

Marcin MIKOS

Dr, Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego

Monika URBANIAK

dr hab. n. praw., Katedra Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej,  
Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

## **Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej**

### **Wprowadzenie**

Bezpieczeństwo pacjenta jest fundamentem i wspólnym mianownikiem współczesnych systemów zdrowotnych<sup>1</sup>. W literaturze jest ono definiowane jako ogół działania mający na celu zredukowanie występujących dla pacjenta w systemie różnego rodzaju ryzyk, zagrożeń i niebezpieczeństw, czyli zdarzeń niepożądanych<sup>2</sup>. Zdarzenia niepożądane w systemie ochrony zdrowia przybierają różnorodne formy np. upadek pacjenta, operacja wykonana po niewłaściwej stronie ciała, podanie niewłaściwego leku, czy też samobójstwo pacjenta w szpitalu. W wielu przypadkach ich główną przyczyną nie jest jednak czynnik ludzki, ale problem systemowy czy też organizacyjny np. brak finansowania świadczenia zdrowotnego, brak odpowiednich regulacji prawnych, standardu postępowania, brak wystarczającego nadzoru ze strony odpowiednich inspekcji i organów państwa nad jakimś obszarem generujących szczególnie ryzyko, czy też lekceważenie powtarzalnych zjawisk, powodujących sytuacje niebezpieczne w placówkach medycznych. We wzmacnianiu bezpieczeństwa pacjenta w systemach zdrowotnych zasadnicze znaczenie ma zapewnienie realnych gwarancji ochrony praw pacjenta, zapewniających rzeczywisty prymat tego zagadnienia w polityce zdrowotnej państwa i codziennej praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych. Zgodnie z treścią art. 68 ust. 1 Konstytucji RP<sup>3</sup>, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Pozostałe ustępy art. 68 Konstytucji tworzą system gwarancji uzyskania świadczeń o charakterze socjalnym, co stanowi przejaw troski państwa o obywateli i zapewnienie im możliwie najlepszego stanu zdrowia<sup>4</sup>. Sama Konstytucja nie nawiązuje bezpośrednio do kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjenta, chociaż pośrednio nakłada na organy władzy publicznej obowiązek zapewnienia jednostce bezpieczeństwa zdrowotnego. Zadania te, warunkujące jednostce normalną egzystencję, łączą się z wprowadzeniem

<sup>1</sup> WHO Rezolucja WHO (WHA) nr 55.18 z 2002 roku.

<sup>2</sup> First, do not harm – World Alliance for Patient Safety, WHO 2004.

<sup>3</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>4</sup> A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3, s. 94.

szeregu gwarancji korzystania z systemu ochrony zdrowia skierowanego na zwalczanie i przeciwdziałanie chorobom, urazom i niepełnosprawności, które mają służyć realizacji celów wyznaczonych treścią art. 68 Konstytucji RP<sup>5</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie najważniejszych regulacji prawnych dotyczących realizacji prawa do bezpiecznej opieki zdrowotnej zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym ze szczególnym uwzględnieniem rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej. Prawo pacjenta do bezpiecznej opieki zdrowotnej rozpatrywać należy zarówno w znaczeniu obiektywnym, a więc zapewniającym formalne gwarancje prawne do bezpiecznej opieki zdrowotnej, jak również należy je ująć w znaczeniu subiektywnym, skierowanym do jednostek, a więc wprowadzających takie podstawy funkcjonowania ochrony zdrowia, które zapewniają pacjentowi faktyczne poczucie bezpieczeństwa w razie zagrożenia jego życia i zdrowia.

Konstytucja RP, choć wprost tego nie formułuje, to jednak uznać należy, że stanowi źródło prawa człowieka i obywatela do bezpiecznej opieki zdrowotnej. Prawo to jest pochodną występujących w Konstytucji wartości takich jak m.in. ochrona życia, ochrona zdrowia, poszanowanie godności, a także sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów medycznych, będących zawodami zaufania publicznego. Te podstawowe wartości, obok Konstytucji znajdują swoje uszczegółowienie w licznych aktach prawnych rangi ustawowej, w tym m.in. ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w ustawach dotyczących wykonywania zawodów poszczególnych zawodów medycznych, a także w zamiarze ustawodawcy w ustawie o jakości w ochronie zdrowia. Ważnym wzmocnieniem krajowego porządku prawnego dotyczącego zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta są ponadto rekomendacje Rady Europy i Rady Unii Europejskiej dotyczące bezpiecznej opieki zdrowotnej. Jednak poziom ich implementacji do polskiego ustawodawstwa nie jest ciągle wystarczający.

## I. Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w Konstytucji RP

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka i obywatela zagwarantowanych w Konstytucji RP. Choć ustawa zasadnicza wprost nie wyznacza obszaru tej ochrony, to jednak prawo to nie jest prawem abstrakcyjnym, i nieokreślonym, ale jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 23 marca 1999 r.<sup>6</sup> sprowadza się ono do stworzenia poszczególnym jednostkom realnej możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Choć w doktrynie prawa konstytucyjnego prawu temu przypisuje się przede wszystkim charakter socjalny, uzależniając zakres ochrony zdrowia od możliwości finansowych państwa<sup>7</sup>, to jednak w aspekcie zapewnienia bezpieczeństwa, prawo to przybiera charakter prawa osobi-

<sup>5</sup> W. Lis, *Konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w: *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, pod red. J. Paciana, s. 11–12.

<sup>6</sup> Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K. 2/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 38.

<sup>7</sup> A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, op. cit., s. 92 i n.

stego. Bezsprzeczne jest, że prawa socjalne mają co do zasady charakter norm programowych wymagających określonego działania ze strony władz publicznych, w celu zabezpieczenia ich realizacji<sup>8</sup>. Prawidłowe korzystanie z systemu zdrowotnego wymaga przecież zapewnienia bezpieczeństwa jego użytkownikom, a więc ochrony przed mogącym wystąpić ryzykiem, niebezpieczeństwem i innymi zdarzeniami niepożądanymi. Stąd też, zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, obok podmiotowego prawa jednostki do ochrony zdrowia należy wywieść obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa<sup>9</sup>. Prawo wyrażone w art. 68 ust. 1 Konstytucji nie ma charakteru deklaratywnego, lecz stanowi normę prawną, nakładającą na władze publiczne obowiązki, służące jej realizacji<sup>10</sup>. Wskazać również należy, że wyrażona w art. 68 ust. 2 Konstytucji zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter tzw. równości szans<sup>11</sup>. Konstytucja odsyła do uregulowania w ustawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, które będą dostępne dla obywateli na równych zasadach<sup>12</sup>. Prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych nie jest zależne od stopnia możliwości obywateli, a jego jakość od wysokości składek<sup>13</sup>. Ochrona praw jednostki i odpowiedzialność za jej zapewnienie jest fundamentem ochrony praw człowieka i pacjenta, której nie można rozpatrywać w kontekście ograniczeń możliwościami finansowymi państwa. Zauważyć należy, że art. 68 Konstytucji nie sposób interpretować też bez odniesienia jego treści do art. 30 Konstytucji RP, który stanowi iż, przyrodzona i niezbywalna godność człowieka jest źródłem wolności i praw człowieka i obywatela, a gwarantem jej poszanowania i ochrony są władze publiczne. Godność wymaga, aby każdy człowiek był traktowany sprawiedliwie, tj. uczciwie i w sposób równy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>14</sup>. To właśnie godność człowieka i nałożony na władze publiczne obowiązek jej ochrony stanowi podstawę gwarancji bezpieczeństwa pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Pacjent, w zaufaniu do organów państwa, w sytuacji zagrożenia dla swojego życia i zdrowia udaje się po pomoc medyczną do podmiotów leczniczych, zakładając iż skoro są one podmiotami legalnie działającymi, czyli są formalnoprawnie autoryzowane przez państwo w procesie ich tworzenia i rejestracji, spełniają wymogi bezpieczeństwa określone w ustawodawstwie i kontrolowane przez właściwe organy państwa oraz w drodze konkursu powierzono im świadczenie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, to podmioty

<sup>8</sup> M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka”, Sosnowiec 2012, rok XII, s. 93.

<sup>9</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 marca 1999 r., sygn. K 2/98.

<sup>10</sup> K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, w: *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 42.

<sup>11</sup> S. Jarosz-Żukowska, Ł. Żukowski, *Prawo do nauki i jego gwarancje*, w: *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 650.

<sup>12</sup> Zob. S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, w: *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 682.

<sup>13</sup> P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 92.

<sup>14</sup> J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 173.

te zagwarantują mu bezpieczeństwo i najwyższą jakość świadczonych usług medycznych. W piśmiennictwie, podobny pogląd wyraża m.in. M. Piechota, wywodząc za L. Garlickim, iż z klauzuli generalnej, jaką jest prawo do godności, wypływa szereg praw niewyartykułowanych *expressis verbis* w Konstytucji, w tym prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, a więc prawo do najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych<sup>15</sup>. Nerozerwalność prawa do godności i bezpieczeństwa trafnie uzasadnia także Sąd Najwyższy w odniesieniu do problemu załatwiania swoich spraw przez jednostkę w oparciu o wiarygodne informacje od zobowiązanych do tego instytucji, stwierdzając, iż godność człowieka i poczucie jego bezpieczeństwa zostają narażone na szwank, jeżeli w wyniku nierzetelnej informacji, człowiek nie może zrozumieć sytuacji, w jakiej się znalazł, ani reakcji innych osób, w wyniku czego podejmuje działania nieadekwatne oraz z góry skazane na niepowodzenie, mając poczucie dezorientacji i nie mogąc zrozumieć przyczyn niepowodzenia<sup>16</sup>. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia należy także rozpatrywać łącznie z art. 38 Konstytucji, zgodnie z którym Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia<sup>17</sup>. Ochrona życia człowieka i jego godności w odniesieniu do pacjentów sprowadza się zatem do zabezpieczenia ich praw w ustawodawstwie, a więc stworzenia podstaw prawnych gwarantujących osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych bezpieczeństwa udzielania tych świadczeń. Jedną z najważniejszych gwarancji bezpieczeństwa człowieka wymagającego pomocy medycznej jest zapewnienie mu rzeczywistej dostępności do niezbędnych świadczeń zdrowotnych koniecznych do ratowania jego życia i zdrowia.

Innym obszarem regulacji konstytucyjnych, na które należy spojrzeć w kontekście źródła praw pacjenta do bezpiecznej opieki zdrowotnej, jest art. 41 ust. 1 Konstytucji gwarantujący jednostce nietykalność osobistą, definiowaną w doktrynie jako zagwarantowaną możliwość utrzymywania przez jednostkę swej tożsamości i integralności tak fizycznej, jak i psychicznej oraz zakaz jakiegokolwiek, bezpośredniej i pośredniej ingerencji z zewnątrz, naruszającej tę integralność<sup>18</sup>. W ochronie zdrowia znajdzie ono swoją realizację w prawie do wyrażania zgody (lub sprzeciwu) na leczenie, co leży u fundamentalnych podstaw bezpieczeństwa pacjenta. Pacjent w ten sposób świadomie akceptuje dopuszczalne ryzyka towarzyszące różnorodnym interwencjom medycznym.

Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia wyraża się także w sprawowaniu pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów medycznych, jaką państwo przekazało korporacjom zawodowym lekarzy i lekarzy dentyków, farmaceutów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych oraz fizjoterapeutów (art. 17 ust. 1 Konstytucji). Powstałe na tej podstawie regulacje ustawowe zawierają m.in. sankcje za niezgodne z zasadami zawodowymi i etycznymi wykonywanie poszczególnych zawodów me-

<sup>15</sup> L. Garlicki, *Prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2009; Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka”, Rok XII.

<sup>16</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2008 r., I CSK 358/07.

<sup>17</sup> S. Grabowska, M. Urbaniak, *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2014, nr 5, s. 97.

<sup>18</sup> P. Sarnecki, *Komentarz do art. 41, w: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 3, red. L. Garlicki, Warszawa 2003.

dycznych. Mają one kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta, gwarantując iż pacjent w systemie ochrony zdrowia powinien spotkać się z osobami, których wiedza merytoryczna, umiejętności zawodowe oraz poszanowanie zasad deontologii dają rękojmię należytego wykonywania zawodu medycznego. Znaczenie tych regulacji podkreślił Trybunał Konstytucyjny w jednym z orzeczeń stwierdzając, iż przepisy te stanowią właśnie gwarancję świadczenia usług na odpowiednim poziomie<sup>19</sup>.

## **II. Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w rekomendacjach Rady Europy i Rady Unii Europejskiej**

Źródłem regulacji prawnych w zakresie bezpieczeństwa pacjenta są także umowy międzynarodowe, zalecenia i rekomendacje autorstwa takich instytucji Rada Europy i Rada Unii Europejskiej. Zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 roku w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną<sup>20</sup> zawierają kilkadziesiąt propozycji rozwiązań dla systemów zdrowotnych państw członkowskich Unii Europejskiej. Należą do nich m.in. uwzględnienie bezpieczeństwa pacjenta jako kwestii priorytetowej w polityce i programów zdrowotnych na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym, wspieranie tworzenia bezpieczniejszych i przyjaznych pacjentom systemów, procesów i narzędzi, mobilizowanie pracowników medycznych i ich organizacji do aktywnej roli w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów, angażowanie pacjentów i personelu medycznego w poprawę bezpieczeństwa oraz aktywną profilaktykę zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

Prawo do ochrony zdrowia zostało ujęte w art. 11 i art. 13 Europejskiej Karty Społecznej uchwalonej w Turynie w 1961 roku przez Radę Europy. Regulacje te wyznaczają standardy w zakresie wykonywania prawa do ochrony zdrowia, a także prawa do pomocy społecznej i medycznej.

Z kolei Rada Europy w swoich rekomendacjach, odwołując się do art. 3 Konwencji Praw Człowieka i Biomedycyny o równym dostępie do opieki zdrowotnej najwyższej jakości sporządzonej w Oviedo 4 sierpnia 1997 roku, zaleciła krajom członkowskim potraktowanie bezpieczeństwa pacjenta jako podstawę polityki zdrowotnej, opracowanie wszechstronnych zasad polityki bezpieczeństwa pacjenta, wprowadzenie systemów analizy zdarzeń niepożądanych, prowadzenie edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjenta dla różnych grup zawodowych i społecznych oraz prowadzenie badań naukowych dotyczących bezpieczeństwa pacjenta. Niestety, Polska nie ratyfikowała dotychczas Konwencji Bioetycznej, a wskazać należy na konieczność dostosowania istniejących regulacji prawnych na poziomie krajowym do tych regulacji<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Wyrok TK z 18 marca 2003 r., sygn. K 50/01, OTK ZU nr 3/A/2003, poz. 21.

<sup>20</sup> Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 roku w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną 2009/C 151/1, Dz. Urzędowy Unii Europejskiej 2009.

<sup>21</sup> J. Skrzypczak, *O potrzebie ratyfikacji „Europejskiej Konwencji Bioetycznej”*, w: *Praktyczne aspekty prawa medycznego*, pod red. M. Urbaniak, Poznań 2015, s. 37 i n.

### III. Instytucjonalne przypisanie odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjenta

Na szczególną uwagę, w kontekście odpowiedzialności władzy publicznej za prowadzenie polityki zdrowotnej i zapewnienie bezpieczeństwa prawnego w zakresie realizacji prawa do ochrony zdrowia, zasługują rekomendacje Rady Unii Europejskiej, mające na celu zapewnianie instytucjonalnej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjenta. W polskim systemie ochrony zdrowia nie została powołana żadna instytucja odpowiedzialna bezpośrednio za bezpieczeństwo pacjenta. Kompetencje te rozkładają się pomiędzy: Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, wydziały skarg działające w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwową Inspekcję Sanitarną, a także Państwową Inspekcję Farmaceutyczną. Odnotować należy także fakt, iż w 2016 roku w prokuraturach okręgowych oraz regionalnych powołane zostały odrębne działy ds. błędów medycznych. Działy utworzone na poziomie prokuratur okręgowych zajmują się prowadzeniem i nadzorowaniem spraw dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest ciężkie uszkodzenie ciała człowieka, a w prokuraturach regionalnych sprawami, w których doszło do śmierci pacjenta.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że na poziomie rządowym trwają obecnie prace nad projektem ustawy *o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta*. Projekt ten zakłada utworzenie na bazie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia nowej instytucji odpowiedzialnej za bezpieczeństwo pacjenta – Agencji do Spraw Jakości<sup>22</sup>. Do zadań tej instytucji należeć będzie m.in. autoryzacja podmiotów leczniczych pod kątem realizacji standardów jakości i bezpieczeństwa, prowadzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych, a także monitorowanie wskaźników jakości<sup>23</sup>. Projekt zakłada także obowiązek raportowania zdarzeń niepożądanych przez wszystkie placówki medyczne oraz ich systematyczną analizę i podejmowanie działań naprawczych w zakresie wzmocnienia bezpieczeństwa pacjenta. Projektowane zmiany należy uznać za zgodne z rekomendacjami Rady Europy i Rady Unii Europejskiej. Ich realizacja w akcie rangi ustawowej ma stworzyć podstawy prawne działania mechanizmów gwarantujących poprawę bezpieczeństwa pacjenta w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

### IV. Systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych

Zarówno Rada Europy, jak i Rada Unii Europejskiej zalecają państwom członkowskim tworzenie ogólnokrajowych systemów raportowania zdarzeń niepożądanych. Służyć powinny obowiązkowej, anonimowej identyfikacji zdarzeń, które zagroziły lub mogły zagrozić bezpieczeństwu pacjenta. Ich ujawnienie i analiza jest bowiem najskuteczniejszym narzędziem poprawy bezpieczeństwa w systemach zdrowotnych. Jednak warunkiem skutecznego działania tych systemów jest brak sankcji dla pracowników medycznych za ujawnienie niepożądanych zdarzeń. Według zaleceń Rady Unii Euro-

<sup>22</sup> Ministerstwo Zdrowia: Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 20 stycznia 2017 r., <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12294407>, 10.03.2017.

<sup>23</sup> Ibidem.

pejskiej systemu te powinny dostarczać informacji na temat skali, rodzajów i przyczyn błędów, zdarzeń niepożądanych i zdarzeń obciążonych dużym ryzykiem błędu. Rolą państwa jest stworzenie ram prawnych oraz warunków motywacji dla personelu medycznego do zgłaszania tego typu zjawisk bez groźby poniesienia sankcji. Podobne zalecenia sformułował Komitet Ministrów Rady Europy zalecając stworzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych pozwalającego na uczenie się dzięki zaistniałym incydentom. Rada Europy wskazała cechy tych systemów, do których należą m.in. sprawiedliwość, brak kary, niezależność od procesów prawodawczych, anonimowość, dobrowolność i poufność. W systemie ochrony zdrowia w Polsce rekomendacje te nie zostały dotychczas w pełni wdrożone. Gromadzenie informacji o zdarzeniach niepożądanych i ich analiza odbywa się w sposób dobrowolny w części podmiotów leczniczych. Obowiązek ich prowadzenia posiadają jedynie podmioty posiadające certyfikaty jakości w ochronie zdrowia, co wynika obecnie z konieczności realizacji przez te podmioty standardów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia*<sup>24</sup>.

#### **V. Włączenie problematyki bezpieczeństwa pacjentów do kształcenia w zawodach medycznych**

Rada Europy w swoich rekomendacjach podkreśliła konieczność nauczania personelu medycznego zarówno na etapie przeddyplomowym, jak i podyplomowym kompetencji w zmniejszaniu ryzyka i zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym. Zaleceniem Rady jest to, aby w kształceniu wszystkich zawodów medycznych przekazywana była wiedza m.in. o świadomości ryzyka, komunikowaniu ryzyka, zapobieganiu ryzyku oraz jednostkowych i zbiorowych zachowaniach na wypadek wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Ciągła edukacja w tym zakresie buduje kulturę bezpieczeństwa, pozwalając długofalowo na zapobieganie zagrożeniom w zakresie zdarzeń niepożądanych. Rekomendacja ta nie ma jednak odzwierciedlenia w kształceniu zawodów medycznych w Polsce.

#### **VI. Stworzenie pozasądowych systemów kompensaty za szkody medyczne**

Ważną rekomendacją Rada Europy w zakresie wzmocnienia bezpieczeństwa pacjenta jest rozwój pozasądowych systemów orzekania o szkodach na zdrowiu bez konieczności stwierdzania winy personelu medycznego. Ich umiejscowienie w strukturze administracyjnej, zdaniem ekspertów Rady Europy, umożliwia rozpatrywanie roszczeń bez angażowania sądownictwa, skracając czas postępowań oraz redukując koszty procesowe. Realizacja tego zalecenia Rady Europy nastąpiła w rozdziale 13a ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w którym znalazły się podstawy prawne funkcjonowania w Polsce pozasądowego systemu rekompensaty pacjentom za szkody na zdrowiu wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w oparciu

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia*, t.j. Dz. U. 2016, poz. 2135.

o działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Legalność działalności tego typu instytucji w polskim systemie prawnym była przedmiotem oceny przez Trybunał Konstytucyjny. Pomimo pewnych zastrzeżeń, zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, nowa regulacja dotycząca naprawiania szkód medycznych pozwala na sformułowanie oceny, że ustawodawca zrealizował zasadniczy cel, jakim było stworzenie pozasądowego trybu przyznawania odszkodowania i zadośćuczynienia (Trybunał Konstytucyjny orzeczenie K 6/13 z dnia 11 marca 2014).

## Wnioski

Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia jest fundamentalnym prawem każdej jednostki, niezależnym od możliwości finansowych państwa. Należy ono zatem do praw osobistych, przysługujących każdemu człowiekowi, znajdującemu się w specyficznej sytuacji, jaką jest choroba, niezależnie od faktu umiejscowienia tego prawa w rozdziale II Konstytucji, wśród pozostałych praw socjalnych. Zadaniem państwa, realizującego prawo do bezpiecznej opieki zdrowotnej jest uchwalenie takich regulacji prawnych, które zagwarantują każdemu człowiekowi zarówno bezpieczeństwo uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w znaczeniu obiektywnym, jak również subiektywne poczucie bezpieczeństwa w systemie zdrowotnym. Normy dotyczące bezpieczeństwa pacjenta przyjęte w rekomendacjach Rady Europy i Rady Europejskiej, powinny zatem zostać inkorporowane do ustawodawstwa krajowego. W szczególności powinny one dotyczyć instytucjonalnej odpowiedzialności organów państwa za bezpieczeństwo pacjenta, nadania priorytetu temu zagadnieniu w polityce zdrowotnej, a także edukacji osób wykonujących zawody medyczne, jak również, co obecnie znajduje odzwierciedlenie w pracach legislacyjnych w obowiązku raportowania przez podmioty lecznicze zdarzeń niepożądanych. Zauważyć należy, że założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta w dużym stopniu odpowiadają tym rekomendacjom.

## Streszczenie

Bezpieczeństwo pacjenta jest fundamentem i wspólnym mianownikiem współczesnych systemów zdrowotnych. Zdarzenia niepożądane w systemie ochrony zdrowia przybierają różnorodne formy np. upadek pacjenta, operacja wykonana po niewłaściwej stronie ciała, podanie niewłaściwego leku, czy też samobójstwo pacjenta w szpitalu. W wielu przypadkach ich główną przyczyną nie jest jednak czynnik ludzki, ale problem systemowy czy też organizacyjny. We wzmacnianiu bezpieczeństwa pacjenta w systemach zdrowotnych zasadnicze znaczenie ma zapewnienie realnych gwarancji ochrony praw pacjenta, zapewniających rzeczywisty prymat tego zagadnienia w polityce zdrowotnej państwa i codziennej praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych. W artykule omówiono prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia z punktu widzenia przepisów Konstytucji RP, jak również rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej.

**Słowa kluczowe:** bezpieczeństwo pacjenta, ochrona zdrowia, rekomendacje Rady Europy i Rady Unii Europejskiej



***Right to effective health protection in the light of the Constitution of the Republic of Poland, of the Council of Europe and of the Council of the European Union recommendations***

***Summary***

*Patient's safety constitutes a keystone and a common denominator of the modern health systems. Unwelcome events happen in every health system and include, for example, patient's falls, surgical procedure performed on the wrong side of the body, administration of an improper medication or suicide of a hospitalised patient. In a number of instances they result not so much from a human factor but are rather due to a system or organisational issue. Of great importance in augmenting the patient's safety throughout various health systems is the assurance of patient's rights' real protection, as the fundamental element of the State's health policy, and an indispensable ingredient of every day functioning of medical entities. The article discusses the right to effective health protection from the viewpoint of the Constitution of the Republic of Poland, and that of the Council of Europe and of the Council of the European Union recommendations.*

***Key words:*** *patient's safety, health protection, recommendations of the Council of Europe and of the Council of the European Union*

