem współczucia. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL). Rzecz jasna czynności polegające na łagodzeniu cierpienia tak, jak i wszystkie inne czynności lecznicze wymagają zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, co nie oznacza, że żądania lub prośby pacjenta lekarz powinien uwzględnić. Zaniechanie reanimacji lub uporczywej terapii może być uzasadnione jedynie wówczas, gdy lekarz nie ma wątpliwości, że brak jest szans na ratowanie życia lub przywrócenie chorego do życia. Nie jest naruszeniem obowiązku wynikającego z normy prawnej, gdy reanimacja może jedynie spowodować przedłużenie agonii. Decyzja lekarza pozwalająca w takiej sytuacji umrzeć pacjentowi nie stanowi zaniechania lub zaniechania czegoś, do czego był obowiązany. Również moralnie i prawnie godziwa jest ingerencja lekarska polegająca na wyłączeniu aparatów reanimacyjnych, po to by nie przedłużać umierania. Jeśli będące w dyspozycji lekarza środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienie pacjenta, to musi odpaść wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych⁴². Natomiast jeśli lekarz opiekujący się pacjentem w stanie terminalnym nie podejmuje reanimacji, nie stosuje uporczywej terapii lub środków nadzwyczajnych podtrzymujących życie pacjenta albo świadomie zaprzestaje ich stosowania na żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, wówczas działanie lub zaniechanie lekarza może być uznane jako eutanazja.

Współczesna medycyna daje duże możliwości łagodzenia bólu, ale czy są one należycie wykorzystywane. Wydaje się, że trudno na to pytanie odpowiedzieć pozytywnie. Powstała medycyna paliatywna, a w 2002 r. specjalizacja paliatywna (w Anglii w 1990 r.). Pacjent w stanie terminalnym może być jeszcze leczony z choroby, a także może uzyskać opiekę paliatywną (ulgę w bólu). Zgodnie z algorytmem NFZ pacjent wchodzący w procedurę paliatywną nie może korzystać ze świadczeń lekarskich w ramach procesu leczenia, bo to naraża Narodowy Fundusz Zdrowia na opłacanie podwójnych świadczeń. Zauważyć trzeba, że niejednokrotnie kwestionowane są przez NFZ recepty na morfinę. Ma miejsce także zwlekanie z podaniem pacjentowi morfiny, a gdy chodzi o zużycie morfiny posiadamy jeden z najniższych algorytmów (Czesi trzy razy większy, a Niemcy – dziewięć). Zdarzają się praktyki likwidowania – w ramach programu naprawczego – oddziałów leczenia bólu, w związku z tym podejmowanie działań związanych z łagodzeniem bólu spada na lekarzy rodzinnych (podstawowej opieki zdrowotnej). W marcu 2013 r. ONZ uznał, że dopuszczanie do cierpienia pacjentów jest torturą. Do krajów torturujących zaliczył Polskę⁴³.

⁴² Zob. na ten temat A. Zoll, *op. cit.*, s. 33.

⁴³ Por. E. Gietka, *Zaszczeni bólem – dlaczego chory w Polsce musi cierpieć*, „Polityka” 2013, nr 27, s. 20; zob. także J. Watoła, *Uśmierzenie bólu jest najważniejsze*, „Gazeta Wyborcza” 2013 r., nr 194, s. 20.

Na uwagę w tym miejscu zasługuje kwestia poszanowania godności osoby zmarłej. Artykuł 28 powołanej już ustawy o działalności leczniczej obliguje – w razie śmierci pacjenta – podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne do należytego przygotowania zwłok, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej w celu wydania ich osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta⁴⁴ nakazano, by w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej były przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

Pośrednio do poszanowania godności osoby zmarłej nawiązuje art. 11 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów⁴⁵. Lekarz pobierający ze zwłok ludzkich komórki, tkanki lub narządy w celu wykorzystania ich do przeszczepów *ex mortuo*, obowiązany jest zapewnić nadanie zwłokom należytego wyglądu.

Warto dodać, że konieczność zapewnienia i poszanowania godności pacjenta pojawia się pośrednio w unormowaniach ustawy o działalności leczniczej odnoszących się do kontroli i nadzoru nad funkcjonowaniem podmiotów leczniczych (art. 118). Kontrola ta przeprowadzana jest pod względem zgodności z prawem oraz pod względem medycznym. Czynności kontrolne obejmujące realizację świadczeń zdrowotnych i innych świadczeń pomocniczych mogą być podejmowane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny. Obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych winno odbywać się w sposób nienaruszający praw pacjenta (art. 118 ust. 2 pkt 2). Obecna regulacja nie określa wprost (jak to miało miejsce w nieobowiązującej już ustawie o zakładach opieki zdrowotnej), że podczas kontroli należy kierować się zasadą poszanowania prawa pacjenta do zachowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Obowiązek poszanowania i ochrony godności pacjenta odnosi się do sfery tworzenia prawa i jego stosowania. Treść unormowań prawnych dotyczących praw pacjenta dowodzi, że niejednokrotnie znajdujemy w nich odwołanie się do godności. W analizowanych unormowaniach prawnych termin godność używany jest do wyznaczenia zasad postępowania personelu medycznego wobec pacjenta. Prawdopodobieństwo naruszenia godności osoby – pacjenta –, która znalazła się w niekorzystnej dla niej sytuacji z powodu starości, choroby innego

⁴⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 420.

⁴⁵ Dz. U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411 ze zm.

przymusowego położenia (np. uczestnictwo kobiety ciężarnej w eksperymencie medycznym). Obowiązek poszanowania i ochrony prawa pacjenta do godności nałożony został na lekarzy, zaś zakaz naruszania tej godności dotyczy wszystkich.

Reasumując stwierdzić należy, iż podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, z którymi pacjent ma styczność w toku realizowania tych świadczeń, obowiązane są respektować i chronić godność pacjenta. Powstające akty prawne regulujące stosunki prawne między lekarzem a pacjentem określające warunki dopuszczalności stosowania nowych metod leczniczych, powinny zawierać rozwiązania służące ochronie godności pacjenta.