

Beata M. Janiszewska

Uniwersytet Warszawski, Polska

b.janiszewska@wpia.uw.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7202-9326>

O majątkowej ochronie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności

Property Protection of the Patient's Right to Die in Peace and Dignity

Abstract: The issue of protecting the patient's right to die in peace and dignity is presented in this paper. The following were analysed: the concept of patients' rights, the content of the patient's right to die in peace and dignity, and Art. 4 Sec. 2 of the Act of 6 November 2008 on Patient Rights and the Ombudsman for Patients' Rights. In addition, the legal entities who are entitled to claims in the event of a culpable violation of the patient's right to die in peace and dignity have been defined.

Keywords: demand for payment of an appropriate sum for the indicated social purpose, patients' rights, patients' right to die in peace and dignity

Słowa kluczowe: żądanie zapłaty odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny, prawa pacjenta, prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności

Wprowadzenie

Wśród majątkowych środków ochrony praw pacjenta zasadnicze znaczenie praktyczne należy przypisać uregulowanemu w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ uprawnieniu poszkodowanego do żądania, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Z kilku względów szersze uwagi warto jednak poświęcić drugiemu instru-

1 Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876 ze zm.; dalej jako ustawa o prawa pacjenta lub u.p.p.

mentowi ochrony majątkowej, unormowanemu w art. 4 ust. 2 u.p.p. Zgodnie z tym przepisem w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c.

Za przeprowadzeniem analizy tej instytucji przemawia jej specyficzne, nowatorskie ukształtowanie, wymykające się przyjmowanemu dotychczas modelowi kompensacji krzywdy. Zwłaszcza sposób ujęcia grona podmiotów, którym przysługuje roszczenie o zapłatę, skłania do rozważań o systemowym umiejscowieniu tego środka ochrony na tle instytucji prawa cywilnego. Jest to współcześnie kwestia o dużej doniosłości, ponieważ w dobie pandemii dochodziło do licznych zgonów w warunkach szpitalnych, a wyjątkowo trudne wyzwania organizacyjne, przed którymi stawał system opieki zdrowotnej, mogły powodować liczniejsze przypadki naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności². Nie można zatem wykluczyć, że praktyce orzeczniczej przyjdzie zmierzyć się z większą liczbą spraw sądowych, w których żądanie zapłaty będzie wywodzone z art. 4 ust. 2 u.p.p.³

1. Prawo do umierania w spokoju i godności

Prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności⁴ zostało po raz pierwszy unormowane w art. 19 pkt 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁵ jako jedno z pięciu praw pacjenta wskazanych w art. 19 u.z.o.z. w jego pierwotnym brzmieniu⁶. Z dniem 5 grudnia 1997 r., w wyniku nowelizacji ustawy

2 Pandemia wpłynęła także na możliwość wykonywania praw pacjenta; w tej kwestii zob. B. Janiszewska, Ograniczenie korzystania z praw pacjenta w dobie epidemii; artykuł został przeznaczony do publikacji w „Monitorze Prawniczym” 2023, nr 9 (część I) i nr 10 (część II).

3 Jak poruszające i trudne potrafią być przypadki, w których zarzucane jest naruszenie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, zob. wyrok SA w Katowicach z dnia 29 grudnia 2016 r., V ACa 74/16, [http://orzeczenia.katowice.sa.gov.pl/content/\\$N/15150000002503_V_ACa_000074_2016_Uz_2016-12-29_002](http://orzeczenia.katowice.sa.gov.pl/content/$N/15150000002503_V_ACa_000074_2016_Uz_2016-12-29_002)

4 Warto zwrócić uwagę na myśl D. Karkowskiej (Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wydanie III, e/Lex 2015, że „[p]rawo do umierania wywodzi się bezpośrednio z prawa do życia i do pomocy w sytuacjach ostatecznego zagrożenia, chodzi tu przecież o pomoc na pewnym określonym etapie życia”.

5 Tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej jako ustawa o zakładach opieki zdrowotnej lub u.z.o.z.

6 Kwestia ta jest także przedmiotem regulacji Kodeksu etyki lekarskiej, który w art. 30 umiejscowionym w rozdziale pierwszym, w jednostce poświęconej zagadnieniu pomocy chorym w stanach terminalnych, stanowi, że lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

o zakładach opieki zdrowotnej, wprowadzono art. 19a u.z.o.z.⁷, który uregulował kwestię majątkowych środków ochrony praw pacjenta, przysługujących w razie zawnionego naruszenia konkretnych praw. Środki te obejmowały dwa rodzaje roszczeń: o zapłatę na rzecz poszkodowanego (pacjenta) odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę „na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego” (art. 19a ust. 1 u.z.o.z.) oraz – konkretnie i wyłącznie w razie zawnionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności: o zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny „na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego” na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

Całościowa regulacja instytucji praw pacjenta oraz środków ich ochrony prawnej nastąpiła dopiero w obowiązującej od 5 czerwca 2009 r. ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Prawo pacjenta do umierania⁸ w spokoju i godności⁹ zostało w niej unormowane w art. 20 ust. 2 u.p.p.¹⁰ i uznane za jeden z aspektów szerzej ujmowanego prawa do poszanowania¹¹ godności pacjenta¹², które w art.

7 Artykuł 19a został dodany przez art. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661); wskazana nowelizacja wprowadziła także zmiany art. 19 u.z.o.z., wskutek których o przysługiwaniu pacjentowi prawa do umierania w spokoju i godności stanowił art. 19 ust. 1 pkt 5 u.z.o.z.

8 Co się tyczy pojęcia umierania, wskazuje się, że jest to proces, który może być rozłożony w czasie lub bardzo dynamiczny; P. Grzesiewski, (w:) D. Karkowska (red.), Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, e/Lex, kom. do art. 20. O pojęciach stanu terminalnego, wegetatywnego i umierania zob. M. Gawrońska-Charzewska, Prawa pacjenta w stanie terminalnym, (w:) U. Drodowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), Prawa pacjenta, Warszawa 2016, s. 147 i n. Autorka wyróżnia w stanie terminalnym fazę terminalną, a w jej ramach trzy okresy: preterminalny, terminalny i umierania (*ibidem*, s. 147), a uwzględniając obserwowaną obecnie zmianę pierwotnego znaczenia słowa „terminalny”, Autorka obejmuje nim trzy grupy pacjentów: w stanie terminalnym, umierających oraz znajdujących się w stanie trwale wegetatywnym i w śpiączce. W literaturze przyjmowane jest jednak także synonimiczne rozumienie pojęć: stan terminalny oraz umieranie.

9 W niniejszym opracowaniu podjęte zostały kwestie ochrony majątkowej; zagadnienie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności ma jednak także bardzo doniosłe aspekty etyczne; zob. np. T. Dzierżanowski, J. Binnebesel, Godność w umieraniu, „Medycyna Paliatywna” 2019, nr 11(4), s. 156 i n.

10 Podkreślenia wymaga, że do 10 maja 2017 r. art. 20 ust. 2 u.p.p. stanowił, iż pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Obecnie prawo pacjenta do leczenia bólu zostało uregulowane odrębnie w art. 20a u.p.p., co uzasadniało odpowiednią zmianę art. 20 ust. 2 u.p.p.

11 P. Grzesiewski (*op. cit.*, kom. do art. 20 u.p.p.) wskazuje, że ustawa nie statuuje prawa do intymności i godności pacjenta, lecz do poszanowania tych wartości, wynikających z Konstytucji lub nawet – gdy mowa o godności – pierwotnych względem państwa.

12 O pojęciu godności zob. M. Gawrońska-Charzewska, Prawa..., *op. cit.*, s. 149, a w perspektywie systemowej, w tym prawnomiędzynarodowej i konstytucyjnej, w szczególności L. Bosek, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020, s. 437–445, nb. 6 i n.

20 ust. 1 u.p.p. współtowarzyszy prawu do poszanowania intymności¹³. W celu realizacji prawa pacjenta unormowanego w art. 20 ust. 1 u.p.p. (a zatem również – prawa do umierania w spokoju i godności) na osoby wykonujące zawód medyczny został nałożony w art. 22 ust. 1 u.p.p. obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności¹⁴.

Co się tyczy przyjętego współcześnie modelu ochrony praw pacjenta, to w ustawie o prawach pacjenta został on częściowo zmodyfikowany (o czym dalej), zachowano jednak dwoistość roszczeń ochronnych: o zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz poszkodowanego (art. 4 ust. 1 u.p.p.) oraz – w razie naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności – o zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny (art. 4 ust. 2 u.p.p.).

W syntetycznym ujęciu, niezbędnym wobec poświęcenia niniejszego opracowania konkretnie instytucji uregulowanej w art. 4 ust. 2 u.p.p., należy zauważyć, że koncepcja zakładająca przysługiwanie i ochronę wskazanego ostatnio prawa pacjenta opiera się na przekonaniu, iż pacjentowi w stanie terminalnym powinny być stworzone godne warunki zakończenia życia. Pojęcie spokoju, użyte w art. 20 ust. 2 i w art. 4 ust. 2 u.p.p., należy – z braku adekwatnych definicji ustawowych – rozumieć zgodnie z oboma znaczeniami tego słowa, przyjętymi w języku naturalnym, czyli – z perspektywy kondycji psychicznej pacjenta – jako ładu duchowego oraz stanu wewnętrznej równowagi i harmonii, oraz z perspektywy zewnętrznych warunków¹⁵, w jakich znajduje się pacjent – jako wyciszenia, powagi, refleksji, warunków do podsumowania życia, a dla osób wierzących także modlitwy¹⁶.

Systemowi prawa znane jest natomiast pojęcie godności, czyli drugie z pojęć określających treść omawianego prawa pacjenta. W analizie cywilnoprawnej szczególne znaczenie należy przypisać dwóm przejawom godności: godności osobistej

13 Zwraca się uwagę (L. Bosek, *Ustawa...*, *op. cit.*, s. 436, nb. 5), że w istocie mowa tu nie o jednym prawie, lecz o dwóch prawach, z których każde służy ochronie innej wartości (godności i intymności) pacjenta; tak również P. Grzesiewski, *op. cit.*, kom. do art. 20 u.p.p.

14 Znaczenie tej normy jest przedmiotem niejednorodnych ocen. L. Bosek (*Ustawa...*, *op. cit.*, s. 445, s. 21) twierdzi, że przepis ten został sformułowany tautologicznie i niewiele wnosi do procesu wykładni przepisów gwarantujących poszanowanie godności. Można jednak podnosić, iż użycie słowa „zapewniający”, nawiązującego do skutku starań o poszanowanie intymności i godności, wpływa na stwierdzenie *in casu*, czy doszło do naruszenia prawa – gdy sposób postępowania (podjęcia określonych działań lub ich zaniechania) nie zapewnił poszanowania wskazanych wyżej wartości.

15 P. Konieczniak, (w:) E. Zielińska (red. naczelna), *System Prawa Medycznego*: M. Boratyńska, P. Konieczniak (red. naukowa), *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 436 wiąże prawo do umierania „w spokoju” z możliwością uzyskania przez pacjenta, „na ostatnie godziny życia”, „nawet w warunkach szpitalnych” „enklawy prywatności”.

16 U. Drozdowska (*Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 183) za dobro pacjenta uznaje „spokój konającego”, wskazując m.in. na brak obowiązku podejmowania i prowadzenia przez lekarza uporczywej terapii.

i godności osobowej. Godność osobista to wewnętrzny aspekt czci, czyli dobra osobistego utożsamianego z poczuciem własnej wartości, dobrym mniemaniem o sobie samym¹⁷. Z kolei godność osobowa to przyrodzona i niezbywalna godność człowieka jako osoby ludzkiej. Stosownie do art. 30 Konstytucji RP godność ta stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela, jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona stanowią obowiązek władz publicznych. Godność osobowa nie jest dobrem osobistym, natomiast jest uznawana za fundament wyróżniania dóbr osobistych, czyli wartości niemajątkowych, które mają dookreślać i chronić fizyczną i psychiczną integralność człowieka¹⁸.

W świetle powyższych uwag, uwzględniających oba znaczenia pojęcia godności, przydanie pacjentowi prawa do umierania w spokoju i godności ma służyć temu, aby odejściu pacjenta była nadana odpowiednia powaga¹⁹, aby człowiek będący w stanie terminalnym był traktowany w sposób honorujący jego ludzką: ogólnoludzką i osobistą godność, aby miał stworzone warunki do zakończenia życia z poczuciem, że jest kimś wartym uwagi, opieki, zapewnienia odejścia bez bólu, w stanie pojednania z sobą i bliskimi.

Na realizację (a w istocie – na uniknięcie ryzyka naruszenia) analizowanego prawa pacjenta składa się wiele czynności zmierzających do osiągnięcia jednego rezultatu – zapewnienia pacjentowi zakończenia życia w spokoju i godności²⁰. Temu celowi służy poszanowanie godności i intymności pacjenta (w aspektach nieobjętych stosowaniem art. 20 ust. 2 u.p.p.), zapewnienie obecności osoby bliskiej, poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego, w tym umożliwienie kontaktu albo odmowy kontaktu z innymi osobami, dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, uzyskania odpowiednich informacji i świadczeń zdrowotnych stosownych do stanu pacjenta, w szczególności pozwalających na łagodzenie bólu, korzystanie z opieki duszpasterskiej, a w razie zagrożenia życia – umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania²¹.

17 Godność osobista jest odróżniana od zewnętrznego aspektu czci, czyli dobrego imienia, reputacji, dobrej opinii, jaką inne osoby mają o wartości danego człowieka.

18 Godność w każdym z tych znaczeń może doznać naruszenia (odmiennie: P. Grzesiewski, *op. cit.*, kom. do art. 20 u.p.p.).

19 O powadze śmierci pisze U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 181. Powstają na tym tle kwestie, które wymagałyby odrębnego omówienia (z uwzględnieniem aspektów wykraczających poza analizę jurystyczną), dotyczące opieki paliatywnej, prawa do godnej śmierci, uporczywej terapii, honorowania oświadczonej wcześniej woli pacjenta nieprzytomnego, wyrażonej w oświadczeniu *pro futuro* lub w tzw. testamencie życia; zob. szerzej U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 183 i n.; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią i paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 222 i n.; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 150 i n.), a także dopuszczalności udzielenia pełnomocnictwa medycznego (P. Grzesiewski, *op. cit.*, kom. do art. 20 u.p.p.).

20 Z tej perspektywy, akcentującej potrzebę utrzymywania jakości kończącego się życia, prawo do umierania w spokoju i godności jest ujmowane w nauce prawa (zob. w szczególności U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 181 i n.).

21 Zob. także M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa...*, *op. cit.* 150 i n.

W istocie zatem środkiem pozwalającym na uzyskanie celu wiążanego z prawem pacjenta do umierania w spokoju i godności jest realizacja szeregu czynności, które odpowiadają treści odrębnych praw przysługujących wszystkim pacjentom, tyle że w analizowanym przypadku służących zaspokojeniu potrzeb osób wymagających pomocy odpowiednio dostosowanej do stanu terminalnego²².

Refleksja ta ma istotne znaczenie praktyczne w związku z przyjętym modelem roszczeń ochronnych przysługujących w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności.

Po pierwsze, prawa pacjenta mają charakter osobisty i wygasają wraz ze śmiercią pacjenta. Tylko ochrona wskazanego ostatnio prawa jest możliwa po śmierci pacjenta, na zasadach określonych w art. 4 ust. 2 u.p.p. W razie naruszenia poszczególnych, wymienionych wcześniej praw zasadniczo wraz ze śmiercią pacjenta ustaje możliwość dochodzenia roszczenia z art. 4 ust. 1 u.p.p., czyli żądania zapłaty zadośćuczynienia za doznaną przez pacjenta krzywdę. Jeśli jednak określone zachowania uchybiające ww. prawom stanowiły jednocześnie przejaw naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, to możliwe będzie wystąpienie na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. z żądaniem zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Dzięki takiej konstrukcji prawnej istnieje możliwość podjęcia również po śmierci pacjenta stosownej reakcji na negatywnie oceniane zachowania względem chorego w terminalnym stadium jego życia. Ma to duże znaczenie nie tylko z perspektywy poczucia sprawiedliwości osób bliskich pacjentowi, który sam nie może już wystąpić z żądaniem, lecz także z powodu silnego oddziaływania prewencyjnego na sposób traktowania innych pacjentów w stanie terminalnym. Staje się bowiem oczywiste, że śmierć człowieka nie zamyka możliwości prawnej kontroli postępowania względem niego w ostatnim okresie życia.

Po drugie, do naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności mogą prowadzić zachowania mogące także uchybiać tylko niektórym lub wszystkim wymienionym uprzednio prawom pacjenta. Nawet postępowanie powodujące naruszenie jednego z praw, np. do łagodzenia bólu, może być uznane za uchybienie prawu pacjenta unormowanemu w art. 20 ust. 2 u.p.p., jeśli z tego powodu w określonych okolicznościach człowiekowi nie zostało zapewnione odejście w warunkach spokoju i poszanowania jego ludzkiej i osobistej godności. Postaci naruszeń mogą być zatem różne, stosownie do okoliczności, w jakich następowało odchodzenie pacjenta, natomiast istotne jest powiązanie konkretnych zachowań z terminalnym stadium życia pacjenta oraz wywołanie skutku w postaci niezapewnienia pacjentowi umierania w spokoju i godności. Okoliczność, że do naruszeń doszło w stanie terminalnym,

22 Trafnie wskazuje się (M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa...*, *op. cit.* s. 149; P. Grzesiewski, *op. cit.*, kom. do art. 20 u.p.p.), że pacjentowi znajdującemu się u kresu życia przysługują wszystkie prawa pacjenta.

zmienia zresztą częstokroć wymiar i kontekst naruszenia; inaczej będzie kształtowała się ocena naruszenia prawa do opieki duszpasterskiej w razie możliwości skorzystania z tej opieki w następnych dniach, a inaczej – jeśli pacjent zmarł, nie doczekawszy się ostatniego namaszczenia.

Po trzecie, prawo do umierania w spokoju i godności nie powinno być jednak uznawane za sumę innych praw pacjenta, powiązanych sytuacyjnie z etapem umierania osoby chorej. Jest to niewątpliwie odrębne prawo pacjenta, o czym świadczy nie tylko fakt jego samoistnej regulacji, lecz także odrębności treści, niewyczerpującej się w treści innych praw przysługujących pacjentom. Oprócz aspektów nawiązujących do wymienionych wyżej poszczególnych praw, prawo unormowane w art. 20 ust. 2 u.p.p. ma także własną zawartość treściową, która dopełnia ochronny cel normy w postaci zapewnienia pacjentowi odejścia w spokoju i godności. W konsekwencji także naruszenie tego prawa może przejawiać się w zachowaniach niebędących jednocześnie aktem uchybienia innym prawom pacjenta.

2. Umiejscowienie systemowe prawa do umierania w spokoju i godności

W juredycznej konstrukcji praw pacjenta upatruje się związków z prawami człowieka²³ oraz wskazuje na konstytucyjne osnowy praw pacjenta²⁴. Po wprowadzeniu tej instytucji do systemu prawa z faktu regulacji praw pacjenta przez akty prawne zaliczane do materialnego prawa administracyjnego, w tym przez ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, wywodzono, że prawa pacjenta mają charakter administracyjnoprawny²⁵, z biegiem lat coraz silniej akcentując jednak horyzontalny wymiar tych praw²⁶ oraz związek ochrony praw pacjenta z ochroną dóbr osobistych człowieka²⁷. Kwestia ta, angażująca styk prawa publicznego i prywatnego, nie została dotychczas

23 O koncepcji praw pacjenta zob. U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 71 i n., która prawa pacjenta uznaje za podmiotowe prawa człowieka – s. 79; M. Gawrońska-Charzewska, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 146.

24 Zob. szerzej J. Bujny, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 33 i n.

25 U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 77; J. Bujny, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 27.

26 Wskazuje się, że rozwój koncepcji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach stosunków zobowiązaniowych (także wskutek rozwijania się prywatnej opieki zdrowotnej) uzasadnia włączanie do treści tych stosunków uprawnień wynikających z praw pacjenta (zob. U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 78 i n.).

27 Zob. m.in. L. Bosek, *Ustawa...*, *op. cit.*, s. 434–435, nb. 1. Tematyka relacji między prawami pacjenta i dobrami osobistymi (prawami podmiotowymi osobistymi) jest odrębnym zagadnieniem, zdecydowanie wykraczającym poza ramy niniejszego opracowania; w tej kwestii zob. w szczególności B. Janiszewska, *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze 2020, vol. 25 nr 2, s. 11 i n. W tym miejscu można jedynie wskazać, że są to dwa odrębne przedmioty ochrony, ponadto z powodu specyfiki prawa do umierania w spokoju i godności nie występuje kolizja ochrony tego prawa z ochroną dóbr osobistych pacjenta; wartość

jednoznacznie rozstrzygnięta, nawet po kompleksowym unormowaniu praw pacjenta²⁸. Nie ujmując znaczenia temu problemowi jurydycznemu²⁹, wypada jednak wskazać, że z punktu widzenia tematu niniejszego opracowania, dotyczącego konkretnie art. 4 ust. 2 u.p.p., podstawowe znaczenie ma nie kwalifikacja praw pacjenta jako publicznych albo prywatnych praw podmiotowych, lecz okoliczność, że przydane uprawnionemu roszczenie ochronne bezsprzecznie ma charakter cywilnoprawny, wobec czego może być dochodzone na drodze postępowania sądowego.

Umieszczenie tego roszczenia w szerszym kontekście systemowym wymaga zarysowania przyjętych w kodeksie cywilnym rozwiązań, dotyczących kompensacji krzywdy doznanej wskutek naruszenia dóbr osobistych człowieka. Stanowiły one bowiem wzorzec dla unormowań zawartych w art. 4 ust. 1 i ust. 2 u.p.p.

W art. 361 § 2 k.c. wyrażona została zasada, że – w granicach wyznaczonych za pomocą przesłanki adekwatnego związku przyczynowego – w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Użyte w tym przepisie pojęcie szkody jest rozumiane szeroko, tzn. obejmuje zarówno szkodę majątkową, jak i niemajątkową, w tym krzywdę. Pojęcie strat i niezyskanych korzyści odnosi się jednak wyłącznie do szkody majątkowej, co oznacza, że poszkodowany uprawniony do odszkodowania może zasadniczo, czyli bez odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, domagać się jedynie naprawienia szkody majątkowej, a ponadto – wyłącznie w zakresie strat i niezyskanych korzyści. Kompensacja krzywdy zasadniczo wchodzi natomiast w rachubę, jeśli tak stanowi „odmienny przepis ustawy”³⁰. Kilka takich przypadków zostało unormowanych w kodeksie cywilnym (m.in. w art. 444 w zw. z art. 445 k.c. oraz w art. 448 k.c.).

Co do zasady, tzn. z pominięciem w tym miejscu sporów o wykładnię art. 448 k.c., model kompensacji krzywdy jest taki, że w sytuacji wyrządzenia krzywdy wskutek deliktowego naruszenia dóbr osobistych podmiotu prawa może żądać zapłaty odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia (art. 445 § 1 i 2 k.c., art. 448 zd. 1 *in medio* k.c.). Każde z tych roszczeń przysługuje jedynie osobie, której dobra osobiste

chroniona dzięki temu prawu nie powinna być bowiem utożsamiana z dobrem osobistym kultu pamięci osoby zmarłej.

28 Zob. np. K. Sałbut, (w:) L. Bosek (red.), *Ustawa...*, *op. cit.*, s. 52, nb. 5, która prawa pacjenta uznaje za bezwzględne prawa podmiotowe, czyli, –jak należy wnosić – prawa podmiotowe w rozumieniu prawa cywilnego.

29 Zagadnienie kwalifikacji jurydycznej praw pacjenta ma, co oczywiste, dużą doniosłość prawną. Jego rozstrzygnięcie pozwala bowiem na rozważenie szczegółowych kwestii związanych z realizacją praw pacjenta. W szczególności okoliczność, że nie są to prawa podmiotowe w ujęciu prawa cywilnego, powoduje, iż pacjent, powołując się na przysługujące mu prawo podmiotowe, nie może na drodze postępowania sądowego dochodzić świadczenia, np. zobowiązania lekarza do udzielenia określonych informacji medycznych.

30 W kontekście stosowania art. 4 ust. 2 u.p.p. zob. L. Bosek, *Ustawa...*, *op. cit.*, s. 99, nb. 122.

doznały naruszenia, a nie innym osobom, choćby czuły się pośrednio poszkodowane lub cierpiały, obserwując osobę bezpośrednio poszkodowaną³¹. Od tak ujętej zasady ustawodawca odchodzi w pewnych przypadkach, przydając roszczenie o zapłatę za doścućzynienia także bez wyrażonego jednoznacznie wymagania, by krzywda była konkretnie skutkiem naruszenia dobra osobistego, a ponadto uposażając w to roszczenie najbliższych członków rodziny poszkodowanego, czyli osoby pośrednio poszkodowane (art. 446 § 4 k.c., art. 446² k.c.).

Dla dalszej analizy istotne znaczenie ma wskazanie, że na koncepcji kompensacji krzywdy, odzwierciedlonej w art. 448 k.c., oparte zostało – z pewnymi odmiennościami – rozwiązanie przyjęte najpierw w art. 19a ust. 1 u.z.o.z., a obecnie w art. 4 ust. 1 u.p.p. Dalej idące odstępstwa wykazuje natomiast instytucja unormowana w art. 4 ust. 2 u.p.p., dotycząca konkretnie naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Możliwość wystąpienia z żądaniem została bowiem przydana podmiotom innym niż pacjent w sytuacji, w której to nie ich prawa – o charakterze osobistym – doznały naruszenia. Ponadto podmiotów uprawnionych jest kilka, co rodzi konieczność rozważenia procesowych skutków działania osób dysponujących legitymacją czynną do wystąpienia na drogę postępowania cywilnego. Kolejnym istotnym elementem różnicującym to unormowanie od art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 u.p.p., jak i wymienionych powyżej art. 445, art. 446 § 4 i art. 446² k.c., jest niewskazanie krzywdy³² pacjenta lub osób wymienionych w art. 4 ust. 2 u.p.p. wśród przesłanek powstania roszczenia³³. Tej kwestii należy poświęcić kilka odrębnych uwag.

Żądanie zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny jest znane systemowi prawa cywilnego, gdyż zostało przewidziane w art. 448 zd. 1 *in fine* k.c. Przyjęte tam rozwiązanie nie pomija jednak przesłanki krzywdy i choć adekwatny, nawiązujący do niej fragment przepisu powiązany jest konkretnie z doścućczynieniem pieniężnym dla tego, czyje dobro osobiste zostało naruszone, to wpływa na sposób odczytywania całego art. 448 k.c., także w części dotyczącej zapłaty na wskazany cel społeczny. Wydźwięk unormowania zawartego w art. 448 k.c. wydaje się zatem taki, że w razie doznania krzywdy wskutek naruszenia dobra osobi-

31 Ponadto osoba, której dobra osobiste doznały naruszenia, może żądać odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez ten podmiot cel społeczny (art. 448 zd. 1 *in fine* k.c.).

32 Niesformułowanie wprost przesłanki doznania krzywdy przez pacjenta mogło mieć swe źródło w obawie prawodawcy, że niejednokrotnie pacjent umierający jest nieprzytomny, wobec czego wątpliwości mogłaby budzić możliwość wykazania, że doznał krzywdy, związanej z cierpieniem psychicznym lub bólem fizycznym. W istocie jednak obawy takie nie powinny wystąpić, gdyż także w wykładni przepisów dotyczących ochrony dóbr osobistych utrwalone jest stanowisko o możliwości ustalenia, że osoba – mimo nieprzytomności lub wieku – doznała krzywdy, która może podlegać stosownej kompensacji (w tej kwestii zob. także K. Sałbut, *op. cit.*, s. 65–66, nb. 38 i powołana tam literatura).

33 Zob. jednak L. Bosek (Ustawa..., *op. cit.*, s. 103, nb. 131), zdaniem którego w na tle art. 4 ust. 2 u.p.p. powinno się uwzględnić szeroko rozumianą krzywdę, niebędącą „wyłącznie skutkiem naruszenia dobra osobistego, lecz także innych interesów niemajątkowych (...)”.

stego temu, czyje dobro zostało naruszone, sąd może przyznać zadośćuczynienie lub „na jego żądanie”, czyli w razie uznania przez uprawnionego, że nie chce dochodzić zadośćuczynienia – zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny. Oznacza to, że mimo doznania krzywdy uprawniony wybiera inny środek ochrony, nieograniczony tak silnie jak zadośćuczynienie kompensacyjną funkcją „odpowiedniej sumy pieniężnej”³⁴. Zapłata jest w tym przypadku traktowana jako pełniąca funkcję satysfakcyjną, w której mogą być uwzględniane różne cele, w tym represyjne – bez wykluczenia jednak kompensacji krzywdy, np. dzięki świadomości przysporzenia dobra wskutek udzielenia wsparcia celowi społecznemu.

Sposób ujęcia art. 4 ust. 2 u.p.p., pomijającego przesłankę krzywdy, ma nie tylko oczywisty wpływ na wyniki wykładni przepisu, a w konsekwencji również zakres skutków stosowania tej regulacji w praktyce, lecz – w szerszej perspektywie – oddziałuje na postrzeganie jej jako elementu systemu prawa. Mowa tu przede wszystkim o kwestii wzajemnych relacji między roszczeniami unormowanymi w art. 4 ust. 1 i ust. 2 u.p.p., uzależnionych od przypisania im określonych funkcji, stanowiących niejako azymut w ustalaniu, jakiej wysokości suma będzie „odpowiednia”, czyli będzie realizowała cele przypisane omawianej instytucji prawa. Uznanie krzywdy za przesłankę takiego zasądzenia czyniłoby uzasadnionym założenie, że przyznanie odpowiedniej sumy pełni zasadniczo funkcję kompensacyjną, czyli ma służyć wyrównaniu, środkiem majątkowym, cierpienia i bólu doznanego wskutek naruszenia prawa pacjenta, z uwzględnieniem zależności między wielkością krzywdy i wysokością zasądzanej kwoty.

Pominięcie przesłanki krzywdy, z jednoczesnym zachowaniem kryterium „odpowiedniej sumy”, powoduje natomiast potrzebę samodzielnego poszukiwania, czy i w jakim stopniu sensem instytucji jest prewencyjne (zapobiegawcze) lub represyjne³⁵ oddziaływanie na praktykę wykonywania opieki nad umierającym pacjentem, czy może realne wsparcie określonego celu społecznego (sumą odpowiednią do rangi tego celu) albo danie odpowiedniej satysfakcji osobom występującym z żądaniem lub – jednak – kompensacja, niewymienionej wprawdzie w art. 4 ust. 2 u.p.p., krzywdy³⁶, która z powodu śmierci pacjenta nie mogła być zniwelowana zapłatą zadośćuczynienia zasądzanego na jego rzecz na podstawie art. 4 ust. 1 u.p.p. Nie trzeba szerzej wy-

34 O kompensacyjnej roli zadośćuczynienia zob. K. Sałbut, *op. cit.*, s. 89/90, nb. 98.

35 O funkcji represyjnej pisze w odniesieniu do art. 4 ust. 2 u.p.p. M. Wałachowska, (w:) M. Frasz, M. Habdas (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. III: *Zobowiązania. Część ogólna* (art. 353–534), kom. do art. 448 k.c., pkt 9, e/Lex 2018.

36 Nie jest wykluczone, że prawodawca celowo pominął tę przesłankę, ponieważ w innym razie byłaby to krzywda pacjenta (który nie żyje, toteż nie ma możliwości kompensacji doznanej przez niego krzywdy), a nie krzywda osób legitymowanych do wystąpienia z żądaniem; odmiennie L. Bosek, *Ustawa...*, *op. cit.*, s. 105, nb. 135, który wśród kryteriów ustalania odpowiedniej sumy pieniężnej wymienia rozmiar „krzywdy osoby bliskiej pokrzywdzonego pacjenta, spowodowanej naruszeniem jego prawa do umierania w spokoju i godności”.

jaśniać, że takie poszukiwania, w praktyce orzeczniczej polegające na podejmowaniu od sprawy do sprawy prób kształtowania możliwie spójnej koncepcji sądowego stosowania prawa (zwłaszcza w kwestii wysokości zasądzanych sum), stwarzają ryzyko istotnie odmiennych rozstrzygnięć w zbliżonych stanach faktycznych, co jest sytuacją zdecydowanie niepożądaną przez strony postępowania.

Trudności związanych z rezygnacją z przesłanki krzywdy nie usuwa zawarte w art. 4 ust. 2 u.p.p. odesłanie do art. 448 k.c., w którym mowa o doznaniu krzywdy. Odesłanie to nie oznacza bowiem, że krzywda staje się także przesłanką zasądzenia odpowiedniej sumy na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. Po pierwsze, tożsame wskazanie na „podstawę art. 448 k.c.” widnieje w art. 4 ust. 1 u.p.p., w którym jednak wyraźnie mowa także o doznaniu przez pacjenta krzywdy wskutek naruszenia przysługującego mu prawa pacjenta. Oznacza to, że przesłanka krzywdy w stosowaniu art. 4 ust. 1 i ust. 2 u.p.p. nie powinna być wywodzona z art. 448 k.c., do którego odsyłają oba te przepisy. Po drugie, rzeczywista rola odesłania do art. 448 k.c. nie polega na uzupełnieniu art. 4 u.p.p. o określone przesłanki powstania roszczenia.

Kwestia ta, w istocie wspólna także dla ustalenia zakresu stosowania art. 4 ust. 1 u.p.p., wymagałaby obszernej analizy, wykraczającej poza ramy i zasadniczy cel niniejszego opracowania. Konieczne wydaje się jednak wskazanie, że – wbrew brzmieniu art. 4 ust. 2 *in fine* u.p.p. – art. 448 k.c. nie stanowi podstawy prawnej zasądzenia odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny. Przydanie mu takiej roli, w razie literalnego odczytania art. 4 ust. 2 u.p.p., prowadziłoby do niemożliwego do zaakceptowania skutku w postaci ograniczenia, a nawet – zmarginalizowania praktycznego znaczenia środków majątkowej ochrony praw pacjenta. Uwzględnienie żądania zapłaty mogłoby bowiem nastąpić jedynie po spełnieniu nie tylko przesłanek wskazanych w art. 4 ust. 1 lub ust. 2 u.p.p., lecz ponadto przesłanek działania art. 448 k.c., w tym naruszenia dobra osobistego. Rzecz nie tylko w tym, że prawami pacjenta chronione są specyficzne wartości, mające charakter inny niż dobra osobiste, lecz w tym, że spełnienie podstaw zastosowania art. 448 k.c. samo w sobie stwarzałoby człowiekowi szersze możliwości uzyskania ochrony niż to, co oferuje art. 4 u.p.p.; powstawałoby zatem pytanie o celowość wprowadzenia do systemu prawa regulacji majątkowych środków ochrony praw pacjenta.

Zamiast upatrywania rzekomej podstawy zasądzenia roszczeń w związku z naruszeniem praw pacjenta³⁷ art. 448 k.c. powinien być pojmowany jako ogólne nawiązanie do podobieństwa konstrukcji prawnej obu unormowań – które niewątpliwie

37 Podstawy takiej, w sensie ścisłym, nie można byłoby upatrywać zwłaszcza w przypadku naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, uregulowanego w art. 4 ust. 2 u.p.p. Strona podmiotowa wynikającej z tego przepisu normy (o czym mowa w dalszych wywodach) nie przystaje bowiem w żadnej mierze do podmiotowego aspektu działania art. 448 k.c. Z roszczeniami, o których mowa we wskazanym ostatnio przepisie, może bowiem wystąpić wyłącznie ten, czyje dobro osobiste zostało naruszone, a nie – jak w art. 4 ust. 2 u.p.p. – jego małżonek, bliżej określony krewny lub powinowaty albo przedstawiciel ustawowy.

istnieje, gdyż koncepcyjną bazą dla środków majątkowej ochrony praw pacjenta pozostają instytucje służące majątkowej ochronie naruszonych dóbr osobistych. Odesłanie do art. 448 k.c. stwarza silne uzasadnienie dla wykorzystania w wykładni i stosowaniu art. 4 ust. 2 u.p.p. koncepcji wypracowanych na tle art. 448 k.c. co do pojęć odpowiedniej sumy pieniężnej, wskazanego celu społecznego oraz założeń dotyczących stosowania tego unormowania³⁸.

3. Roszczenie o zapłatę w razie zawinionego naruszenia prawa

W wykładni art. 4 ust. 2 u.p.p., zwłaszcza w części dotyczącej pojęć naruszenia (prawa pacjenta³⁹), winy⁴⁰ oraz charakteru powstałego roszczenia o zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny, zasadne jest – jak wskazano uprzednio – wykorzystanie bogatego dorobku nauki prawa i orzecznictwa, wypracowanego na tle art. 448 k.c. w brzmieniu nadanym wskutek nowelizacji w 1996 r.⁴¹ Samodzielna interpretacja art. 4 ust. 2 u.p.p. jest natomiast potrzebna w celu określenia strony podmiotowej roszczenia⁴², szczególnie w dwóch poddanych poniżej analizie kwestiach: pozycji prawnej przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz możliwości wystąpienia z żądaniem ochrony przez samego pacjenta.

38 W tej kwestii zob. także L. Bosek, *Ustawa...*, *op. cit.*, s. 100–101, nb. 125.

39 Zob. szerzej U. Drozdowska, *Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 199 i n.

40 Niewątpliwie pojęcie winy (zawinionego naruszenia prawa pacjenta) należy rozumieć z uwzględnieniem znaczenia tego pojęcia przyjmowanego w prawie cywilnym, skoro mowa o przesłance powstania roszczenia cywilnoprawnego. Wypada jedynie zaznaczyć, że wina jako przesłanka odpowiedzialności, np. na podstawie art. 415 k.c., jest rozumiana jako obejmująca dwa aspekty: obiektywny (bezprawność, czyli sprzeczność zachowania z normami wynikającymi z ustawy lub z zasad współżycia społecznego) i subiektywny, który – w pewnym uproszczeniu – można utożsamić z niezachowaniem należytej staranności. W analizowanym przypadku zachowaniem negatywnie ocenianym z perspektywy porządku prawnego jest „naruszenie praw pacjenta”, a „zawinienie” obejmuje aspekt subiektywny, czyli dotyczący niezachowania należytej staranności. Wobec niewskazania w art. 4 ust. 2 (jak i ust. 1) u.p.p. stopnia winy należy uznać, że roszczenie o zapłatę powstaje w razie każdego zawinionego naruszenia praw pacjenta, także w przypadku winy nieumyślnej (w tym lekkomyślności albo niedbalstwa), w tym najłżejszej postaci winy. Tak samo jak w przypadku stosowania przepisów o ochronie dóbr osobistych (art. 445, art. 448 k.c.) stopień winy może jednak wpływać na wysokość przyznanego zadośćuczynienia lub zapłaty na wskazany cel społeczny.

41 Ustawa z dnia 23 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 114, poz. 542).

42 Na tle wykładni art. 19a ust. 2 u.z.o.z. zajęto stanowisko (które z uwagi na zbieżność regulacji może być odniesione także do art. 4 ust. 2 u.p.p.), że przywołany przepis nie stanowi podstawy prawnej roszczenia (materialnoprawnego), a jedynie przepis proceduralny, w ramach którego ochronie podlegałyby (pośmiertnie) dobra osobiste samego pacjenta; ten pogląd, przywoływany przez U. Drozdowską (*Cywilnoprawna...*, *op. cit.*, s. 335) wydaje się dyskusyjny; regulacje te są podstawą prawną roszczenia materialnoprawnego, tyle że ww. przepisy określają grono osób legitymowanych czynnie do wystąpienia z powództwem.

Rozważenie tych aspektów stosowania art. 4 ust. 2 u.p.p. warto poprzedzić przypomnieniem, że zgodnie z obowiązującym poprzednio art. 19a ust. 2 u.z.o.z. z żądaniem zapłaty mógł wystąpić, *verba legis*: najbliższy członek rodziny, inny przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przepisie nie wskazano wprost, czy punktem odniesienia dla przypisania tym osobom legitymacji czynnej jest relacja z pacjentem, który doznał naruszenia prawa, lecz taki wniosek należało wyprowadzić z logiki analizowanej instytucji. Legitymacja do wystąpienia z żądaniem przysługiwała zatem wyłącznie osobom pozostającym z pacjentem w bliżej sprecyzowanych relacjach rodzinnych (najbliższy członek rodziny), prawnych (przedstawiciel ustawowy) lub faktycznych (opiekun faktyczny) – z zastrzeżeniem, że w tym ostatnim przypadku określone ukształtowanie się stosunków faktycznych uzyskiwało, w zakresie stosowania art. 19a ust. 2 u.z.o.z., wynikający z tego przepisu wymiar prawny.

Współcześnie grono osób legitymowanych czynnie zostało w art. 4 ust. 2 u.p.p. określone ściśle i obejmuje małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego – w domyśle: pacjenta, który doznał naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Katalog osób uprawnionych jest zamknięty, a kryteria zaliczenia do niego danej osoby są jednoznacznie sprecyzowane i pozbawione elementu ocenności, który we wcześniejszym stanie prawnym cechował kategorię najbliższych członków rodziny oraz opiekunów faktycznych.

Określenie kręgu uprawnionych nawiązuje częściowo do definicji terminu „osoba bliska”, zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., a obejmującej swą treścią małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Ujęcie podmiotów legitymowanych na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. jest jednak węższe od kategorii osób bliskich w trzech punktach: ograniczenia krewnych wyłącznie do krewnych do drugiego stopnia w linii prostej (podczas gdy osobami bliskimi są wszyscy krewni do drugiego stopnia, również w linii bocznej), a także eliminacji osób pozostających z pacjentem we wspólnym pożyciu oraz osób wskazanych przez pacjenta.

Z kolejnością wyliczenia osób uprawnionych do wystąpienia z żądaniem nie wiąże się sekwencyjność przysługiwania uprawnienia, co oznacza, że osoby wymienione w dalszej kolejności nie stają się uprawnione do żądania zapłaty dopiero w razie nieskorzystania z tej możliwości przez osoby wskazane w art. 4 ust. 2 u.p.p. w pierwszym rzędzie. Nie jest wykluczone zakwalifikowanie jednej osoby do grona uprawnionych z dwóch podstaw, np. jako małżonka i jednocześnie przedstawiciela ustawowego pacjenta, lecz taki status nie przydaje osobie silniejszej pozycji procesowej, a w szczególności nie oznacza jakiegokolwiek pierwszeństwa w wystąpieniu z żądaniem. Ponadto na ogólnych zasadach z żądaniem może wystąpić Prokurator oraz – na prawach przysługujących prokuratorowi – Rzecznik Praw Pacjenta (art. 55 u.p.p.). Możliwość wystąpienia przez te podmioty ma istotne znaczenie, zwłaszcza

gdy w danym przypadku nie istnieją osoby wymienione w art. 4 ust. 2 u.p.p., gdyż pacjent nie pozostawał w związku małżeńskim, nie miał przedstawiciela ustawowego lub krewnych czy powinowatych do drugiego stopnia, ewentualnie – osoby te wskazują się nieporadnością lub brakiem inicjatywy, mimo drastyczności naruszenia⁴³.

3.1. Przedstawiciel ustawowy

Pierwsza kwestia sporna dotyczy pozycji prawnej przedstawiciela ustawowego jako podmiotu uprawnionego do wystąpienia z żądaniem zapłaty. Wstępnie wypada zauważyć, że mimo użycia zwrotu „przedstawiciel ustawowy (pacjenta)” w liczbie pojedynczej, za uprawnionego należy uznać każdego z dwóch przedstawicieli ustawowych, jeśli pacjent pozostawał pod władzą rodzicielską obojga rodziców albo pod ustanowioną na jego rzecz opieką powierzoną małżonkom (art. 146 k.r.o.). Zasadnicze znaczenie ma natomiast wniknięcie w sens przyjętego w tym punkcie rozwiązania normatywnego w dwóch aspektach: powiązania legitymacji czynnej ze statusem przedstawiciela ustawowego mimo śmierci pacjenta oraz przydania uprawnienia do żądania zapłaty osobie będącej przedstawicielem ustawowym.

Co się tyczy aspektu wyróżnionego jako pierwszy, to wcześniej wskazano już, że zasadą wyrażoną w art. 4 ust. 1 u.p.p. jest przysługiwanie roszczenia o zapłatę wyłącznie pacjentowi, który doznał krzywdy wskutek zawinionego naruszenia bliżej określonych praw pacjenta, natomiast unormowanie zawarte w art. 4 ust. 2 u.p.p. wprowadza specyficzne rozwiązanie, dostosowane konkretnie do przypadku takiegoż naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności. Nie sposób nie dostrzec, że w przywołanym ostatnio przepisie nie został wymieniony sam pacjent. W efekcie, mimo że to jego prawo doznało naruszenia, uprawnienie do żądania zapłaty przysługuje wyłącznie innym osobom. Zarówno z takiego określenia podmiotów legitymowanych czynnie do wystąpienia z żądaniem, jak i z istoty analizowanego prawa należy wnosić, że dochodzenie zapłaty na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p., czyli na wskazywany cel społeczny, wchodzi w rachubę jedynie w razie śmierci pacjenta, a podstawą faktyczną roszczenia procesowego jest wskazanie, że śmierć ta nastąpiła w warunkach uchybienia prawu pacjenta do umierania w spokoju i godności, tzn. za życia pacjenta doszło do naruszenia przysługującego mu prawa.

Skoro jednak wystąpienie z żądaniem zapłaty następuje po śmierci pacjenta, to powstaje pytanie o sens przydania legitymacji czynnej jego przedstawicielowi ustawowemu. Z chwilą śmierci pacjenta istniejące uprzednio przedstawicielstwo ustawowe wygasa, toteż przedstawiciel ustawowy (rodzic wykonujący władzę rodzicielską, opiekun prawny małoletniego, opiekun osoby ubezwłasnowolnionej, kurator-przedstawiciel ustawowy) traci swój dotychczasowy status. Uwzględnienie faktu

43 Możliwość żądania zapłaty nie przysługuje natomiast instytucji realizującej cel społeczny, mimo że należy ona do kręgu potencjalnych beneficjentów zasądzenia odpowiedniej sumy, o której stanowi art. 4 ust. 2 u.p.p.

wygaśnięcia przedstawicielstwa ustawowego powinno zatem prowadzić do wniosku, że art. 4 ust. 2 u.p.p. w tej części, w której odnosi się do przedstawiciela ustawowego, nie ma w istocie rzeczywistej treści normatywnej, gdyż zbiór przedstawicieli ustawowych zmarłego pacjenta jest pusty. Te same zastrzeżenia musiałyby zostać zgłoszone do sposobu sformułowania treści obowiązującego wcześniej art. 19a ust. 2 u.z.o.z., i to zarówno w odniesieniu do wymienionego w nim przedstawiciela ustawowego, jak i opiekuna faktycznego, który wszak po śmierci pacjenta nie wykonuje już względem niego czynności opiekuńczych.

Wydaje się, że w przypadku obu wskazanych wyżej regulacji ustawodawca przedłożył komunikatywność normy nad precyzję terminologiczną, to znaczy zdecydował się na użycie terminów o określonym znaczeniu – poza zakresem ich stosowania, lecz ostatecznie bez uszczerbku dla ścisłego wyznaczenia ram podmiotowych przysługiwania roszczenia o zapłatę. W istocie zatem w świetle art. 4 ust. 2 u.p.p. legitymacja czynna przysługuje byłemu przedstawicielowi ustawowemu pacjenta tak samo jak dotychczasowemu małżonkowi. Śmierć pacjenta powoduje ustanie tych relacji, lecz pozostają one punktem odniesienia dla wyznaczenia kręgu osób uprawnionych do wystąpienia z powództwem.

Drugi z zarysowanych wyżej aspektów zagadnienia dotyczy tego, czy możliwość zgłoszenia żądania przysługuje samemu przedstawicielowi ustawowemu – czy temuż przedstawicielowi, lecz wyłącznie jako osobie reprezentującej pacjenta (czyli jeszcze za jego życia). Udzielenie aprobaty drugiemu z tych stanowisk oznaczałoby, że powodem w sprawie jest w istocie pacjent, tyle że reprezentowany przez swego przedstawiciela ustawowego. Zasadny wydaje się pierwszy z wymienionych poglądów, oparty na przekonaniu, że przedstawicielowi ustawowemu pacjenta przydana jest własna legitymacja procesowa czynna do wystąpienia z powództwem. Nawiązanie natomiast do statusu przedstawiciela służy jedynie skonkretyzowaniu osoby uprawnionej, a nie wskazaniu, iż z roszczeniem unormowanym w art. 4 ust. 2 u.p.p. występuje w rzeczywistości pacjent niedysponujący zdolnością procesową i z tej przyczyny wymagający odpowiedniej reprezentacji.

Za wyrażonym tu poglądem przemawia, po pierwsze, ten argument, że pacjent nie został wymieniony w art. 4 ust. 2 u.p.p. jako uprawniony do wystąpienia z powództwem, tymczasem przepis ten, jako określający grono podmiotów legitymowanych do zgłoszenia żądania, powinien być interpretowany ściśle. Wobec jednoznacznego wskazania osób dysponujących legitymacją procesową czynną trzeba zatem uznać, że pacjent – czy to działający samodzielnie, czy reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego – nie może w ogóle wystąpić z żądaniem zapłaty odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny. Trudno byłoby bowiem założyć, że możliwość zgłoszenia takiego żądania na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. przysługuje wyłącznie pacjentom reprezentowanym przez przedstawicieli ustawowych, podczas gdy jednocześnie są jej pozbawieni pacjenci dysponujący pełną zdolnością do czynności prawnych. Takie różnicowanie przysługiwania pacjentowi roszczeń ochronnych w zależności

od – w istocie przypadkowego – kryterium reprezentacji nie miałyby uzasadnienia prawnego.

Po drugie, z użycia słowa „umieranie”, oznaczającego pewien proces, można wywodzić, że w razie jego przedłużania się z żądaniem wywodzonym z naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności może zdołać wystąpić sam pacjent: samodzielnie lub reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego. Ta obserwacja nie oznacza jednak, że pod przywołanymi w art. 4 ust. 2 u.p.p. słowami „przedstawiciel ustawowy” kryje się w istocie sam pacjent, tyle że reprezentowany przez swego przedstawiciela. W opisanym wyżej przypadku żyjący nadal pacjent mógłby bowiem dochodzić jedynie zapłaty zadośćuczynienia na swoją rzecz, a nie odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny (art. 4 ust. 2 u.p.p.). W art. 4 ust. 1 u.p.p. nie został natomiast, co oczywiste, wymieniony przedstawiciel ustawowy pacjenta, ponieważ kompetencja tego przedstawiciela do reprezentacji uprawnionego (pacjenta) wynika w tym przypadku z zasad ogólnych i nie wymaga wyraźnego wskazywania.

Po trzecie, zbliżone założenia co do przydania przedstawicielowi ustawowemu pacjenta własnej kompetencji do składania oświadczeń woli, niebędących przejawem reprezentacji pacjenta, towarzyszyły uregulowaniu w ustawie o zawodach lekarza kwestii wyrażania albo odmowy tzw. zgody medycznej, czyli zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Do wykonania czynności medycznych dotyczących pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat, konieczne jest uzyskanie tzw. zgody podwójnej: pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego (art. 32 ust. 2 i ust. 5 u.z.l.). Uprawnienie do wyrażenia (albo odmowy) zgody jest własnym uprawnieniem tego przedstawiciela, który składa swe oświadczenie obok (a nie: w imieniu) pacjenta.

W świetle powyższych racji za bardziej przekonujące wypada uznać stanowisko, że legitymacja przedstawiciela ustawowego do wystąpienia z żądaniem wywodzonym z art. 4 ust. 2 u.p.p. przysługuje osobie będącej takim przedstawicielem jako środek realizacji własnego uprawnienia – a nie w celu reprezentacji pacjenta, którego prawo zostało naruszone.

3.2. Zagadnienie legitymacji pacjenta

Wcześniej wspomniano już, że w ustawie o prawach pacjenta nastąpiła częściowa modyfikacja koncepcji roszczeń ochronnych, uregulowanych obecnie w art. 4 u.p.p. Zmiany te spowodowały potrzebę rozważenia, czy w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności z żądaniem zapłaty może wystąpić sam pacjent – beneficjent naruszonego prawa⁴⁴. Niewątpliwie, wobec ścisłego określenia grona osób legitymowanych czynnie, pacjent – zarówno w minionym, jak i w obecnym stanie prawnym – nie może skutecznie żądać zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Co się tyczy natomiast roszczenia o za-

44 Negatywnej odpowiedzi na to pytanie udziela L. Bosek, *Ustawa..., op. cit.*, kom. do art. 4 u.p.p., s. 99, nb. 121.

płatę zadośćuczynienia, czyli roszczenia przysługującego pacjentowi, to kwestia jest bardziej skomplikowana.

Poprzednio, zgodnie z art. 19a ust. 1 u.z.o.z., roszczenie takie powstawało wyłącznie w razie zawinionego naruszenia praw enumeratywnie wyliczonych w art. 19 ust. 1 pkt 1–4 i ust. 3 u.z.o.z.⁴⁵ Wśród tych praw nie zostało wymienione prawo do umierania w spokoju i godności, wskazane w art. 19 ust. 1 pkt 5 u.z.o.z. Tego prawa dotyczył natomiast art. 19a ust. 2 u.z.o.z., lecz do zgłoszenia żądania zapłaty odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny były uprawnione wyłącznie bliżej określone osoby, wśród których nie został wymieniony pacjent. Było zatem jasne, że pacjentowi przydano wyłącznie środki ochrony praw wymienionych w art. 19a ust. 1 u.z.o.z., natomiast nie przysługiwała mu możliwość ochrony prawa do umierania w spokoju i godności.

Z powyższego wynikał ten podstawowy wniosek, że wystąpienie z żądaniem opartym na art. 19a ust. 2 u.z.o.z. stawało się możliwe wyłącznie po śmierci pacjenta. Nie byłoby bowiem żadnego uzasadnienia dla rozwiązania normatywnego, w którym pacjent, za swego życia, nie może dochodzić ochrony przysługującego mu prawa, a w tym samym czasie o udzielenie takiej ochrony mogą wystąpić inne osoby. Dychotomiczny – w rozumieniu przedmiotowym (rodzajów roszczeń) i temporalnym (czasu ich dochodzenia) – podział wykonywania roszczeń był spójny z założeniem, że naruszenie wspomnianego prawa następuje na etapie umierania pacjenta, które kończy się jego śmiercią. Z natury rzeczy zatem żądanie zapłaty, zgłoszone po śmierci pacjenta i uzasadniane naruszeniem prawa do umierania w spokoju i godności, mogło być dochodzone wyłącznie przez osoby inne niż – nieżyjący już – pacjent.

Ocena obecnie obowiązującego stanu prawnego nie daje tak jednoznacznych rezultatów co do przyjętej koncepcji ochrony naruszonych praw. W art. 4 ust. 1 u.p.p., który dotyczy roszczeń przysługujących pacjentowi, odstąpiono bowiem od enumeratywnego wyliczenia praw – na rzecz wprowadzenia ogólnej reguły wiążącej uprawnienie do żądania zapłaty zadośćuczynienia z zawinionym naruszeniem praw pacjenta. Wyłączenia od tej reguły zostały zawarte w art. 4 ust. 3 u.p.p., zgodnie z którym art. 4 ust. 1 u.p.p. nie stosuje się do czterech wskazanych w tym przepisie praw. Jednocześnie, tak jak w poprzednim stanie prawnym, roszczenie o zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny zostało unormowane odrębnie, w art. 4 ust. 2 u.p.p., przy czym wśród osób legitymowanych do wystąpienia z żądaniem zapłaty nie wymieniono pacjenta.

Prawo do umierania w spokoju i godności jest prawem pacjenta wskazanym w art. 20 ust. 2 u.p.p., a jednocześnie nie zostało objęte wyłączeniem zawartym w art.

45 W art. 19a u.z.o.z. wymienione były także art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 u.z.o.z., które dotyczyły ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz niedostępności osobom uprawnionym dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej. W art. 19 u.z.o.z. nie było natomiast w tym czasie unormowane odrębne prawo do dokumentacji medycznej.

4 ust. 3 u.p.p.⁴⁶ Powstaje wobec tego pytanie, czy w razie zawinionego naruszenia wspomnianego prawa z żądaniem zapłaty zadośćuczynienia może wystąpić sam pacjent, np. w razie powolnego postępowania terminalnego stadium życia.

Możliwe wydaje się reprezentowanie w tej kwestii dwóch stanowisk. Pierwsze z nich opierałoby się ściśle na wynikach wykładni art. 4 ust. 1 w zw. z ust. 3 u.p.p. i przyjmowało, że skoro przysługiwanie pacjentowi roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia nie zostało objęte wyłączeniem (art. 4 ust. 3 u.p.p.), to także w razie naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności może on dochodzić ochrony sądowej.

Drugie z zapatrywań głosiłoby natomiast, że pacjent nie może żądać zapłaty zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą z naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, gdyż art. 4 ust. 2 u.p.p. stanowi przepis szczególny względem art. 4 ust. 1 u.p.p., tzn. przydaje roszczenie określonym osobom z jednoczesnym odjęciem roszczenia samemu pacjentowi. Takiej wykładni nie przeczyłby fakt wyraźnego wyłączenia roszczeń ochronnych pacjenta w art. 4 ust. 3 u.p.p.; przepis ten bowiem w ogóle wyklucza możliwość żądania ochrony wymienionych w nim praw, tymczasem art. 4 ust. 2 u.p.p. przewiduje taką ochronę, tyle że środkiem dostosowanym do założenia, iż jest ona dochodzona po śmierci pacjenta.

Przydanie legitymacji osobom innym niż pacjent było motywowane właśnie tym, że – choć sam beneficjent prawa nie żyje – to z ważnych względów fakt zawinionego naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności nie powinien być pozostawiony bez reakcji systemu prawa. Kwestia ta rysowała się jednoznacznie w czasie obowiązywania art. 19 i art. 19a u.z.o.z., z których wyraźnie wynikało, że pacjentowi nie przysługuje roszczenie o zadośćuczynienie w razie naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Mimo mniej jednoznacznego ujęcia art. 4 ust. 1 i ust. 2 u.p.p. nie wydaje się, by ustawodawca zmienił wcześniejszą koncepcję, opartą na dychotomicznym podziale osób uprawnionych do żądania zapłaty: wyłącznie przez pacjenta albo wyjątkowo, w razie śmierci pacjenta – przez bliżej określone osoby wymienione w art. 4 ust. 2 u.p.p.

Wsparcia dla tego poglądu można byłoby także poszukiwać w określonym rozumieniu pojęcia naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Prawo to jest, moim zdaniem, łagodniej nazwanym prawem do zakończenia życia: do śmierci w spokoju i godności. Użycie słowa „umieranie”, wskazujące na pewien proces następowania w organizmie zmian poprzedzających śmierć, samo w sobie mogłoby nie być związane z dopełnieniem się tego procesu zgonem pacjenta. W wykładni art. 4 ust. 2 u.p.p., a w konsekwencji także art. 20 ust. 2 u.p.p., słowo to, powiązane

46 K. Sałbut (*op. cit.*, kom. do art. 4 u.p.p., s. 50, nb. 2) uważa, że zakresem stosowania art. 4 ust. 1 u.p.p. objęte są wszystkie prawa pacjenta, chyba że inny przepis wyłącza możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za krzywdę w związku z naruszeniem konkretnego prawa. W świetle tego stanowiska należałoby uznać, że wskazany przepis dotyczy także naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności.

z „naruszeniem” prawa, może być jednak utożsamiane z procesem zakończonym zgonem. Dopiero w takim przypadku można mówić o naruszeniu prawa do umierania w spokoju i godności, które to naruszenie stwarza podstawę do wystąpienia z żądaniem zapłaty odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny. Samo prawo bezsprzecznie przysługuje pacjentowi, o czym wprost stanowi art. 20 ust. 2 u.p.p., natomiast o jego naruszeniu mowa, gdy pacjent umiera (umrze) bez zapewnienia mu spokoju i godności.

W razie zaaprobowania takiego rozumienia pojęcia naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności sam pacjent mógłby w okresie terminalnym dochodzić zapłaty zadośćuczynienia na swą rzecz, z powołaniem się na naruszenie prawa do poszanowania jego intymności i godności (art. 20 ust. 1 u.p.p.) – lecz nie w tym aspekcie poszanowania godności, który dotyczy umierania w spokoju i godności (art. 20 ust. 2 u.p.p.). W przypadku wskazanego ostatnio prawa legitymacja przysługiwałaby bowiem jedynie osobom wymienionym w art. 4 ust. 2 u.p.p., a żądanie mogłoby mieć za przedmiot wyłącznie zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny i być dochodzone dopiero w razie śmierci pacjenta.

Mimo doniosłości wskazanych ostatnio racji ostatecznie bardziej przekonujący dla praktyki orzeczniczej może okazać się pierwszy z poglądów, mający silniejsze umocowanie w przedstawionych wyżej wynikach wykładni językowej art. 4 u.p.p. Bez względu jednak na to, które z zapatrywań spotka się z aprobatą praktyki, konieczne wydaje się zastrzeżenie, że zmiana stanu prawnego nie wpłynęła na uwarunkowania dochodzenia przez osoby inne niż pacjent ochrony naruszonego prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Zarówno na tle art. 19a u.z.o.z., jak i obecnie osoby wymienione w art. 4 ust. 2 u.p.p. mogą wystąpić o zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny dopiero po śmierci pacjenta⁴⁷. Kwestia ta ma szczególnie doniosłe znaczenie w razie zaakceptowania stanowiska o możliwości dochodzenia przez pacjenta zapłaty zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności (art. 4 ust. 1 u.p.p.).

Po pierwsze, w art. 4 u.p.p. nie przewidziano wprawdzie wprost sekwencyjności w dochodzeniu roszczeń ochronnych, w tym pierwszeństwa pacjenta w wystąpieniu z własnym żądaniem – przed osobami wskazanymi w art. 4 ust. 2 u.p.p. Nie oznacza to jednak, że każdy z nominalnie uprawnionych mógłby już za życia pacjenta, w istocie: w konkurencji z przysługującym mu roszczeniem, realizować własne uprawnienie. Względ na wykładnię systemową tego przepisu wykluczałaby zaaprobowanie stanowiska o przysługiwaniu legitymacji procesowej szeregowi wymienionych w nim osób w czasie, gdy pacjent jeszcze żyje i może dochodzić ochrony własnego prawa

47 Wobec możliwych wątpliwości interpretacyjnych celowe byłoby wskazanie wprost w przepisie, że możliwość dochodzenia roszczeń na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. powstaje dopiero po śmierci pacjenta.

i na własną rzecz – czyli w sposób najpełniej realizujący sens systemu ochrony indywidualnych praw pacjenta.

Po drugie, w razie uznania, że wszystkie potencjalnie uprawnione osoby (nie tylko pacjent, lecz także podmioty wymienione w art. 4 ust. 2 u.p.p.) mogą dochodzić ochrony już za życia pacjenta, dochodziłoby w istocie do pozostawania roszczeń pacjenta i ww. osób w swoistej konkurencji. Nawet w razie uznania, że roszczenia realizują inne funkcje, toteż mogą być odrębnie dochodzone, nie można byłoby wykluczyć, że w praktyce żądanie zapłaty odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny pozostawałoby w faktycznej konkurencji z żądaniem przez pacjenta zadośćuczynienia za doznaną krzywdę – w tym sensie, że określając wysokość sumy należnej pacjentowi, sąd uwzględniłby fakt wystąpienia także z żądaniem zapłaty odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny – i dążył do tego, aby globalna kwota obciążenia pozwanego nie była nadmierna.

Tymczasem w świetle założenia, że naruszenie omawianego prawa rodzi roszczenie ochronne także po stronie pacjenta, nie byłoby uzasadnione stwarzanie ryzyka uszczuplenia tego, co powinno należeć się pacjentowi, czyli uprawnionemu z tytułu praw pacjenta – w celu zrównoważenia globalnych, finansowych skutków wystąpienia kilku podmiotów w związku z tym samym naruszeniem prawa pacjenta. Wypada przypomnieć, że zadośćuczynienie na rzecz pacjenta pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną, tzn. ma prowadzić do kompensacji doznanej przez niego krzywdy – co jednak nie wyklucza realizacji także dalszych celów: prewencyjnego (w wymiarze ogólnym i jednostkowym: konkretnego naruszydźciela) i represyjnego. Jednoczesne wystąpienie różnych uprawnionych z obu podstaw (art. 4 ust. 1 i ust. 2 u.p.p.) mogłoby natomiast w praktyce wpływać na zakres rzeczywistej kompensacji krzywdy pacjenta, co trudno byłoby pogodzić z intencjami towarzyszącymi wprowadzeniu art. 4 u.p.p.; pacjent uzyskiwałby bowiem kwotę niższą, aby zrównoważyć obciążenie wynikające z zasądzenia sumy odpowiedniej na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p.

Podsumowanie

Zagadnienie ochrony praw pacjenta staje się w ostatnich latach istotnym obszarem zainteresowań nauki prawa. Potrzeba pogłębionej refleksji wynika nie tylko z faktu wprowadzenia w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oryginalnych rozwiązań jurydycznych, lecz także z ujawniania się nowych aspektów stosowania przepisów tej ustawy w praktyce, w tym zwłaszcza w praktyce orzeczniczej. Wspomniany ostatnio obszar analizy ma szczególnie doniosłe znaczenie, gdyż powinien spełniać zarówno oczekiwania poprawności konstrukcyjnej, jak i wymagania spójności systemowej, w ramach której instytucje ochrony praw pacjenta współwystępują z innymi środkami służącymi kompensacji uszczerbków doznawanych w związku z dążeniem do ochrony zdrowia.

Przedstawiona wyżej analiza uzasadnia sformułowanie wniosku, że przesłanką zasądzenia na podstawie art. 4 ust. 2 u.p.p. odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny nie jest doznanie (wykazanie) krzywdy pacjenta lub osób legitymowanych do wystąpienia z powództwem. Zasądzenie tej sumy służy realizacji celów prewencyjnych, represyjnych i kompensacyjnych. Do wystąpienia z powództwem nie jest uprawniony pacjent, lecz wyłącznie podmioty wymienione w ww. przepisie, w tym przedstawiciel ustawowy, który działa na podstawie własnej legitymacji czynnej, a nie w ramach reprezentacji pacjenta. Źródłem wątpliwości jest to, czy pacjent ma możliwość dochodzenia majątkowej ochrony tego prawa przez zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego na swą rzecz (art. 4 ust. 1 u.p.p.); za stanowiskiem aprobującym taką możliwość przemawiają głównie wyniki wykładni językowej art. 4 u.p.p. Wystąpienie z powództwem o zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny jest możliwe wyłącznie po śmierci pacjenta.

BIBLIOGRAFIA

- Bosek L., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020.
- Bujny J., Prawa pacjenta. Między autonomią i paternalizmem, Warszawa 2007.
- Drozdowska U., Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta, Warszawa 2007.
- Dzierżanowski T., Binnebesel J., Godność w umieraniu, „Medycyna Paliatywna” 2019, nr 11(4).
- Gawrońska-Charzewska M., Prawa pacjenta w stanie terminalnym, (w:) U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), Prawa pacjenta, Warszawa 2016.
- Grzesiewski P., (w:) D. Karkowska (red.), Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Lex/el.
- Janiszewska B., Ograniczenie korzystania z praw pacjenta w dobie epidemii; artykuł przyjęty do druku w „Monitorze Prawniczym” 2023, nr 9 (część I) i nr 10 (część II).
- Janiszewska B., Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego, Białostockie Studia Prawnicze 2020, vol. 25, nr 2.
- Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wydanie III, Lex/el. 2015.
- Konieczniak P., (w:) E. Zielińska (red. naczelna), System Prawa Medycznego: M. Boratyńska, P. Konieczniak (red. naukowa), Regulacja prawna czynności medycznych, Warszawa 2019.
- Sałbut K., (w:) L. Bosek (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020.
- Wałachowska M., (w:) M. Frasz, M. Habdas (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, t. III: Zobowiązania. Część ogólna (art. 353–534), Lex/el. 2018.