

*Błażej Kmiecik**

SOCJOLOGIA PRAW PACJENTA – WYBRANE UWAGI, ANALIZY I REFLEKSJE¹

Streszczenie. Sytuacja prawna pacjenta stała się jednym z kluczowych elementów debaty na temat ochrony zdrowia. Odnosi się ona do szczególnej sytuacji. Pacjent w trakcie spotkania z ekspertem medycznym zmuszony jest często do przedstawienia intymnych informacji dotyczących swojego życia. Prawa pacjenta najczęściej analizowane są pod kątem legalnym, w aspekcie konkretnych ustaw lub rozporządzeń. Warto jednak zaznaczyć, że wspomniane uprawnienia pacjentów „żyją” przede wszystkim na terenie instytucji, takich jak szpitale czy poradnie. Ponadto, nie są one wyłącznie elementem szeroko rozumianego systemu prawa medycznego. Odwołują się do konkretnego spotkania, do jakiego dochodzi pomiędzy pacjentem a ekspertem medycznym.

W jaki sposób, wspomnianą relację można odnieść do pojęcia praw pacjenta? Czy istnieją prawa, które w sposób szczególny dotyczą interakcji, do której dochodzi pomiędzy lekarzem a pacjentem? Czy formalna realizacja przepisów wystarczy, by uznać, iż dane prawa są w pełni respektowane? W prezentowanym artykule podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi na te pytania.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, prawo medyczne, socjologia prawa, godność człowieka, instytucja ochrony zdrowia.

1. UWAGI WPROWADZAJĄCE

W połowie 2015 r. w polskich księgarniach pojawiła się książka pt. *Mam odwagę mówić o cudzie*. Publikacja ta jest zapisem rozmowy, jaką z prof. Januszem Skalskim przeprowadziła red. Joanna Bątkiewicz-Brożek. Główną inspiracją do realizacji omawianego w tym miejscu „wywiadu rzeki” były zdarzenia, jakie miały miejsce w grudniu 2014 r. na terenie kliniki kardiologii dziecięcej w Prokocimiu. W przywołanym okresie większość polskich mediów śledziła losy dwuletniego Adasia, który został odnaleziony w stanie głębokiej hipotermii. Zespół prof. Skalskiego, kierującego wspomnianą kliniką, przy wcześniejszym wsparciu funkcjonariuszy Policji oraz ratowników medycznych podjął działania ratujące życie chłopca. W ich wyniku udało się przywrócić funkcje życiowe

* Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Prawa Medycznego, bkmiecik@o2.pl.

¹ W artykule wykorzystano przeredagowane, wzbogacone oraz wcześniej niepublikowane fragmenty pracy doktorskiej autora. Tekst został przygotowany w ramach realizacji tematu badawczego *Prawno-społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego*, nr 502-03/6-074-06/502-64-103, finansowanego ze środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

młodego pacjenta, który po kilku tygodniach w bardzo dobrym stanie został wypisany do domu (Skalski 2015; PAP 2014). W książce dotyczącej tych wydarzeń rozmówcy nieustannie poruszają się na płaszczyźnie prawno-etyczno-medycznej. Podejmowane są tematy z zakresu udzielania świadczeń zgodnie ze standardami aktualnej wiedzy medycznej, zgody na zabieg operacyjny, dylematów etycznych związanych z procedurą transplantacyjną. Poruszana jest również tematyka obecności osób duchownych w szpitalu, aborcji w sytuacji stwierdzenia wad letalnych płodu oraz podejmowania działań medycznych ratujących życie dziecka w razie braku zgody rodziców (mowa o obszernie ukazywanym w doktrynie przykładzie Świadków Jehowy) (Skalski 2015, 60). Interesujące, że zarówno prof. Skalski, jak i redaktor Brożek, wielokrotnie odnosząc się do zagadnienia „praw pacjenta”, ani razu nie używają wspomnianego zwrotu.

Dyskusja dotycząca leczenia osób małoletnich w sposób bezpośredni kieruje nas w stronę problemu konkretnych uprawnień. Warto jednak zaznaczyć, iż nieużywanie terminu „prawa pacjenta” posiada symptomatyczny charakter. Wskazując bowiem na prawa osób diagnozowanych i leczonych, należy zwrócić uwagę na zjawisko, które Eugen Ehrlich określił mianem „prawa żywego” (Kojder 2006, 146). Tym samym omawiane prawa w sposób szczególnie można dostrzec nie tyle w konkretnych ustawach czy rozporządzeniach, ile raczej w najczęściej wyjątkowych, a nierzadko też trudnych sytuacjach rozgrywających się na terenie szpitali lub poradni. W odniesieniu do interesującego nas tutaj aspektu „praw pacjenta” określenie Erlicha uzupełnia trafnie Leon Petrażycki. Zdaniem polskiego nestora socjologii prawa: „Prawo jest psychicznym czynnikiem życia społecznego i działa psychicznie. Jego działanie polega, po pierwsze, na wzbudzaniu lub tłumieniu pobudek do różnych działań i zaniechań (motywacyjne lub impulsyjne działanie prawa); po drugie, na wzmacnianiu i rozwijaniu jednych skłonności i cech charakteru ludzkiego, na osłabianiu i wyplenianiu innych” (Petrażycki 1985, 157). Przytoczona powyżej rozmowa prof. Skalskiego z redaktorem Brożek w pełni ukazuje ów żywy, emocjonalny charakter praw pacjenta. Prawa te jako zjawisko społeczne i psychiczne odnoszą się bowiem do szczególnych momentów. Pojawiają się one w chwili, w którym dana osoba doświadcza niepewności, bólu czy lęku związanych bezpośrednio z chorobą.

Nie ulega wątpliwości, iż zarówno polska judykatura, jak i doktryna w sposób obszerny analizują tytułowy wątek praw pacjenta. Krajowa literatura przedmiotu doczekała się interesujących monografii, ukazujących sytuację pacjentów zarówno z perspektywy cywilnej, karnej, jak filozoficzno-prawnej (Boratyńska, Konieczniak 2001; Drozdowska 2007; Karkowska 2004; Śliwka 2010). W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę na istotne zagadnienie. Prawa pacjenta to swoisty konstrukt teoretyczny odnoszący się do idei praw człowieka. Z jednej strony mamy zatem osobę, która jest chora (podejrzewa, że jest chora), a z drugiej – określoną władzę, którą reprezentuje ekspert medyczny, administracja szpitala bądź władza państwowa. To właśnie podobne,

wertykalne spojrzenie jest najczęściej prezentowane w literaturze dotyczącej uprawnień osób diagnozowanych i leczonych. Prawa pacjenta – co dostrzeżga w sformułowanym przez siebie encyklopedycznym zapisie Agnieszka Jezierska – odnoszą się do relacji osoby chorej do określonej władzy. Może to być władza państwowa (prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiednich do stanu wiedzy medycznej) i władza, jaką z racji posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz pozycji społecznej mają medycy (prawo do konsultacji z innym lekarzem, prawo do informacji o swoim zdrowiu) (Jezierska 2006; Osiatyński 2012; Karkowska 2004, 35–40). Innymi słowy, w zwrocie „prawa pacjenta” doktryna skupia się w znacznej mierze na pierwszym jego członie, a więc na słowie „prawo”. Analizowane jest ono z różnych perspektyw. Znacznie mniej uwagi poświęca się w tym miejscu specyficznemu sytuacji pacjenta. Uprawnienia analizowane są najczęściej w oparciu o dogmatyczno-prawną refleksję np. nad treścią ustawy lub rozporządzenia. W mniejszym stopniu bada się „żywe oblicze prawa”, a więc ocenia się praktyczny sposób oddziaływania danych przepisów na danego pacjenta bądź osobę doświadczającą choroby przewlekłej (zob. Skrzypek 2012, 376–377).

W tym miejscu niejako może przyjść z pomocą socjologia prawa, badająca społeczne działanie głównie przepisów prawa pozytywnego. Wykorzystanie tej subdyscypliny pozwala dostrzec, w jaki sposób konkretne unormowania bądź zasady prawne funkcjonują zarówno w społeczeństwie, jak i w doświadczeniach życiowych konkretnej osoby (Frieske 2001, 8–9). Podobna refleksja – odnosząca się do wielowątkowej refleksji medycznej – musi opierać się jednak na koniecznej specjalizacji. Jest nią tytułowa socjologia praw pacjenta. Już w latach 60. oraz 70. XX w. Adam Podgórecki zwracał uwagę m.in. na konieczność rozwoju socjologii poszczególnych gałęzi prawa (Pieniążek, Stefaniuk 2010, 124). Antoni Pieniążek i Magdalena Stefaniuk wskazywali z kolei, iż od kilku lat w nurcie socjologiczno-prawnym zagadnienie praw człowieka zajmuje szczególną pozycję². Przenosząc podobne refleksje na grunt zaproponowanego wątku praw pacjenta, również można dostrzec coraz większe zainteresowanie przedstawicieli nauk społecznych badaniem zjawiska uprawnień pacjenckich z perspektywy poszczególnych sytuacji, w jakich znajduje się chory (zob. Doroszevska 2011; Paszkowska 2002; Kmiecik 2015b; Łaska-Formejster 2015). Aby podobne socjologiczno-prawne eksploracje w pełni ukazały kluczowe konteksty, muszą zostać one odniesione do dorobku prezentowanego przez przedstawicieli socjologii medycyny. To bowiem wspomniana subdyscyplina w sposób szczególny zajmuje się analizą sytuacji osoby diagnozowanej i leczonej (Skrzypek 2012, 376–377).

² Aktualnie rozwija ją m.in. Krzysztof Motyka, który przez wiele lat kierował Katedrą Socjologii Prawa i Praw Człowieka KUL.

2. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE

Poniżej, w celu wskazania nowych wątków dotyczących praw pacjenta zaproponowane zostanie połączenie refleksji socjologiczno-prawnej i socjologiczno-medycznej. Opisane podejście teoretyczne winno być ukazane przede wszystkim przez pryzmat unikalnej relacji, jaka nawiązuje się w trakcie spotkania pacjenta z lekarzem. Od ponad czterdziestu lat podobne zagadnienie analizuje prof. Antonina Ostrowska. Badaczka ta jest uznanym socjologiem medycyny. Podejmuje badania dotyczące „zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności [...], społecznych aspektów śmierci i umiarkowania, nierówności społecznych w sferze zdrowia i związku stylu życia ze zdrowiem”³. Odniesienie się do prac tej autorki wydaje się szczególnie cenne w toku refleksji nad praktycznymi aspektami funkcjonowania w społeczeństwie idei praw pacjenta oraz ich praktycznej aplikacji. Ostrowska w swoich analizach teoretycznych i pracach badawczych zwracała uwagę (i nadal to czyni) ma dwa dominujące we współczesnych naukach społecznych nurty teoretyczne, a więc funkcjonalizm i symboliczny interakcjonizm. Tym samym prawa osób korzystających z usług oferowanych przez lekarzy, a także innych medycznych specjalistów mogą być badane i prezentowane – z jednej strony – w odniesieniu do pozycji oraz ról społecznych zajmowanych przez pacjentów i medyków, zaś z drugiej – omawiane zagadnienie może być ukazane przez pryzmat szczególnego charakteru, jaki ma relacja terapeutyczna⁴ i jej znaczenie w aspekcie zagwarantowania praw pacjenta. W celu usystematyzowania dalszych refleksji warto w tym miejscu postawić kilka kluczowych pytań. W omawianych kontekstach zasadne jest zastanowienie się: Jakie jest źródło naruszenia praw pacjenta? Czy jest nim zawsze paternalistyczna postawa personelu? Być może jednak ów paternalizm to czasem istotny element uszanowania praw pacjenta? Z kolei zagadnienie szacunku kieruje nas w stronę prawa pacjenta do godności: Jakie zachowania personelu w praktyce stanowią wypełnienie zasady szacunku dla drugiej osoby? Czy istnienie formalnych przepisów (w tym zwłaszcza ustaw) jest kluczowym elementem kształtowania kultury praw pacjenta?

3. RELACJA LEKARZ – PACJENT

Ukazując podejście prezentowane przez Antoninę Ostrowską, warto przywołać jej refleksje związane z doświadczaniem choroby przewlekłej. Autorka, odwołując się do koncepcji Juliusa Rotha, podkreśla, iż analizując rolę chorego i jego

³ Dane pochodzą ze strony internetowej Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych: <http://ksiegarnia.ipiss.com.pl/index.php?author=Antonina%20Ostrowska> oraz strony Instytutu Filozofii i Socjologii PAN: http://www.ifispan.waw.pl/index.php?lang=pl&m=page&pg_id=96 [dostęp 18.12.2015].

⁴ Na temat koncepcji symbolicznego interakcjonizmu i funkcjonalizmu w ramach badań społecznych dotyczących zjawiska praw pacjenta zob.: Gromadecka-Sutkiewicz 2004, 303; Sokołowska 1986, 91–92; Kmiecik 2014, 169–191; Merton 2006, 367–375; Kaźmierczak 2010, 223–228; Perehubka, Rębisz, Marczewski 2012, 87; Skrzypek 2011, 326; Kmiecik 2015a, 47–59.

zachowanie, musimy wziąć pod uwagę całokształt sytuacji, w jakiej on się znajduje. Ostrowska zaznacza, że w rzeczywistości szpitalnej dochodzi do zderzenia dwóch całkowicie różnych „płaszczyzn czasowych”. Personelowi medycznemu, podejmującemu aktywne działania terapeutyczne, czas płynie szybko, natomiast pacjentowi doświadczającemu choroby, zwłaszcza choroby przewlekłej, wydaje się, iż czas znacznie zwolnił. Tym samym chory, znajdując się na kolejnych etapach „trajektorii cierpienia”, doświadcza takich stanów jak dezorientacja, cierpienie psychiczne, a jego życie codzienne ulega dezorganizacji (Ostrowska 2008, 22–23). Podobne konteksty zaprezentowane zostaną poniżej.

Ponadto Ostrowska zwraca uwagę na aspekt doznawanych przez pacjenta niedogodności związanych z chorobą przewlekłą. Problem ten ilustruje przykład pacjentów poddawanych dializie, a więc niezwykle uciążliwej i męczącej procedurze medycznej. Autorka dostrzega, że pacjent na etapie wstępnej diagnozy doświadcza silnego lęku, którego przyczyną są obawy o własną przyszłość, a z drugiej strony stale tli się w nim nadzieja, iż utrata zdrowia ma charakter przejściowy. Na kolejnym etapie choroby, a więc w tym przypadku już w momencie poddawania się dializom, pacjent doświadcza dużych niedogodności. Trzy razy w tygodniu zmuszony jest przebywać przez kilka godzin w niezmięnionej pozycji ciała, a przy tym jest to sytuacja całkowitego uzależnienia od innych osób. Zdaniem badaczki wynikająca stąd frustracja może prowadzić do buntu pacjenta, chęci przerwania terapii czy nawet prób samobójczych (Ostrowska 2008, 26–30). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417) przewiduje, iż osoba leczona posiada prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej. Podobne stwierdzenie jest jednak w istocie pustą deklaracją, jeśli nie uwzględnia wyżej ukazanej, specyficznej, a nierzadko też trudnej sytuacji pacjenta. Korzystanie z nowoczesnych świadczeń jest bowiem zaledwie jednym z elementów realizacji praw pacjenta. Nieuchronnie związane jest z nim w tym przypadku prawo pacjenta do poszanowania godności, intymności i wykonywania przez personel działań zgodnie ze standardami etycznymi określonej profesji medycznej.

Sytuacja asymetryczności związana z różną percepcją czasu w przypadku chorego i opiekującego się nim personelu stanowi, zdaniem Ostrowskiej, jeden z czynników warunkujących odmienność pozycji zajmowanych przez uczestników tej relacji. Stan ten, w opinii autorki, wymaga od pacjenta zrzeczenia się części autonomii, albowiem pacjent w omawianej relacji jest osobą szukającą pomocy, zgłaszającą się z konkretnym problemem, która najczęściej nie dysponuje wiedzą ekspercką. Z kolei lekarz występuje tu w pozycji nadrzędnej: posiada wiedzę i umiejętności, a także instytucjonalne zaplecze medyczne. Dysponuje on zatem tzw. autorytetem z nadania, co zwłaszcza pod koniec XX w. wpłynęło na osiągnięcie przez przedstawicieli środowiska lekarskiego wysokiej pozycji społecznej. Trzeba jednak zaznaczyć, że na przestrzeni wieków relacja lekarz–pacjent przybierała bądź formę

paternalistyczną, bądź partnerską (Ostrowska 2011, 11). Zarówno ta pierwsza, rozumiana jako pełne podporządkowanie się pacjenta lekarzowi, jak i druga, którą można określić mianem wspólnego działania, stanowią w opinii badaczki tzw. modele idealne. Autorka podkreśla, że w medycynie najczęściej nie występują sytuacje, które dałyby się jednoznacznie przyporządkować tylko do jednej z opisanych możliwości. Tym samym prawa pacjenta znajdują się w tym ujęciu niejako nieustannie pomiędzy „obawą naruszenia” a „nadzieją realizacji”.

Postawa partnerska, według Ostrowskiej, jest łatwiejsza do osiągnięcia dla lekarza. Jego zadaniem jest w tej sytuacji „przedstawienie na poziomie zrozumiałym dla pacjenta patomechanizmu jego choroby, możliwych alternatywnych terapii, skutków przyjętej opcji i wspólne podjęcie realistycznych dla pacjenta decyzji co do leczenia” (Ostrowska 2011, 12). Tym samym lekarz, realizując prawo pacjenta do informacji, odnosi się nie tylko do kwestii *explicite* związanych z sytuacją zdrowotną chorego, lecz w sposób precyzyjny ukazuje również złożoność spodziewanych procedur medycznych. Działania te regulują zapisy wyżej wymienionej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: art. 9, ust. 2 stanowi, że osoba leczona ma prawo do uzyskania przystępnej informacji „o stanie zdrowia [...], rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Dodać jednak należy, że relacja partnerska jest wartościowa nie tylko dla pacjenta. W opinii Ostrowskiej, powołującej się w swoich rozważaniach na Eliota Freidsona, partnerskie podejście do pacjenta pozwala lekarzowi na „podzielenie się odpowiedzialnością”. Proces terapeutyczny może się wiązać z pojawieniem się stresu – nie tylko u chorego, lecz także u lekarza, obawiającego się postawienia błędnej diagnozy, zastosowania nieodpowiednich leków lub wystąpienia niepożądanych objawów po zaaplikowaniu środków farmakologicznych (Ostrowska 2011, 11).

Antonina Ostrowska zwraca uwagę na jeszcze jedno zaskakujące zjawisko: postawa paternalistyczna może stanowić nie tyle zaprzeczenie, ile wypełnienie idei poszanowania praw pacjenta. Ostrowska dostrzega, że partnerskie podejście nie zawsze jest możliwe do realizacji. Lekarz powinien traktować pacjenta jako partnera przede wszystkim w sytuacji, kiedy chory doświadcza schorzenia o charakterze przewlekłym. Wówczas wzbudzenie nadziei, regularne informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia oraz poszukiwanie wspólnych rozwiązań odgrywa istotną rolę terapeutyczną (Czabała 2000, 176–180). Działania takie nie są jednak możliwe w przypadkach nagłych – wówczas lekarz nie ma czasu, by dyskutować z pacjentem o możliwych scenariuszach leczenia, lecz zobowiązany jest do podjęcia działań ratujących jego życie (Ostrowska 2011, 11). W opinii Ostrowskiej postawa paternalistyczna może być wręcz wymuszona przez pacjenta. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent oczekuje od personelu, iż ten otoczy go opieką wręcz o charakterze swoistego decyzyjnego ubezwłasnowolnienia: „niektórym z nich [mowa tu

o pacjentach – przyp. B.K.] odpowiada rola ubezwłasnowolnionych w chorobie, nieobarczonych ciężarem podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia. W takich sytuacjach pacjent niejako sam podmiotowo dokonuje wyboru scedowania jakiejś części swojej autonomii na rzecz lekarza” (Ostrowska 2011, 11). Gwarantujący pacjentowi taką możliwość zapis można znaleźć w ustawie o prawach pacjenta: „Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji” (por. art. 9, ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Zdaniem Ostrowskiej zdarzają się takie sytuacje medyczne, w których prawdziwą realizacją zasady poszanowania godności i intymności pacjenta będzie przyjęcie przez lekarza postawy paternalistycznej, a nie partnerskiej. Autorka jako przykład podaje badania ginekologiczne, wymuszające niejako zachowanie dystansu między lekarzem a pacjentem. Jego skrócenie w sytuacji, kiedy pacjentka zmuszona jest do ukazywania najintymniejszych części ciała, byłoby ewidentnym naruszeniem jej godności. Badanie takie, w rozumieniu paternalistycznym, musi być przeprowadzone jako czynność o czysto medyczno-technicznym charakterze. Oczywiście zasadne jest, by po zakończeniu kontroli lekarskiej nastąpiło skrócenie dystansu, dzięki czemu pacjentka bez doświadczania stresu będzie mogła np. uzyskać istotne dla niej informacje. Tym samym, według Antoniny Ostrowskiej, w medycynie mamy nieustannie do czynienia z kontinuum obu opisanych powyżej orientacji (Ostrowska 2011, 12).

4. PRAWO DO (OCHRONY) ZDROWIA

Przenosząc prezentowane rozważania na poziom makrospołeczny, należy zauważyć, że w pracach omawianej badaczki odnaleźć można przede wszystkim analizy problematyki równego dostępu do usług medycznych. Antonina Ostrowska, powołując się na liczne międzynarodowe badania, już w latach 80. XX w. lansowała pogląd, iż jednym z czołowych elementów determinujących dobry stan zdrowia jednostki jest jej sytuacja materialna. Tym samym autorka, podobnie jak Norman Goodman (Goodman 2001, 267), jest zdania, że „zasobność” ekonomiczna pacjenta w sposób wyraźny wpływa na możliwość podjęcia działań ratujących własne zdrowie. Ostrowska zaznacza jednak, iż pojęcie prawa do ochrony zdrowia winno być w tym kontekście definiowane w sposób precyzyjny. Według badaczki niezasadnione jest formułowanie tezy, iż każda jednostka posiada takie samo prawo do pozostawania w jak najlepszym stanie zdrowia. Błędne jest twierdzenie, iż państwo ma obowiązek zapewnienia zdrowia poszczególnym jednostkom (w podobny sposób niejednokrotnie definiowane jest prawo do zdrowia). Z całą pewnością istnieje prawo odnoszące się do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Państwo zobowiązane jest do wprowadzenia jasnych i sprawiedliwych zasad ich dystrybucji⁵,

⁵ W Polsce podobna generalna zasada została wyrażona w art. 68 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji

nie oznacza to jednak, iż określona władza zobowiązana jest do zagwarantowania wszystkim swoim obywatelom takiego samego (w rozumieniu: dobrego) stanu zdrowia. Ten bowiem zależy w dużej mierze od czynników od państwa niezależnych, m.in. determinowanych przez działania samego chorego oraz środowisko, w którym on się znajduje: nawyki żywieniowe, nałogi, troskę o zdrowie, higienę zdrowia psychicznego, indywidualną sytuację życiową i zawodową itp. (Ostrowska 1999, 129–136).

Odnosząc się do powyższych spostrzeżeń, autorka dodaje, iż problem niewłaściwej dystrybucji świadczeń zdrowotnych na początku XXI w. przejawia się w Polsce przede wszystkim w aspekcie nierównego dostępu do najnowszych zdobyczy medycyny: „notowana w statystykach poprawa dostępności polskich pacjentów do nowych technologii diagnostycznych czy leczniczych (np. chirurgii małoinwazyjnej) dokonuje się ze znacznym udziałem lecznictwa prywatnego” (Ostrowska 2010a, 2). W tym kontekście badaczka zwraca uwagę, że prawdziwy postęp w medycynie polega nie tylko na wykorzystywaniu nowoczesnych technik leczniczych, ale nade wszystko na promowaniu spójnego systemu ochrony zdrowia, który powinien koncentrować się na: inteligentnej profilaktyce, innowacyjnym zarządzaniu służbą zdrowia i poszanowaniu praw pacjenta (Ostrowska 2010a, 2). Do naruszenia tych praw może dojść nie tylko wskutek podejmowania działań dyskryminacyjnych w dostępie do usług medycznych. Jak wykazały badania Ostrowskiej⁶, na poziomie relacji lekarz–pacjent nierespektowanie praw tego drugiego może objawiać się poprzez używanie przez medyka niezrozumiałych dla pacjenta sformułowań (Gromadcka-Sutkiewicz 2004, 303). Tym samym może dojść do sytuacji, w której pacjent będzie wyrażał zgodę na działania, o których poinformowany został w sposób „nieprzystępny”, a więc sprzeczny z przywołaną wcześniej ustawą o prawach pacjenta. Jak stanowi art. 9, ust. 2 tego aktu prawnego, „Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Ponadto wyniki przeprowadzonych przez Antoninę Ostrowską badań wskazują, że na charakter relacji pacjenta z lekarzem istotnie oddziałuje również wykształcenie pacjenta. To ono wpływa bowiem bezpośrednio na poziom wiedzy medycznej danej osoby. Dodatkowo czynnik ten sprzyja racjonalnemu podejściu do własnej tymczasowej utraty zdrowia (Mielnik-Błaszczak, Ziolo, Kawiak-Jawor 2011, 97)⁷.

materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Zob. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁶ Mowa o badaniach przeprowadzonych w 1976 r.

⁷ Aspekt wykształcenia należy także uznać za jeden z najistotniejszych elementów kształtujących charakter postaw wobec osób niepełnosprawnych. Osoby o niższym poziomie wykształcenia

Powracając do głównego nurtu naszych rozważań, warto powtórzyć, że zdaniem Antoniny Ostrowskiej relacja istniejąca pomiędzy pacjentem a lekarzem może być analizowana zarówno z perspektywy teorii funkcjonalnej, jak i interakcjonistycznej. W pierwszym ujęciu najistotniejsze będzie to, iż w trakcie tego, często skomplikowanego, spotkania medycznego wspólny cel, jakim jest poprawa stanu zdrowia pacjenta, osiągany jest poprzez całkowite podporządkowanie się chorego lekarzowi, a więc ekspertowi posiadającemu fachową wiedzę. Z kolei w przypadku teorii interakcjonistycznej mamy do czynienia z modelem negocjacyjnym: „W trakcie negocjacji obie strony wypracowują wspólną definicję problemu oraz ustalają optymalne rozwiązanie” (Mielnik-Błaszczak, Ziolo, Kawiak-Jawor 2011, 96).

Antonina Ostrowska podniosła ponadto w swoich badaniach bardzo ciekawy wątek płci. Do tej pory badacze, omawiając problematykę „medycznej relacji”, zwracali głównie uwagę na takie aspekty, jak wykształcenie pacjenta, jego doświadczenia życiowe lub posiadane umiejętności społeczne. W ostatnio ukazujących się opracowaniach autorki na plan pierwszy wybijają się jednak inne zjawiska, m.in. temat stereotypów kulturowych. Ostrowska, powołując się na opracowania zachodnich badaczy, twierdzi, iż lekarze skłonni są na etapie stawiania diagnozy do ulegania społecznym generalizacjom. Otóż, w przypadku kobiet częściej niż u mężczyzn objawy somatyczne kwalifikowane są jako oznaka zaburzeń natury psychicznej: hysterii, hipochondrii, nerwicy itd. (Ostrowska 2006, 119–121).

Janusz Kirenko, współpracujący ze wspomnianą badaczką, dostrzeżę także inne stereotypy w omawianym obszarze. Podaje m.in., że największe trudności w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie nie wynikają wcale z niedostatków finansowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ale z uprzedzeń istniejących wewnątrz środowiska medycznych specjalistów, a dotyczących wzajemnego uznawania swoich kompetencji. W polskiej medycynie dominuje w dalszym ciągu model, zgodnie z którym najistotniejszą osobą w procesie terapii jest lekarz. Pacjent w tym układzie znajduje się na końcu tzw. układu podporządkowania. Skutkuje to tym, iż może on mieć trudności w egzekwowaniu prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej. Dominacja lekarza w procesie rehabilitacji może skutecznie utrudniać pacjentowi dostęp do takich specjalistów, jak fizjoterapeuta czy psycholog (Kirenko 1998, 98–99).

5. ZNACZENIE (ZROZUMIAŁYCH) INFORMACJI

W badaniach Antoniny Ostrowskiej dużo miejsca poświęca się zagadnieniom związanym z informowaniem pacjenta. Badania, jakie autorka przeprowadziła wraz z Barbarą Gąciarz i Włodzimierzem Pańkowem, pozwoliły uzyskać materiał

w znacznej większości skłonne są uznawać, iż kalectwo może być rodzajem kary, jakiej doświadcza się za popełnione grzechy (Frackowiak 2006, 10).

w postaci wypowiedzi osób korzystających ze świadczeń medycznych. Są wśród nich m.in. takie:

Lekarz to jest tak: idzie się do lekarza, przepisuje proszki – „dziękuję, do widzenia”. I jest takie coś, że relacja między mną a lekarzem to jest płytka, bo lekarz pyta się mnie, jak się czuję, [o] moje objawy. Ani nie powie o tej chorobie coś więcej. Ja chciałbym, no tyle już, siedem lat już [choruję] i jeszcze nie wiem po prostu... Plakat wisi na przykład w poczekalni, że „Schizofrenia – jesteśmy z Tobą”, czy coś takiego, ale nic nie ma, ulotki czy coś takiego (Gąciarz, Ostrowska, Pańków 2008, 92).

Wymienieni autorzy zwracają uwagę, że problem braku rzetelnego informowania pacjentów o stanie zdrowia dotyczy nie tylko poradni podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznych szpitalnych placówek. Zdaniem naukowców istotną trudnością, uniemożliwiającą sprawny powrót pacjenta do zdrowia, jest niedostateczna informacja dostarczana mu przez personel placówki, w której się leczy. Tym samym osoba opuszczająca szpital bardzo często nie dysponuje wystarczającą wiedzą, niezbędną jej do podjęcia we własnym zakresie dalszych działań zorientowanych na powrót do zdrowia. Badacze cytują w tym kontekście wypowiedź pewnej respondentki, u której dziecka stwierdzono porażenie mózgowie. Jej słowa są wskazówką i przykładem dobrych praktyk w tym zakresie: „A tymczasem wystarczy kilka rozmów lekarza czy pielęgniarki, która pokaże, jak się dzieckiem zająć, wytłumaczy, na czym choroba polega, wskaże, gdzie należy dalej szukać informacji i pomocy” (Gąciarz, Ostrowska, Pańków 2008, 92). Z przytoczonych słów wynika, że przekazanie matce ogólnych informacji na temat postępowania z chorym dzieckiem stanowiło punkt wyjścia dla jej dalszych dociekań i działań mających na celu przywrócenie zdrowia dziecku. Ukazując zagadnienie informacji z perspektywy praw pacjenta, dostrzec można w tym miejscu niejako dwie strony problemu. Formalnie rzecz biorąc, pacjent niejednokrotnie informowany jest w sposób dokładny. Ponadto personel odnotowuje w dokumentacji medycznej, iż dana osoba uzyskała np. wiedzę dotyczącą zabiegu. W praktyce jednak problem leży najczęściej w słownictwie używanym przez personel medyczny. Pacjenci oraz ich bliscy nie znają fachowych terminów. Tym samym nie można uznać, iż przekazanie niezrozumiałej informacji jest *de facto* poinformowaniem pacjenta.

Warto też odnotować, że w przypadku relacji pomiędzy pacjentką a lekarzem, w tym w szczególności specjalistą ginekologiem, zaburzenie procesu komunikacyjnego, zwłaszcza w zakresie realizacji prawa pacjentki do uzyskania informacji, stanowi, zdaniem Antoniny Ostrowskiej, jeden z podstawowych czynników determinujących zaprzestanie korzystania przez kobiety z usług tego rodzaju specjalistów. Z analiz, jakie autorka przeprowadziła w 2010 r. na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet, wynika, iż „brak zadowolenia z relacji z lekarzem powoduje poszukiwanie innego lekarza (nie zawsze jest wybór) lub zaniechanie wizyt w ogóle. Lekarze na ogół nie udzielają kobietom żadnych wyjaśnień związanych z przeprowadzonymi badaniami. Mówią jedynie, że wyniki są w porządku lub

nie” (Ostrowska 2010a, 6–7). Warto jednak podkreślić, że z badań Ostrowskiej jasno wynika też, że kobiety, które korzystają z usług prywatnych ginekologów, otrzymują znacznie więcej informacji dotyczących ich stanu zdrowia. Tym bardziej jest to istotne, że wyniki omawianej tutaj socjomedycznej analizy wskazują, iż kobiety w znacznej większości nie korzystają z możliwości zadawania pytań lub wnioskowania o udzielenie bardziej szczegółowej informacji (tamże).

Do podobnych wniosków autorka doszła już wiele lat temu. W jednym z pierwszych opracowań naukowych dotyczących potrzeb zdrowotnych Polaków Ostrowska zwróciła uwagę, iż 50% respondentów biorących udział w ogólnopolskim badaniu przeprowadzonym w 1961 r. było zdania, iż lekarze przyjmujący prywatnie mają znacznie lepszy kontakt z chorymi niż ich koledzy wykonujący podobne czynności w ramach państwowego etatu. W opinii badanych na wysoką jakość kontaktu lekarza przyjmującego prywatnie z pacjentem wpływa fakt uzyskiwania wysokich dochodów za świadczone usługi oraz wykonywanie pracy w odpowiednich warunkach (Ostrowska 1975, 85–86).

Omawiając przytoczone wyniki badań, które – mimo upływu wielu lat – są nadal aktualne, warto zwrócić uwagę, iż Ostrowska podjęła się próby skonstruowania modelu tzw. idealnego lekarza; co ciekawe – modelu, którego wyznaczniki w dużej mierze odwołują się do nadal aktualnych i niezwykle istotnych aspektów relacji lekarz–pacjent⁸. Opierając się na wynikach badań, autorka formułuje tezę, że respondenci w momencie dokonywania wyboru lekarza w znacznej większości zwracają uwagę na jego fachowość, posiadane kwalifikacje (44,9%) oraz „właściwy stosunek do pacjenta: uprzejmość, życzliwość, troskliwość” (41,8%) (Mielnik-Błaszczak, Ziolo, Kawiak-Jawor 2011, 105–117). Co interesujące, wskazywanie tych właśnie cech jako cech idealnego lekarza charakterystyczne jest dla pacjentów, którzy spotkali się z opieką lekarską na wysokim i satysfakcjonującym poziomie. I odwrotnie – dla respondentów, którzy doświadczyli niekompetencji ze strony lekarza, wymienione cechy nie przedstawiają wartości. Ponadto większość osób badanych (53,5%) podkreślała, że do modelu idealnego lekarza bardziej pasuje osoba starsza. W opinii respondentów starszy lekarz, ze względu na swoje doświadczenie zawodowe, wykazuje się większą sumiennością oraz jest lepiej nastawiony do leczonych pacjentów. Autorka zwróciła jednak uwagę, iż cechy sumienności i doświadczenia były najistotniejsze dla osób nieposiadających wyższego wykształcenia. Z kolei taka cecha jak łatwość nawiązywania kontaktu z pacjentem była najważniejsza dla respondentów z wyższym wykształceniem (Mielnik-Błaszczak, Ziolo, Kawiak-Jawor 2011, 105–117).

Zdaniem Antoniny Ostrowskiej nie tylko wykształcenie, lecz także status społeczny ma istotne znaczenie w ramach relacji na linii lekarz–pacjent. Autorka

⁸ Wyniki badań prowadzonych przez Ostrowską pod koniec lat 70., a następnie u schyłku lat 90. XX w. pokazały, że do najistotniejszych cech lekarza, niejako modelowych, należą: umiejętność nawiązywania kontaktu z osobą chorą oraz zdolność do jasnego przedstawiania informacji związanych z leczeniem (zob. Mielnik-Błaszczak, Ziolo, Kawiak-Jawor 2011, 97).

w tym kontekście wskazuje na pojawienie się w Polsce po okresie transformacji ustrojowej ruchu na rzecz praw pacjenta. Zjawisko to, zdaniem badaczki, związane było z koniecznością wprowadzenia zmian o dwojakim charakterze. Po pierwsze, dążono do wprowadzenia – standardowego w zachodnim świecie – modelu relacji opartej na partnerstwie. Tym samym oczekiwano, że z polskich szpitali zostanie wyrugowana zasada, zgodnie z którą jedynie lekarz może być dysponentem wiedzy o stanie zdrowia pacjenta. Po drugie, dążono do stworzenia takiego systemu ochrony zdrowia, w którym zasady dostępu do usług medycznych miałyby przejrzysty charakter. Z jednej strony bowiem w okresie PRL zakładano, iż np. dyrektor wielkiej fabryki jako pacjent ma dokładnie takie same prawa, jak leżący obok niego na sali chorych niewykwalifikowany robotnik. Reguła ta była jednak, jak wiadomo, w czasach ustroju socjalistycznego wielokrotnie naruszana poprzez nieformalne działania osób posiadających dostęp do intratnych usług lub oferujących łapówkę, np. za uzyskanie miejsca w specjalistycznym szpitalu. Reformy zdrowotne końca lat 90. XX w., polegające m.in. na likwidacji rejonizacji i wprowadzeniu swobody wyboru lekarza, miały na celu wypracowanie standardów dających pacjentowi realny wpływ na tę decyzję, tj. umożliwiających wybór osoby, która w jego ocenie w najlepszy sposób będzie sprawowała nad nim opiekę medyczną (Ostrowska 2002, 1–2). Tym samym zreformowanie systemu ochrony zdrowia miało doprowadzić do sytuacji, w której pacjent w procesie terapii będzie stroną bardziej świadomą stanu swojego zdrowia oraz możliwości medyczno-prawnych (por. Tatur, Książek, Tyszko 2005, 500). Świadomość ta może jednak pojawić się dopiero wówczas, gdy model pracy lekarza uwzględni aspekt humanistyczny. Z badań, jakie przeprowadziły w tym zakresie Dorota Cianciara i Maria Miller wynika, iż podobny aspekt edukacji lekarskiej wciąż napotyka na liczne bariery, m.in. w postaci nieumiejętności przekazywania wiedzy, przeświadczenia o niskiej randze takich działań oraz – nadal istniejącej – obawie przed skutkami przekazania części wiedzy pacjentowi (Cianciara, Miller 2003, 538). Konkludując, należy zatem stwierdzić, iż jednym z najważniejszych i wciąż aktualnych postulatów dotyczących omawianej relacji jest poszanowanie prawa pacjenta do uzyskania rzetelnej informacji. Odnosząc się bowiem do definicji owego prawa, warto w tym miejscu przypomnieć, iż stanowi ono nieodzowną podstawę umożliwiającą wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody (por. Bujny 2007, 158).

6. PRÓBA PODSUMOWANIA

Prawa pacjenta są niezwykle ciekawym fenomenem. Z jednej strony są obecne jako istotny element szeroko rozumianych dyskusji dotyczących ochrony zdrowia, z drugiej zaś niejednokrotnie spotkać się można z wręcz ironicznymi opiniami sugerującymi, iż w praktyce uprawnienia pacjentów nie istnieją. Zaznacza się, iż pacjent w trakcie udzielania mu świadczeń zdrowotnych znajduje się na znacznie

gorszej pozycji niż ekspert medyczny. Wszakże dodaje się, iż system ochrony praw pacjenta jest nadal w Polsce niedoskonały (Kmieciak 2016). Warto podkreślić, że nadal żywa w społeczeństwie jest wyrażona powyżej opinia, wskazująca na dominującą rolę lekarza w procesie terapii. W tym miejscu pojawia się jednak pytanie: Czy owa dominacja zawsze jest sprzeczna z ideą praw pacjenta? Wydaje się, iż Jędrzej Bujny słusznie podniósł, iż prawa pacjenckie nieustannie znajdują się niejako pomiędzy autonomią a paternalizmem. Stale podejmowane są działania społeczne mające na celu edukację w kwestii uprawnień osób diagnozowanych i leczonych, zajmujących mniej komfortową pozycję niż lekarze czy pielęgniarki. Nie można jednak nie dostrzec, że przedstawiciele profesji medycznych niejednokrotnie znajdują się w sytuacjach, w których muszą naruszyć autonomię pacjenta. Przyczyną owego naruszenia jest najczęściej swoiste przejęcie kontroli nad sytuacją, w jakiej znajduje się osoba chora lub cierpiąca. Należy dodać, że działanie o paternalistycznym charakterze wielokrotnie nie ma na celu naruszenia czyjejkolwiek godności lub intymności. Takimi interwencjami dąży się natomiast do uratowania przede wszystkim życia pacjenta (Bujny 2007, 20). Na podobne konteksty zwrócił uwagę przywołany we wstępie prof. Janusz Skalski. Jako kardiochirurg bardzo często podejmuje on działania natychmiastowe. Niejednokrotnie są one wykonywane bez zgody pacjenta, który np. jest nieprzytomny. Zdarzają się jednak sytuacje, w których lekarz – jak twierdzi sam Skalski – zmuszony jest podjąć interwencję bez zgody np. opiekunów prawnych małoletniego pacjenta, którzy sprzeciwiają się przeprowadzeniu operacji ratującej życie dziecka. W podobnych razach nierzadko brakuje czasu na uzyskanie zgody sądu opiekuńczego, do czego zobowiązuje lekarza art. 34, ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943 ze zm.). Choć w podobnym scenariuszu lekarz z całą pewnością wkracza w sferę intymności i godności pacjenta, to jednocześnie podejmuje działania zmierzające do realizacji jednego z fundamentalnych uprawnień każdego człowieka – prawa do życia.

Wydaje się, iż w codziennych sytuacjach medycznych wyzwania dotyczące ochrony praw pacjenta posiadają nieco inny charakter. Odnoszą się one przede wszystkim do relacji, jaka zachodzi między pacjentem a lekarzem czy pielęgniarką. Częstokroć to właśnie składowe owej relacji, a nie treść oficjalnego ustawowego dokumentu wpływają na stopień przestrzegania praw pacjenta. Jak wspomniano powyżej, analizując badania Antoniny Ostrowskiej, z perspektywy formalnej może zdarzyć się sytuacja, w której uprawnienia pacjenta będą realizowane w sposób modelowy: w oddziale będzie wywieszona ustawa o prawach pacjenta, w dokumentacji zostanie odnotowane, iż pacjenta poinformowano o działaniach medycznych; co więcej, pacjent pisemnie na wszelkie aktywności wyrazi zgodę. W praktyce jednak ów pacjent może otrzymać informacje wyrażone słowami, które usłyszy pierwszy raz w życiu. Chory może odczuwać silny stres związany z wizytą oraz obawy dotyczące wyniku diagnozy lub przebiegu operacji. Zatem realizacja praw pacjenta odnosi się w tym przypadku nie tylko

do literalnego brzmienia przepisu, lecz do praktycznej formy kontaktu medyka z pacjentem. Wyniki analiz i opisane wyżej refleksje Antoniny Ostrowskiej dowodzą, iż wizyta w szpitalu lub nawet w poradni to niejednokrotnie zdarzenie szczególne i trudne. Uzyskanie informacji – a więc realizacja prawa pacjenta – może zmniejszyć lęk, ale tylko wówczas, gdy informacja ta zostanie przekazana w sposób zrozumiały. Jak słusznie w podobnym kontekście zauważyli Joanna Różańska i Paweł Łuków, prawa pacjenta zaczynają się nie „w gabinecie lekarskim, ale już w korytarzu poradni” (Łasiczka 2013). Ich realizacja jest możliwa wyłącznie poprzez elementarne oraz nieustanne „włączanie” w proces diagnozy i terapii takich elementów, jak: empatia, szacunek i troska. Założenia te są, być może, idealistyczne. Nie ulega jednak wątpliwości, że doświadczenia medyczne pacjentów mają zawsze charakter szczególny. To właśnie dlatego tak istotne są nie tylko odpowiednie zapisy dotyczące ochrony praw pacjenta, lecz także ich odpowiedzialna społeczna aplikacja, uwzględniająca wyjątkowość osoby cierpiącej. Jak więc osiągnąć powyższy cel? Jednym z elementów podobnego działania może być realizacja tzw. kultury spotkania, „[...] w której każdy ma coś dobrego, czym może obdarzyć, i wszyscy mogą coś dobrego otrzymać w zamian. Drugi ma zawsze coś, co może mi dać, jeśli potrafimy zbliżyć się do niego w postawie otwartej i z dyspozycyjnością, bez uprzedzeń” (*Przemówienie papieża Franciszka do brazylijskich elit...* 2013; Bergoglio, Skórka 2013, 9).

BIBLIOGRAFIA

- Bergoglio, Jorge, Abraham Skórka. 2013. *W niebie i na ziemi*. Kraków: Znak.
- Boratyńska, Maria, Przemysław Konieczniak. 2001. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Difin.
- Bujny, Jędrzej. 2007. *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: C.H. Beck.
- Cianciara, Dorota, Maria Miller. 2003. „Postawa lekarzy wobec edukacji pacjenta”. *Przegląd Epidemiologiczny* 3: 531–540.
- Czabała, Jan Cz. 2000. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Doroszevska, Antonina. 2011. „Socjologiczne aspekty praw pacjenta – analiza wybranych problemów”. W *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*. Red. Teresa Mróz. 119–131. Białystok: Wydawnictwo Temida 2.
- Drozdowska, Urszula. 2007. *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*. Warszawa: C.H. Beck.
- Frąckowiak, Monika. 2006. „Status społeczny osób chorych psychicznie w perspektywie socjologiczno-historycznej”. *Zeszyty Naukowe Instytutu Socjologii UAM* 0: 5–30.
- Frieske, Kazimierz. 2001. *Socjologia prawa*, Warszawa–Poznań: Iuris.
- Gąciarz, Barbara, Antonina Ostrowska, Włodzimierz Pańków. 2008. *Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych zamieszkałych w małych miastach i na terenach wiejskich – uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń. Raport z badań*, Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Goodman, Norman. 2001. *Wstęp do socjologii*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Gromadeczka-Sutkiewicz, Małgorzata. 2004. „Wybrane elementy relacji lekarz – pacjent w opinii pacjentów”. *Nowiny Lekarskie* 4: 301–303.
- Jezierska, Agnieszka. 2006. *Prawa pacjenta. Medyczna encyklopedia prawa*. Warszawa: Infor S.A. (wydanie elektroniczne).

- Karkowska, Dorota. 2004. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Każmierczak, Agnieszka. 2010. „Doświadczenie choroby przez pacjentów z perspektywy relacji z personelem medycznym”. W *Doświadczenie choroby w perspektywie nauk humanistycznych, społecznych i medycznych*. Red. Bożena Płonka-Syroka, Michał Skrzypek. 223–228. Wrocław: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich.
- Kirenko, Janusz. 1998. „Osoby z niesprawnością narządu ruchu z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego”. W *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*. Red. Barbara Szczepankowska, Antonina Ostrowska. 91–105. Warszawa: Krajowy Urząd Pracy.
- Kmieciak, Błażej. 2014. „Prawa pacjenta z perspektywy funkcjonalnej refleksji”. *Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna* 3 (1): 169–191.
- Kmieciak, Błażej. 2015a. „Prawa pacjenta – między relacją a interakcją”. W *Opieka zdrowotna – wybrane zagadnienia*. Red. Paulina Ucieklak-Jeż. 47–59. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza.
- Kmieciak, Błażej. 2015b. *Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe KUL.
- Kmieciak, Błażej. 2016. *Prawa pacjenta z rzecznikiem w tle*. <http://gosc.pl/doc/3589049.Prawa-pacjenta-z-rzecznikiem-w-tle> [dostęp 30.12.2016].
- Kojder, Andrzej. 2006. „Z Czerniowców w szeroki świat... Eugen Ehrlich i narodziny idei socjologii prawa”. W *Stawanie się społeczeństwa. Szkice ofiarowane Piotrowi Sztompce z okazji 40-lecia pracy naukowej*. Red. Andrzej Flis. 19–40. Kraków: Universitas.
- Łasiczak, Cezary. 2013. *O prawach pacjenta w kontekście bioetyki – rozmawiają dr Joanna Różnińska i prof. Paweł Łuków*. Radio TOK FM, 3 kwietnia 2013 r. [archiwum autora].
- Łaska-Formejster, Alicja. 2015. *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Merton, Robert. 2006. „Paradygmat analizy funkcjonalnej w socjologii”. W *Współczesne teorie socjologiczne*. Wybór i oprac. Aleksandra Jasińska-Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski. 367–375. Warszawa: Scholar.
- Mielnik-Błaszczak, Maria, Anna Ziolo, Ewa Kawiak-Jawor. 2011. „Relacja lekarz – pacjent. Od paternalizmu do partnerstwa”. *Zdrowie Publiczne* 121 (1): 95–98.
- Osiatyński, Wiktor. 2012. *Wprowadzenie do praw człowieka*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka. http://www.hfhrpol.waw.pl/pliki/WOsiatyński_HistIFilo.pdf [dostęp 15.06.2012].
- Ostrowska, Antonina. 1975. *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*. Warszawa–Wrocław–Kraków–Gdańsk: PAN.
- Ostrowska, Antonina. 1998. „Nierówności w sferze zdrowia”. *Kultura i Społeczeństwo* 42 (2): 151–163.
- Ostrowska, Antonina. 1999. *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Ostrowska, Antonina. 2002. *Poverty as a Factor Influencing Doctor – Patient Partnerships: Case Poland* (wyniki badań dra B. Moskalewicza przeprowadzanych w Instytucie Reumatologii, Warszawa 2002 r.). <http://www.brown.edu/Departments/Sociology/faculty/hsilver/sirs/papers/ostrowska.pdf> [dostęp 31.10.2016].
- Ostrowska, Antonina. 2006. „Kobiety i mężczyźni. Jak styl i warunki życia różnicują zdrowie?”. *Rocznik Lubuski* 32 (2): 113–129.
- Ostrowska, Antonina. 2008. „Rozprawa z czasem w chorobie przewlekłej”. W *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Red. Włodzimierz Piątkowski, Bożena Płonka-Syroka. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Ostrowska, Antonina. 2010a. „Innowacje w opiece zdrowotnej”. *Innowacyjna Medycyna* 1 (12): 2.
- Ostrowska, Antonina. 2010b. *Profilaktyka ginekologiczna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (na podstawie badania wykonanego na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet w 2010 roku)*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.

- Ostrowska, Antonina. 2011. „Socjologiczne i etyczne uwarunkowania relacji lekarzy z pacjentami”. W *Etyczne aspekty decyzji medycznych*. Red. Jan Hartman, Marcin Waligóra. 11–23. Warszawa: Lex a Wolters Kluwer business.
- PAP. 2014. *Wyżebiony dwulatek wybudzony ze śpiączki*. http://www.pap.pl/palio/html.run?Instance=cms_www.pap.pl&_PageID=1&s=infopakiet&dz=kraj&idNewsComp=187302&fileame=&idnews=190613&data=&status=biezace&_Checksum=774081925 [dostęp 20.12.2016].
- Paszowska, Małgorzata. 2002. *Prawa pacjenta jako swoista kategoria praw człowieka* (rozprawa doktorska obroniona w 2002 r. w Instytucie Socjologii UKSW). <http://nauka-polska.pl/dhtml/raporty/praceBadawcze?rtype=opis&lang=pl&objectId=22389> [dostęp 20.12.2016].
- Perehubka Igor, Mariola Rębisz, Krzysztof Marczewski. 2012. „Wybrane czynniki ryzyka instytucjonalizacji poszpitalnej”. *Zamojskie Studia i Materiały* 1 (35): 85–89.
- Petrażycki, Leon. 1985. „O ideale społecznym i odrodzeniu prawa naturalnego”. W *O nauce, prawie i moralności. Pisma wybrane*. Warszawa: PWN.
- Pieniążek, Antoni, Magdalena Stefaniuk. 2010. *Socjologia prawa – zarys wykładu*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Przemówienie papieża Franciszka do brazylijskich elit, piątek, 27 lipca*. 2013. <http://papiez.wiara.pl/doc/1643435> [dostęp 19.11.2016].
- Skalski, Janusz. 2015. *Mam odwagę mówić o cudzie – rozmawia Joanna Bątkiewicz Brożek*, Kraków: Znak.
- Skrzypek, Michał. 2011. *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Skrzypek, Michał. 2012. „Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny”. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 18 (4): 371–378.
- Sokołowska, Magdalena. 1986. *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Śliwka, Marcin. 2010. *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*. Wyd. II. Toruń: Wydawnictwo TNOiK – Dom Organizatora.
- Tatur, Grażyna, Janina Książek, Piotr Tyszko. 2005. „Pacjent jako podmiot udzielanych świadczeń”. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 60 (16): 500–504.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943 ze zm.)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417).

Błażej Kmiecik

SOCIOLOGY OF PATIENTS' RIGHTS: SELECTED REMARKS, ANALYSIS AND REFLECTION

Abstract. The legal situation of the patient has become one of the most important elements of the debate on health care. It is related to the specific situation. The patient during a meeting with a medical expert is forced to provide intimate details about his life. Patients' rights are most often analysed in legal terms relating to specific laws or regulations. It should be noted, however, that these rights of patients "live" primarily in institutions such as hospitals or clinics. Moreover, they are not only a part of the broadly understood system of medical law. They refer to a specific meeting that occurs between the patient and the medical expert.

How can the mentioned relationship be applied to the concept of patients' rights? Are there any laws that specifically relate to the interaction which occurs between the doctor and the patient? Is the formal implementation of the regulations sufficient to conclude that patients' rights are fully respected? The proposed article is an attempt to answer these questions.

Keywords: patients' rights, medical law, sociology of law, human dignity, health maintenance organization.