

Kilka uwag na temat *ratio legis* tak zwanych polskich standardów opieki okołoporodowej

Ewa Plebanek

Katedra Prawa Administracyjnego i Zamówień Publicznych
Wydział Finansów i Prawa, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Adres do korespondencji: Ewa Plebanek, Katedra Prawa Administracyjnego i Zamówień Publicznych, Wydział Finansów i Prawa, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków, plebanee@uek.krakow.pl

■ Abstract

Some remarks on ratio legis of the so-called Polish standards for perinatal care

Author in the article presents the evaluation and legal relevance of Regulation of the Ministry of Health which regulates the standard of conduct and medical procedures for the delivery of health services in the field of perinatal care provided to women during physiological pregnancy, physiological birth, confinement and infant care. It is indicated that the regulations containing the so-called standards of medical care during the perinatal period, may contribute to the improvement of organisation of the care provided to patient during pregnancy, delivery and to the newborn. However, the regulations should not include provisions which describe the standard of medical conduct. They cannot also exclude many of the factors which seriously and negatively affect the level of medical care during the perinatal period in Polish hospitals.

Key words: medical care during the perinatal period, standard for perinatal care, labour, cesarean section, midwife, obstetrician gynaecologist, newborn, childbirth, pregnancy, Regulation of the Ministry of Health on the standards of conduct and medical procedures for the delivery of health services in the field of perinatal care provided to women during physiological pregnancy, physiological birth, confinement and infant care

Słowa kluczowe: opieka okołoporodowa, standardy opieki okołoporodowej, poród, cesarskie cięcie, położna, lekarz położnik, noworodek, narodziny, ciąża, Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem

■ Wprowadzenie

Zmiany normatywne na poziomie ministerialnych rozporządzeń zazwyczaj nie budzą znaczącego zainteresowania społeczeństwa, mediów i polityków. Jednak w przypadku rozporządzeń Ministra Zdrowia określanych zbiorczo „standardami opieki okołoporodowej”¹, jest inaczej. Są to bowiem regulacje odnoszące się do materii, która dotyczy każdego człowieka i budzi emocje. Dlatego też warto z perspektywy prawnej odnieść się do niektórych argumentów padających w burzliwej publicznej dyskusji towarzyszącej tworzeniu tych aktów normatywnych, aby wskazać, którym celom mogą one służyć,

a którym spośród deklarowanych przez projektodawców i legislatora celom służyć nie mogą.

Obowiązujące do 31 grudnia 2018 roku rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej zostały przygotowane przez pracujący od roku 2007 zespół składający się z ekspertów nauk medycznych i przedstawicieli stowarzyszeń oraz fundacji działających na rzecz poprawy warunków opieki okołoporodowej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia Zbigniewa Religi. Celem, który przyswiecał inicjatorom nadania standardom opieki okołoporodowej rangi rozporządzeń, było „ograniczenie nadmiernej

medyalizacji porodu fizjologicznego, przestrzeganie praw pacjenta, stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej i zwiększenie satysfakcji pacjentek z opieki okołoporodowej. Standardy miały stanowić odpowiedź na realne problemy związane z jakością i sposobem świadczenia zabiegów z zakresu opieki okołoporodowej. Polskie pacjentki „nie chciały więcej doświadczać odhumanizowanej opieki, szpitalnej rutyny, przestarzałych, często szkodliwych procedur medycznych” [1, 2]. Standardy medyczne i organizacyjne ujęte w rozporządzeniu miały stanowić gwarancję przestrzegania prawa pacjentki do samostanowienia oraz respektowania jej godności i intymności, gdyż „zostało to określone jako stały element nowoczesnej opieki” i wprowadzania jedynie takich procedur medycznych, które są „zgodne z najnowszymi doniesieniami naukowymi” [1, 2]. Takie ujęcie zdecydowało o tym, iż rozporządzenie z 2012 roku, mające zastosowanie do statystycznie największej grupy pacjentek, albowiem regulujące standardy postępowania w prowadzeniu fizjologicznej ciąży, porodu, porożenia i opieki nad noworodkiem, oprócz standardów organizacyjnych związanych z opieką okołoporodową, zawiera także przepisy, które zaskakują w akcie normatywnym, nawet przy założeniu, że zawiera on nie tylko standardy organizacyjne, lecz także medyczne. Wiele zapisów rozporządzenia nie różni się bowiem od podręcznika medycznego z zakresu ginekologii, położnictwa i neonatologii², jeżeli zaś chodzi o rozporządzenie z 2015 roku, to jest ono niemal w całości poświęcone medycznym charakterystykom poszczególnych powikłań ginekologiczno-położniczych, metodom ich diagnozowania i neutralizowania. Oprócz wymienionych zapisów w rozporządzeniu z 2012 roku można znaleźć także przepisy regulujące podstawowe zasady dobrego wychowania obowiązujące członków personelu medycznego odnoszące się między innymi do konieczności uprzejmego sposobu witania się i zwracania się do pacjentki, „odpowiedniego tonu rozmowy”, przedstawienia się pacjentce, „zachęcania” kobiety do określonych aktywności w czasie porodu i porożenia, normy nakazujące personelowi medycznemu „traktowanie rodzącej z szacunkiem” oraz „umożliwienie jej brania udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem”, pozostawienie pacjentce możliwości przemieszczania się, przyjmowania przejrzystych płynów w czasie prawidłowo przebiegającej akcji porodowej, a także kwestie – wydawać by się mogło – oczywiste, jak dopuszczenie do pacjentki i dziecka osoby bliskiej, umożliwienie pacjentce pierwszego kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po prawidłowo przebiegającym porodzie, wspieranie pacjentki w karmieniu piersią. W ograniczonym zakresie tego rodzaju zapisy zawiera także przedstawiony 4 kwietnia 2018 roku projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia mający zastąpić od 1 stycznia 2019 roku dotychczasowe standardy [3, 4].

10 czerwca 2016 roku przyjęto nowelizację ustawy o działalności leczniczej: znowelizowany art. 22 ust. 5 uchylił upoważnienie nadane Ministrowi Zdrowia do wydawania w drodze rozporządzeń standardów postępowania medycznego, pozostawiając jedynie upoważnienie do wydawania standardów organizacyjnych

opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą³. Zmiana ustawy przesądziła o tym, że obowiązujące „standardy postępowania medycznego” tracą moc najpóźniej 31 grudnia 2018 roku. W praktyce nowelizacja dotyczy jedynie rozporządzeń regulujących zasady sprawowania opieki zdrowotnej nad pacjentką i noworodkiem w okresie ciąży, porodu, porożenia, nie wydano bowiem rozporządzeń obejmujących standardy opieki medycznej odnoszące się do innych grup pacjentów. Minister Zdrowia, Konstanty Radziwiłł, rekomendował powyższą zmianę na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i uzasadnił swą decyzję, podnosząc, iż likwidacja upoważnienia ministerialnego do określania poprzez rozporządzenia standardów medycznych jest konieczna, ponieważ stanowi „jaskrawe i nieuprawnione wkroczenie władzy ustawodawczej i administracyjnej w autonomiczny obszar nauki i wiedzy”⁴. Argumentacja ta nie przekonała podmiotów zabiegających o respektowanie praw pacjentów, Rzecznika Praw Dziecka [5] i Rzecznika Praw Obywatelskich. Wskazywano między innymi, iż utrata mocy, szczególnie przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem, „cofa nas do ponurych lat opresyjnego położnictwa drugiej połowy XX wieku, pełnego przemocy, odhumanizowanej opieki i korupcji (...), kiedy zasady postępowania w szpitalu stanowione były przez pracujący w nim personel, a kobieta traktowana była w sposób nieludzki i przedmiotowy” [2], spowoduje że „będzie bardzo trudno udowodnić jakąś winę lekarza, tego, że nie postępuje on zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną”, „pozbawi kobiety możliwości wniesienia skargi, ponieważ nie będą miały do czego się odwołać”, a jakość opieki, jaką otrzyma rodząca pacjentka, „będzie zależna od decyzji ordynatora lub lekarza, zwyczajów i rutyn panujących w danej placówce. Kobiety po prostu tracą swoje prawa, które zostały zawarte w rozporządzeniu (m.in. możliwość wybierania dowolnej pozycji w czasie porodu, możliwość przyjmowania przejrzystych płynów, możliwość nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry po porodzie). Chodzenie, swoboda przyjmowania wygodnych pozycji, możliwość korzystania z wanny lub prysznicza, intymna sala do porodu, wybór sposobu parcia, możliwość picia w trakcie porodu, nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem po porodzie, wsparcie w laktacji będą zależały od decyzji konkretnego lekarza w konkretnym szpitalu” [6]. Pod wpływem krytyki [7] wycofano się z pomysłu deregulacji standardów opieki okołoporodowej⁵, co wywołało potrzebę opracowania projektów rozporządzeń zastępujących dotychczasowe standardy. W dniu 23 lutego 2017 roku Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opracowania projektu rozporządzenia. W Zarządzeniu Ministra Zdrowia wskazano, iż podstawą prac zespołu ma być tracące moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2012 roku. Potwierdza to treść przygotowanego przez zespół projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyj-

nego opieki okołoporodowej przedstawionego w dniu 4 kwietnia 2018 roku: jest on powieleniem wielu rozwiązań z dotychczas obowiązujących rozporządzeń, doprecyzowuje lub modyfikuje niektóre standardy organizacyjne, wprowadza nieliczne nowe standardy postępowania, na przykład w zakresie rutynowych testów badających samopoczucie pacjentek w kierunku objawów depresji. Zgodnie z delegacją ustawową nie zawiera natomiast rozbudowanych standardów postępowania medycznego z zakresu opieki okołoporodowej i opieki nad noworodkiem znanych z obowiązujących rozporządzeń. Natomiast deklaracje projektodawców odnośnie do celów, jakie mają zostać osiągnięte dzięki wprowadzeniu nowych standardów, nie różnią się od tych, które deklarowano w toku tworzenia tracących moc rozporządzeń. Jak wskazało Ministerstwo Zdrowia, „Nowe organizacyjne standardy opieki okołoporodowej odpowiadają na głosy kobiet, które domagają się poszanowania swoich praw i potrzeb w trakcie porodu”⁶. Wskazuje się, że zawierają one „kodeks praw pacjentki, kobiety ciężarnej, kobiety w porożu”, że *de lege lata* „nie mamy takich standardów, one są rozproszone”, „standardy mają dać kobietom informacje, co im się należy, żeby mogły to egzekwować”, gdyż „pacjentkom należy się wiele rzeczy, których kobieta nie jest świadoma. W związku z tym mamy niestety w Polsce bardzo wysoki odsetek porodów poprzez cięcie cesarskie, które częściowo wynikają nie ze wskazań medycznych”⁷. W uzasadnieniu projektu rozporządzenia wprowadzającego wskazano, że odnosi się ono do „znacznie większej liczby pacjentek niż w przypadku obowiązujących przepisów”, gdyż obejmie także pacjentki „w sytuacjach szczególnych” [8], jak np. poronienie, wada letalna płodu, poród martwy, śmierć noworodka. Można jednak zauważyć, że poszerzenie grona pacjentek, do których mają odnosić się nowe standardy, wynika z tego, że od 2015 roku do sytuacji pacjentek po „niepowodzeniu położniczym” odnosiło się Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, tracące moc na rzecz analizowanego projektu rozporządzenia. Chociaż projektodawcy podkreślają, że projekt nowych standardów opieki okołoporodowej nie zawiera „standardów postępowania medycznego” i stąd też zastąpienie dotychczasowych trzech rozporządzeń jednym, mającym zawierać jedynie „standardy organizacyjne” odnoszące się do wszystkich pacjentek w okresie ciąży, porodu i porożu, nie sposób nie zauważyć, że niektóre z wysłowionych w projekcie rozporządzenia „standardów” nie mieszczą się w tradycyjnym rozumieniu pojęcia „standardów organizacyjnych”. Pojawia się zatem wątpliwość, czy nie przekroczono zakresu ustawowej delegacji, albowiem zgodnie z wykładnią językową art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej Minister Zdrowia nie powinien już przez rozporządzenia określać rekomendacji dotyczących między innymi opisu szcze-

gółowych procedur medycznych, określających pole działań diagnostyczno-terapeutycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych. Istnieje obawa, że wobec braku nowelizacji art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej rozporządzenie może okazać się niekonstytucyjne⁸.

1. Standardy opieki okołoporodowej: deklarowane cele a rzeczywistość

Nie ulega wątpliwości, iż działaniom podmiotów odpowiedzialnych zarówno za treść dotychczasowych standardów opieki okołoporodowej, jak i za treść projektu rozporządzenia mającego je zastąpić, towarzyszy szlachetna motywacja w postaci chęci poprawy jakości świadczeń medycznych z zakresu opieki okołoporodowej i likwidacja obiektywnie istniejących nieprawidłowości wpływających na niski poziom satysfakcji pacjentek [9]. Pytanie tylko, czy rozporządzenie Ministra Zdrowia zawierające wyżej opisane treści jest adekwatnym i skutecznym środkiem do realizacji tego celu. W szczególności jeżeli znacząca część nieprawidłowości ma – jak się wydaje – genezę w nawarstwiających się od dziesiątków lat problemach, niezwiązanych bezpośrednio z brakiem posiadania przez lekarzy i położne aktualnej wiedzy, praktycznych umiejętności, nieumiejętną koordynacją pracy lekarzy i położnych. Faktem notoryjnym, potwierdzonym przez raporty monitorujące respektowanie standardów opieki okołoporodowej w polskich szpitalach⁹, jest taka okoliczność, że w wielu oddziałach ginekologiczno-położniczych pracuje zbyt mała liczba lekarzy w stosunku do rzeczywistych potrzeb, co bez względu na deklaracje zawarte w uzasadnieniu rozporządzenia praktycznie wyłącza możliwość skorzystania przez rodzącą pacjentkę ze znieczulenia zewnątrzoponowego, gdyż nie ma dostępu do „wolnego” anestezjologa, który jest jedynym podmiotem mogącym udzielić tego rodzaju świadczenia. Co więcej, raporty pokontrolne wykazały, że w niektórych ośrodkach w razie wystąpienia powikłań w toku porodu drogami natury nie ma nawet możliwości wykonania natychmiastowego, nieplanowanego cesarskiego cięcia, o ile zagrożenie dla matki lub dziecka nastąpi po godzinach urzędowania jedynego anestezjologa pracującego w danej placówce lub w czasie gdy jedyny dostępny specjalista równolegle sprawuje opiekę nad innym pacjentem¹⁰. Przykładowo: „Koordynator anestezjologów w H. (...) wyjaśnił, że po godzinie 15.30 i w dni wolne od pracy może być niemożliwe podanie w krótkim czasie znieczulenia. Z uwagi na brak lekarzy anestezjologów cięcia planowe wykonywane były w godzinach dyżuru, od 8.00 do 15.30”; „W K. (...) z powodu zagrożenia życia pacjentki i jej dziecka należało natychmiast przeprowadzić zabieg c. c. Jedyny dyżurujący wówczas anestezjolog miał pod opieką niestabilną pacjentkę (...) nie mógł jednocześnie przeprowadzić znieczulenia rodzącej pacjentki (...). W konsekwencji c. c., zakończone wydobyciem martwego płodu, wykonano po upływie 20–25 minut od przewiezienia pacjentki na blok operacyjny. Formalnie oddział położniczy spełniał wymogi rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych

z 2009 roku w zakresie stałej obecności anestezjologa w lokalizacji” [10, s. 19]. Jak się wydaje świadomość tego stanu rzeczy wpłynęła także na kształt projektu nowych standardów, gdzie poza deklaracją o prawie pacjentki do „łagodzenia bólu porodowego”¹¹ oraz koniecznością poinformowania jej o metodach łagodzenia bólu, nie znalazły się zapisy gwarantujące dostęp do farmakologicznych metod łagodzenia bólu, w tym analgezji regionalnej, dla każdej pacjentki, *u której nie występują przeciwwskazania medyczne do ich zastosowania, a która wyrazi taką potrzebę*. Ze względów zasygnalizowanych w raporcie NIK nie ma bowiem realnej możliwości zapewnienia bezpiecznych warunków farmakologicznego znieczulenia porodu we wszystkich podmiotach medycznych. Na sposób funkcjonowania lekarzy oraz odnoszenie się do pacjentek mogą wpływać nie tylko nieakceptowalne współcześnie nawyki czy też brak dobrego wychowania, lecz także przesadne obciążenie obowiązkami: z uwagi na zmęczenie fizyczne i psychiczne po kilkudziesięciu godzinach ciągłej pracy lub konieczność jednoczesnego sprawowania opieki nad zbyt dużą liczbą pacjentek nie może dziwić fakt, że lekarze i położne traktują pacjentki przedmiotowo i schematycznie oraz niewłaściwie zachowują się w relacjach interpersonalnych. Fatalne warunki środowiskowe panujące wciąż w wielu niedoinwestowanych oddziałach, również nie sprzyjają poczuciu satysfakcji pacjentki z opieki okołoporodowej oraz uniemożliwiają realizację zapisów wysłowionych w standardach opieki okołoporodowej¹². Przykładowo trudno wyobrazić sobie realizację postulatu poszanowania godności i intymności pacjentki w okresie porodu lub porożenia i jednoczesnego umożliwienia przebywania przy pacjentce osób najbliższych w sytuacji, gdy znajduje się ona w wieloosobowej sali, gdzie w najlepszym razie łóżka oddzielone są od siebie parawanami. Obowiązywanie standardów, ku niepokojowi podmiotów zajmujących się kontrolą przestrzegania standardów [9, 10], nie przyczyniło się nawet do realizacji głównego spośród deklarowanych celów, mianowicie zmniejszenia odsetka cesarskich cięć. Przeciwnie, odsetek ten jest z roku na rok coraz wyższy. Co zaskakujące – występują znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi województwami, najwyższy jest w województwie podkarpackim, gdzie już w 2015 roku przekraczał 50% wszystkich porodów, podczas gdy w województwie pomorskim wynosił 33%, średnia w skali kraju zaś szacowana jest na 43% [11, s. 28]. Oznacza to, iż odsetek cesarskich cięć jest wielokrotnie wyższy niż w innych krajach europejskich, gdzie średnia europejska w 2015 roku wynosiła 25% [11, s. 58–60] oraz niż rekomendowano to w zaleceniach WHO wskazujących, iż odsetek cesarskich cięć powinien wynosić około 10–15% [12]. W prezentowanym tu ujęciu powyższe dane oraz tendencja niekoniecznie muszą wynikać z „odwleknięcia przez kobiety decyzji o macierzyństwie” [10], „lęku przed bólem”, „przekazu kulturowego” czy też „nieświadomości rzeczy, które należą się kobiecie”. Być może do zwiększania się odsetka cesarskich cięć może przyczyniać się powszechna świadomość zasygnalizowanych powyżej obiektywnie istniejących nieprawidłowości i – co za tym idzie – brak zaufania ze strony pacjentek,

że bez względu na miejsce i czas, w którym przyszłoby im odbyć spontaniczny poród drogami natury, uzyskają adekwatną do sytuacji zdrowotnej opiekę medyczną. Dla racjonalnego i dojrzałego człowieka, świadomie podejmującego decyzję o macierzyństwie, najsilniejszą motywacją jest chęć zapewnienia dziecku i sobie możliwie najbezpieczniejszych warunków narodzin. Wówczas dla pacjentki nie do zaakceptowania może być świadomość, że poród miałby się odbywać w placówce, która adekwatną do ewentualnego zagrożenia pomocą medyczną może zapewnić pod warunkiem, że poród odbędzie się w dzień roboczy przed godziną 15.30. Mając zatem na szali możliwe konsekwencje zdrowotne spóźnionej interwencji położniczej w postaci cesarskiego cięcia i potencjalne ryzyko wynikające z planowego cesarskiego cięcia przeprowadzonego „bez wskazań medycznych”, pacjentki mogą dochodzić do wniosku, że wolą podjąć ryzyko związane z planowym cesarskim cięciem bez istotnych wskazań medycznych, niż ryzyko związane z nieotrzymaniem należytej pomocy w razie wystąpienia powikłań w toku porodu drogami natury. Jak się wydaje, kierowanie się przez kobiety tego rodzaju racjonalnymi motywacjami mogą potwierdzać statystyki: w placówkach zapewniających pacjentkom adekwatną do sytuacji zdrowotnej opiekę anestezjologiczną i ginekologiczno-położniczą, polegającą nie tylko na możliwości farmakologicznego znieczulenia bólu w toku porodu drogami natury, lecz przede wszystkim gwarantujących należyłą pomoc medyczną w razie wystąpienia powikłań oraz godne warunki odbycia porodu, ciążę znacznie częściej w porównaniu ze średnim odsetkiem krajowym rozwiązywane są porodem drogami natury niż drogą cesarskiego cięcia [11, s. 15–16].

Jak wynika z *Informacji...* NIK z zakresu przestrzegania standardów opieki okołoporodowej, „standardy opieki okołoporodowej nie były w pełni przestrzegane przez personel medyczny wszystkich kontrolowanych podmiotów leczniczych” – zatem ujęcie standardów w rozporządzenia nie spowodowało, iż zaczęły być powszechnie respektowane. Można dodać, że podobny akt normatywny posiada w Europie oprócz Polski jedynie Wielka Brytania i Hiszpania [10], co jednak nie oznacza że w pozostałych krajach Europy kobiety uzyskują okołoporodowe świadczenia medyczne na niższym poziomie, niż ma to miejsce w Polsce, a ich poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej jest niższy niż w naszym kraju. Jak pokazują przytaczane powyżej statystyki odnoszące się do odsetka cesarskich cięć, a także innych medycznych interwencji w przebiegu ciąży i porodu, może być nawet przeciwnie. Wypada zatem postawić tezę, że aktualnie nie ma znaczącego związku pomiędzy istnieniem standardów opieki okołoporodowej znormatywizowanych w formie rozporządzenia a realną jakością świadczeń medycznych udzielanych kobiecie i dziecku w okresie okołoporodowym oraz wykluczeniem czynników obiektywnie zmniejszających „poziomą satysfakcję pacjentek z opieki okołoporodowej”. Z tych wszystkich względów należy wyrazić pogląd, że realna poprawa warunków opieki okołoporodowej wymaga bardziej złożonych i długofalowych działań niż wydanie rozporządze-

nia w zakresie standardów opieki medycznej. Przyczyny nieprawidłowości mają bowiem głębszą genezę niż wymagające dopracowania standardy organizacyjne. Wprowadzenie kolejnego rozporządzenia niewiele zmieni w tym zakresie także dlatego, że podobnie jak aktualnie obowiązujące standardy opieki okołoporodowej projekt nie przewiduje mechanizmu kontroli przestrzegania zapisów rozporządzenia i wyciągania konsekwencji w razie nierespektowania jego postanowień¹³.

2. Standardy postępowania medycznego jako element zbędny w standardach opieki okołoporodowej

Jak wykazano, standardy opieki okołoporodowej mają umiarkowany wpływ na praktykę szpitalną. Wypada jednak rozważyć, czy zasadniczą rolą standardów opieki okołoporodowej nie jest ochrona pacjentki i dziecka przed „najgorszym”? Czy brak precyzyjnie opisanych standardów medycznych i organizacyjnych w akcie normatywnym w randze rozporządzenia powoduje, że pacjentka może być traktowana „w sposób nieludzki i przedmiotowy”, gdyż „zasady postępowania w szpitalu” są „dowolnie stanowione przez pracujący w nim personel”, że „pacjentka nie ma się do czego odwołać”, a w razie błędu w leczeniu „sąd pozostanie bezradny, bo nie będzie się mógł odwołać do zapisów prawa” [15], pacjentka nie ma świadomości swoich praw i nie może ich „egzekwować”?

W perspektywie omawianej problematyki kluczowe znaczenia mają: artykuł 6 ustawy o prawach pacjenta stanowiący, iż „pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej”¹⁴; art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakładający na lekarza obowiązek wykonywania zawodu „zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością” oraz art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którymi na przedstawicielach tego zawodu spoczywa obowiązek wykonywania zawodu, „(...) wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej”. Należy zauważyć, że normatywizacja wybranych standardów postępowania w medycynie w formie rozporządzenia nie ogranicza wymienionych powyżej i wynikających z aktu normatywnego wyższego rzędu elementarnych obowiązków lekarza i położnej. W razie braku standardów postępowania medycznego lub opieki w danej dziedzinie medycyny pacjent może odwołać się bezpośrednio do ustawy, przedstawiciele zawodów medycznych zaś bez względu na istnienie tego rodzaju standardów mają obowiązek realizować swoje prawne obowiązki. Nie można zatem uznać za trafne twierdzenia, że brak standardów opieki okołoporodowej ujętych w rozporządzeniu powoduje, iż „zasady postępowania w szpitalu” są „dowolnie stanowione przez pracujący w nim personel”. Zadaniem standardów medycznych i organizacyjnych jest natomiast ułatwienie realizacji ustawowego obowiązku przez jednoznaczne wskazanie osobom wchodzącym w kontakt z pacjentem obiektywnego, jednolitego, minimalnego

standardu wymagań względem obowiązującej ich aktualnej wiedzy, staranności postępowania, praktycznego wykorzystywania aktualnych metod i środków technicznych Zarówno rozporządzenia Ministra Zdrowia, jak i niemające charakteru standardów normatywnych¹⁵ stanowiska Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wytyczne oraz rekomendacje innych cieszących się autorytetem organizacji i towarzystw medycznych stanowią cenne wskazówki co do reguł obowiązujących przedstawicieli zawodów medycznych w codziennej praktyce, albowiem wiąże się z nimi domniemanie, że zawierają metody powszechnie aprobowane i są oparte na aktualnej wiedzy medycznej. Nigdy jednak nie zwalniają osób sprawujących opiekę medyczną z obowiązku indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjentki, oszacowania czynników ryzyka, a następnie dobru metody rozwiązania ciąży, prowadzenia porodu optymalnej dla życia i zdrowia pacjentki oraz dziecka. Z faktu, że doszło do normatywizacji wybranych reguł postępowania w danej dziedzinie medycyny, nie wynika, że osoba zobowiązana do udzielania świadczeń medycznych ma przestrzegać jedynie tych reguł postępowania, które zostały bezpośrednio wysłowione w aktach normatywnych lub w zaleceniach i wytycznych towarzystw medycznych, natomiast w pozostałym zakresie ma pełną swobodę, bez zważania na aktualne reguły postępowania płynące ze wskazań wiedzy, praktyki i doświadczenia w danej dziedzinie medycyny. Bez względu na istnienie standardów zarówno dobór świadczeń medycznych, jak i ich realizacja mają być zawsze oparte na kryteriach przewidzianych w ustawie, zatem obowiązuje rzetelność i staranność w doborze i realizacji świadczenia medycznego, a jedynym kryterium decydującym, która z metod dostępnych jest optymalna dla pacjentki i dziecka, jest ustalenie, która z metod jest uznawana za optymalną w perspektywie wiedzy medycznej aktualnej w chwili podejmowania decyzji. Oznacza to, że bez względu na okoliczność, czy akty normatywne niższej rangi, a także zalecenia i wytyczne doprecyzowują obowiązki ustawowe lekarza lub położnej, wybór metody wykonania świadczenia zdrowotnego nieoptymalnej dla życia i zdrowia pacjentki spośród uznawanych i dostępnych w danej sytuacji lub realizacja poprawnie dobranej świadczenia jednak z nienależytą starannością oznaczają naruszenie prawnych obowiązków ciążyących na przedstawicielach tych zawodów i mogą stanowić przesłankę przypisania odpowiedzialności karnej lub cywilnej¹⁶. W razie sporu pomiędzy poszczególnymi cieszącymi się uznaniem szkołami medycznymi co do optymalnego algorytmu postępowania w danej sytuacji faktycznej każda z cieszących się uznaniem alternatywnych metod spełnia wysłowiony w ustawie standard oczekiwań – nie można zatem uczynić lekarzowi lub położnej zarzutu, iż dopuścili się błędu w leczeniu. Nie będzie także błędem w leczeniu takie zachowanie osoby zobowiązanej do opieki medycznej, która, opierając się na rzetelnej ocenie danego przypadku, przyjmie odmienny model postępowania niż zalecany przez standardy wysłowione w rozporządzeniu, o ile jest on bardziej optymalny dla życia i zdrowia pacjenta niż metoda zalecana. Oczywiście przy ocenie trafności

doboru danego algorytmu postępowania oraz rzetelności jego realizacji ma znaczenie, czy dobór algorytmu postępowania opierał się na danych, które powinny być dostępne w konkretnych okolicznościach dla rozsądnego i rzetelnego przedstawiciela danego zawodu medycznego, w chwili gdy podejmował decyzję o wdrożeniu określonych interwencji medycznych lub decydował o zaniechaniu określonych działań medycznych w naturalny tok ciąży, porodu, położu. Zatem kryterium oceny danego niepowodzenia w leczeniu pod kątem popełnienia przez lekarza lub położną błędu w leczeniu nie są dane, które posiada np. biegły lub organ procesowy analizujący dany przypadek z perspektywy *ex post*, nigdy nie jest to ocena prowadzona „wedle tezy – gdyby w porę wykonano cięcie cesarskie, nie doszłoby do tego, do czego doszło” [10, s. 31]. Należy dodać, że ustalenia faktyczne wymagające wiadomości specjalnych z danej dziedziny medycyny organ procesowy czyni nie na podstawie zapisów rozporządzeń wysławiających standardy postępowania w okresie okołoporodowym, ale opierając się na opinii biegłego, który swe tezy co do naruszenia przez potencjalnego sprawcę obowiązujących go zasad wiedzy medycznej i standardów należytej staranności, stawia w odniesieniu do działań i zaniechań konkretnej osoby w konkretnych okolicznościach, w określonym czasie, z uwzględnieniem wszystkich istotnych elementów indywidualizujących dany przypadek. Rolą organu procesowego jako podmiotu dokonującego prawnego wartościowania zachowania potencjalnego sprawcy, podobnie jak rolą biegłych, nie jest bowiem ocena „samego faktu” stosowania danej metody w światowym lub polskim położnictwie, gdyż to nie ta okoliczność podlega badaniu i wartościowaniu. Co więcej, często tego rodzaju abstrakcyjna i jednoznaczna ocena jest niemożliwa. Dopiero jeżeli w opinii przedstawicieli najważniejszych szkół medycznych postępowanie lekarza lub położnej było niezgodne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej, którą powinien był posiadać modelowy przedstawiciel zawodu medycznego o kwalifikacjach odpowiadających kwalifikacjom sprawcy, nie wykorzystywało dostępnych i aktualnych metod, nie cechowało się należyłą starannością, można mówić o błędzie w leczeniu. Natomiast takiej oceny można jednoznacznie dokonać jedynie po uwzględnieniu niepowtarzalnych okoliczności indywidualizujących dany przypadek. Zatem praktyczna rola „standardów postępowania medycznego” lub „standardów opieki” w przypisaniu odpowiedzialności prawnej jest znikoma. Przykładowo *in abstracto* przyjmuje się, że karmienie piersią jest optymalnym sposobem żywienia noworodka, zalecanym przez wszystkie standardy medyczne w polskim i światowym położnictwie, w tym polskie standardy opieki okołoporodowej. Może się jednak zdarzyć, że okoliczności indywidualizujące dany przypadek spowodują, iż zalecenie tej metody żywienia stanowi błąd w leczeniu, mogący skutkować nawet przypisaniem odpowiedzialności karnej, np. jeżeli zalecono go pacjentce zakażonej wirusem HIV. W związku z powyższym należy zdecydowanie podkreślić, że twierdzenie, jakoby brak standardów postępowania ujętych w formę rozporządzenia spowodował, iż byłoby „bardzo trudno udowodnić jakąś winę le-

karza, tego, że nie postępuje on zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną” oraz że „sąd nie ma się do czego odwołać” i tylko ich istnienie powoduje, że „pacjentka ma się do czego odwołać”, nie jest trafne. Aczkolwiek nie ulega wątpliwości, iż normatywizacja określonych standardów postępowania powoduje, że błędy w leczeniu wynikające bezpośrednio z naruszenia rozporządzenia mogą zostać uznane za rażące. Niemniej można zauważyć, że we wszystkich innych niż objęte zakresem regulacji standardów przypadkach wyroki w tak zwanych sprawach medycznych zapadają bez odwołań do tego rodzaju rozporządzeń, gdyż ich nie ma i nie pojawiają się w tym zakresie postulaty *de lege ferenda* wskazujące na istnienie luki prawnej.

Nie ulega wątpliwości, że normatywizacja standardów postępowania obowiązujących w danej dziedzinie życia jest zawsze zjawiskiem wtórnym względem dyrektyw technicznych wynikających z aktualnej wiedzy i doświadczeń w danej dziedzinie życia, służącym upowszechnianiu optymalnych i najbardziej aktualnych schematów postępowania przez osoby wchodzące w kontakt z dobrem prawnie chronionym. Z tych względów nie ma powodu, aby polskie standardy opieki okołoporodowej zawierały katalog stosowanych niegdyś, a aktualnie powszechnie uznanych za odrzucone technik i metod udzielania świadczeń medycznych, w szczególności jeżeli jednoznacznie negatywna ocena danej metody wynika z niekwestionowanych zasad wiedzy i doświadczenia oraz powszechnej dostępności bardziej optymalnych metod diagnostycznych i leczniczych. Nie ma także powodu, aby system prawa wyjątkowo traktował osoby sprawujące opiekę medyczną w okresie okołoporodowym i „przypominał” poprzez rozporządzenie wiadomości, które zobowiązani byli posiadać w procesie zdobywania kwalifikacji i uprawnień, których posiadanie warunkuje wykonywanie poszczególnych świadczeń medycznych. Elementarne i zarazem aktualne „reguły postępowania” w danej dziedzinie życia specjaliści mają obowiązek przyswoić w toku kształcenia i specjalizacji, które są zobowiązani odbyć, zanim staną się podmiotami mającymi kwalifikacje uprawniające do podejmowania określonych działań w kontakcie z dobrem prawnie chronionym. Co więcej, w medycynie, podobnie jak w wielu innych dziedzinach życia, w których dopuszczalny poziom ryzyka dla dobra prawnego jest ponadprzeciętnie wysoki, wymagane jest nie tylko zdobycie stosownych kwalifikacji i uprawnień, lecz także pojawia się prawny obowiązek ciągłego aktualizowania, podnoszenia, a nawet weryfikowania wiedzy i umiejętności, tym częstszy, im większy stopień akceptowalnego ryzyka dla dobra prawnego wiąże się z działaniami danego podmiotu. Jako przykład spoza pola medycyny można wskazać standard koniecznej wiedzy, praktycznych umiejętności oraz stanu zdrowia osób, które zdobyły uprawnienia do prowadzenia pojazdów mechanicznych: tego rodzaju weryfikacja jest tym częstsza i bardziej pogłębiona, im większe potencjalne zagrożenie dla dóbr prawnych wiąże się z błędem kierującego dany typ pojazdu, zatem odmiennie kształtują się w tym zakresie standardy obowiązujące kierowców samochodów osobowych, autobusów miejskich, cięż-

zarówek, prowadzących pociągi pasażerskie i pilotujących samoloty. Z aprobatą należy się zatem odnieść do okoliczności, iż projektodawcy nowego rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej deklarują rezygnację z opisu zalecanych lub zakazanych metod postępowania medycznego.

Nie można odmówić racji podmiotom wskazującym, że petryfikacja standardów postępowania medycznego w formie aktu normatywnego może mieć wręcz negatywne następstwa. Z uwagi na szybki postęp naukowy oraz modernizację sprzętów medycznych może się zdarzyć, że rozporządzenie wysławiające standardy medyczne będzie narzucało lekarzom i położnym nieaktualne i nieoptymalne działania diagnostyczno-terapeutyczne, w szczególności tym, którzy działają w głównych ośrodkach naukowych, gdzie w istocie powinny być wciąż wypracowywane coraz nowsze i lepsze standardy postępowania medycznego. Taki stan rzeczy nie sprzyja postępowi i ulepszaniu standardów postępowania medycznego zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i dostępnymi metodami oraz może nakładać na lekarzy i położne obowiązek postępowania kolidujący z obowiązkami przewidzianymi w ustawie. Co więcej, nadmiernie kazuistyczna regulacja standardów postępowania medycznego prowadzi do schematycznego diagnozowania i leczenia sporej grupy pacjentów, których sytuacja wymyka się z klas sytuacji opisanych w standardach. Zatem ze względu na różnorodność, niepowtarzalność, złożoność i nieprzewidywalność stanów faktycznych, z jakimi ma do czynienia w swojej praktyce lekarz i położna, a także z uwagi na dynamiczny postęp naukowy i technologiczny w ginekologii i położnictwie, nie jest wskazane, aby standardy medyczne zostały opisane i „skodyfikowane” w rozporządzeniu. Z tych względów z satysfakcją należy przyjąć deklarację projektodawców, iż określenie wytycznych (rekommendacji) dotyczących opisu szczegółowych procedur medycznych mających na celu ułatwienie przedstawicielom zawodów medycznych orientacji, jakie postępowanie jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną i cechuje się dostateczną rzetelnością, pozostawiać we właściwości cieszących się powszechnym uznaniem ośrodków naukowych i towarzystw medycznych. Należy jednak jeszcze raz zdecydowanie podkreślić, że podstawowym obowiązkiem profesjonalistów w opiece nad pacjentem jest postępowanie zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem optymalnych spośród dostępnych metod, z należytą starannością. Brak wywiązania się z tego ustawowego obowiązku stanowi podstawę do badania odpowiedzialności prawnej. Nie ulega też żadnej wątpliwości, że aktualną wiedzę i umiejętności w swojej specjalności profesjonaliści mają prawny obowiązek doskonalić nie na podstawie krótkiego rozporządzenia Ministra Zdrowia, a z aktualnych podręczników i opracowań naukowych, wytycznych i zaleceń wydawanych przez towarzystwa naukowe, szkoleń i własnych doświadczeń.

3. Standardy opieki okołoporodowej a prawo pacjentki do samostanowienia

Odnosząc się do zapisów aktualnych standardów opieki okołoporodowej, a także projektu nowego rozporządzenia w zakresie zapewnienia prawa pacjentki do informacji i samostanowienia, należy stwierdzić, że prawa pacjentki będącej w ciąży lub w okresie okołoporodowym niczym nie różnią się od praw pozostałych pacjentów w tym zakresie [13, 14]. Z uwagi na ograniczone ramy niniejszego artykułu wypada tylko przypomnieć, iż zgodnie z art. 32 i 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić świadczeń zdrowotnych jedynie po wyrażeniu zgody przez pacjenta, przy czym musi to być zgoda świadoma, to jest poprzedzona udzieleniem w przystępny dla pacjenta sposób wszystkich istotnych informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Enumeratywny katalog wyjątków od konieczności uzyskania zgody od pacjenta, który ukończył lat 16, nie jest ubezwłasnowolniony lub niezdolny do samodzielnego wyrażenia zgody, także przewidziano w ustawie i nie może być interpretowany rozszerzająco. Prawo pacjenta do informacji i samostanowienia chroni także art. 20 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz rozdział 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Umyślne wykonanie zabiegu leczniczego bez poinformowanej zgody pacjenta¹⁷, poza wyjątkami opisanymi w ustawie, bez względu na okoliczność, czy zabieg został wykonany zgodnie z wszelkimi regułami sztuki lekarskiej oraz bez względu na motywację lekarza i skutki zabiegu (np. uratowanie życia i zdrowia pacjenta)¹⁸, a także bez względu na stopień racjonalności motywów, którymi kieruje się pacjent, odmawiając zgody (np. względy religijne, psychologiczne), jest przestępstwem opisanym w art. 192 § 1 Kodeksu karnego. Zapisy standardów opieki okołoporodowej nie wpływają zatem zasadniczo na prawo pacjentki do informacji oraz prawo wyrażenia świadomej zgody na wszelkie zabiegi medyczne, a co za tym idzie także wyrażenia sprzeciwu na jakikolwiek zabieg medyczny bez konieczności uzasadniania jego podstaw, gdyż takie gwarancje dla pacjenta przewiduje ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Kwestią niemieszczącą się w ramach prawnej analizy badanego zagadnienia jest natomiast okoliczność, iż realna i paląca potrzeba wprowadzenia tego rodzaju zapisów do rozporządzenia była powszechnie postulowana przez organizacje chroniące prawa pacjentów, natomiast próba usunięcia tych zapisów wzbudziła gorące emocje¹⁹.

Podsumowanie

Powyższe uwagi nie oznaczają, że normatywizacja niektórych standardów postępowania w medycynie jest pozbawiona sensu. Po pierwsze, normatywizacji powinny ulegać standardy organizacyjne, co do których ode-

słanie do zasad aktualnej wiedzy medycznej i należytej staranności nie przyniesie jednoznacznych rezultatów, natomiast ich prawidłowe ujęcie i przestrzeganie jest równie ważne, jak wiedza i sumiennosc przedstawicieli zawodów medycznych sprawujących opiekę nad pacjentem. Tylko prawidłowa organizacja opieki medycznej zapewnia należyte wykorzystanie potencjału intelektualnego, doświadczenia i możliwości lekarzy i położnych, a także pozostałych możliwości poszczególnych oddziałów położniczych. W przypadku opieki okołoporodowej organizacja opieki nad pacjentką i dzieckiem dotyczy różnorodnego spektrum sytuacji: począwszy od fizjologicznie przebiegającej ciąży i porodu, wymagających subminimalnych interwencji medycznych i traktowanych wedle dyrektywy „minimalizacji medykacji”, gdzie większości świadczeń może udzielić położna, a skończywszy na poważnych patologich ciąży, płodu, porodu, noworodka wymagających ciągłej specjalistycznej opieki w warunkach szpitalnych oraz poważnych interwencji medycznych ze strony lekarzy specjalistów różnych specjalności. Dlatego też wydaje się, że prawidłowy podział zadań pomiędzy oddziały położnicze o różnym stopniu referencyjności, a następnie podział obowiązków pomiędzy lekarzy poszczególnych specjalności i położne w opiece nad konkretną pacjentką i noworodkiem, odznacza się większym stopniem skomplikowania w porównaniu z organizacją odpowiedniej opieki nad innymi pacjentami, co uzasadnia wprowadzenie odpowiednich standardów organizacyjnych. Po drugie, wydaje się, że w przypadku świadczeń medycznych normatywizacja wybranych reguł ma także inne zadanie obok zapewnienia pacjentowi najlepszej możliwej w danych okolicznościach opieki medycznej. Normatywizacja procedur postępowania może zapewnić poczucie „bezpieczeństwa prawnego” przedstawicielom zawodów medycznych w sytuacjach, w których jednoznacznej odpowiedzi nie można uzyskać poprzez odesłanie do zasad współczesnej wiedzy medycznej i rzetelności. Celowe jest zatem przesądzenie standardów postępowania w tych przypadkach, w których posiadający aktualną wiedzę medyczną, sumienny przedstawiciel danego zawodu medycznego może mieć racjonalnie uzasadnione wątpliwości co do doboru należytego standardu postępowania, wybór zaś dotyczy kwestii na tyle istotnych, że lekarz lub położna obawiają się o swoje „bezpieczeństwo prawne”. Przykładowo tego rodzaju regulacji prawnej powinny oczekiwać się standardy postępowania z noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia i noworodkiem obciążonym ciężką wadą powodującą wczesną śmierć po żywych narodzinach bez względu na zastosowane leczenie²⁰. Podobnie jak to się dzieje w sytuacji transplantacji tkanek i narządów *ex mortuo*²¹, osoby sprawujące opiekę nad tego rodzaju pacjentem nie powinny być zmuszane do podejmowania decyzji o losie pacjenta, jedynie opierając się na własnej intuicji, wycuciu sytuacji, poglądach, sumieniu. W tak delikatnej materii celowe jest, aby przedstawiciele zawodów medycznych mogli opierać swoje postępowanie na opracowanej dla tego rodzaju przypadków procedurze, która nie nakładałaby na nich obowiązku „brania na swoje sumienie” decyzji o losie

pacjenta w sytuacji, w której jednoznacznych odpowiedzi i kryteriów oceny nie udziela wiedza medyczna. Podobnie jak za zasadne należy uznać takie rozwiązanie prawne, które powoduje, iż głównym motywem działań i zaniechań personelu medycznego jest dobro pacjenta, a nie obawa przed odpowiedzialnością karną. Co więcej, w tego rodzaju okolicznościach pojawia się także podmiot w postaci rodziców dziecka, nad którymi również należy roztoczyć pewien rodzaj opieki i jednocześnie zapewnić im dostęp do informacji o stanie dziecka, który umożliwi racjonalną ocenę zaistniałej sytuacji i podejmowanie w tym zakresie świadomych decyzji, opartych na kryterium dobra dziecka. Z tych samych względów za zasadną należy uznać normatywizację wybranych standardów postępowania medycznego z pacjentką w okresie ciąży i porodu, nieodnoszących się jedynie do kwestii organizacyjnych. Jak już wspomniano, aktualna wiedza medyczna zakłada, że zdrowa ciąża, poród i połów to naturalne procesy, które, o ile przebiegają bez powikłań, nie wymagają znaczących interwencji medycznych. Współczesne standardy postępowania przyjęte dla fizjologicznych ciąż i porodów podporządkowane są zatem dyrektywie ograniczenia do niezbędnego minimum interwencji medycznych. Jednak – przeciwnie – również w świetle aktualnej wiedzy medycznej pozostawienie bez diagnostyki i opieki medycznej ciężarnej pacjentki, niemanifestującej objawów patologii, stanowi poważny błąd w prowadzeniu ciąży i porodu. Jeżeli wstrzymanie się od dostępnych interwencji medycznych w naturalny przebieg porodu lub ciąży naraża pacjentkę lub dziecko na nieakceptowalne w świetle aktualnej wiedzy medycznej ryzyko utraty życia lub uszczerbku na zdrowiu, pojawia się możliwość przypisania odpowiedzialności karnej za błąd w leczeniu. Podobnie ocenia się sytuację, w której brak interwencji medycznej mogącej zneutralizować niebezpieczeństwo dla pacjentki lub dziecka wynika z niewykrycia go we właściwym momencie, z uwagi na nieprzeprowadzenie dostępnych badań diagnostycznych. Błędem w leczeniu mogącym skutkować przypisaniem odpowiedzialności karnej będzie prowadzenie ciąży, porodu, położu wedle standardów przewidzianych dla fizjologicznej ciąży lub porodu w sytuacji, w której rzetelny (sumienny) lekarz lub położna sprawujący opiekę nad pacjentką powinni byli przy użyciu dostępnych metod rozpoznać czynniki ryzyka uzasadniające odejście od standardów postępowania medycznego przewidzianego dla ciąż, porodów i położów przebiegających bez powikłań na rzecz algorytmów postępowania przewidzianych dla ciąż, porodów i położów patologicznych. Analiza spraw dotyczących przypisania lekarzowi lub położnej odpowiedzialności za błąd w prowadzeniu ciąży lub porodu nakazuje postawić tezę, że współczesna medycyna zakłada, że prawidłowo prowadzona ciąża i poród to takie procesy, których samoistny fizjologiczny przebieg nie naraża pacjentki i płodu na nieakceptowalne w świetle aktualnej wiedzy medycznej i praktyki położniczej niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu. Zatem w świetle aktualnej wiedzy medycznej i przyjętej praktyki położniczej ciąża i poród są procesami, które z jednej strony powinny

przebiegać w sposób fizjologiczny, ale z drugiej powinny być „kontrolowane” przez położne i lekarzy. Lekarze i położne mają zatem obowiązek „wspierać naturalny mechanizm” ciąży i porodu, ale jednocześnie wykrywać i eliminować czynniki ryzyka oraz patologie, a następnie podejmować interwencję medyczną na tak wczesnym etapie i w taki sposób, na jaki pozwalają dostępne metody. Z tych względów w zakresie, w którym wskazania dotyczące obowiązujących standardów postępowania płynące z dyrektywy nakazującej lekarzom i położnym „wspieranie naturalnych mechanizmów” z jednej strony, a z drugiej wskazania nakazujące wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka i patologii porodu oraz ciąży za pomocą dostępnych metod mogą prowadzić do nieoczywistych rezultatów, zasadne jest rozstrzygnięcie tego rodzaju praktycznych wątpliwości w formie standardów mających rangę aktu normatywnego, opisującego, w którym miejscu przebiega granica pomiędzy algorytmem minimalizacji interwencji medycznych w fizjologicznie przebiegający proces ciąży i porodu a zapewnieniem pacjentce i dziecku poziomu bezpieczeństwa adekwatnego do możliwości współczesnej medycyny. W tym punkcie należy z aprobatą stwierdzić, że projekt rozporządzenia zaproponowany przez Ministra Zdrowia spełnia to oczekiwanie.

Przypisy

¹ Pojęciem „standardów opieki okołoporodowej” określa się: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 r., poz. 1100); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2007); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. 2015, poz. 1997 – stan prawny z 1 października 2018 r.).

² Przykładowo w części XII załącznika do analizowanego rozporządzenia można znaleźć szczegółowe opisy wszystkich badań klinicznych, jakim powinien być poddany każdy noworodek, w części XIII znajduje się szczegółowy instruktaż prowadzenia zabiegów resuscytacyjnych u noworodków.

³ Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960). Art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej przed omawianą nowelizacją brzmiał: „Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia od-

powiedniej jakości świadczeń zdrowotnych”, po nowelizacji przewiduje, iż Minister Zdrowia może określać na drodze rozporządzenia „standardy organizacyjne opieki zdrowotnej”.

⁴ Pismo Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2017 roku, sygn. OZO.073.12.2017/EW, kierowane w odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich, sygn. V.7010.102.2016. AA/EO. Dostępne na stronach internetowych Rzecznika Praw Obywatelskich; <https://www.rpo.gov.pl> (dostęp: 28.03.2018).

⁵ Desygnowany na premiera Mateusz Morawiecki w *exposé* wygłoszonym 12 grudnia 2017 roku odniósł się nawet bezpośrednio do budzącej niepokój zmiany, podnosząc, że rząd RP otoczy kobiety w czasie ciąży i porodu „troskliwą opieką”, co ma zostać zagwarantowane poprzez „opracowanie takich standardów opieki okołoporodowej, które będą skutecznie chronić życie i zdrowie matki i dziecka”; <https://www.youtube.com/watch?v=7SuOSp1CJs0> (dostęp: 1.08.2018).

⁶ Wystąpienie Ministra Zdrowia Ł. Szumowskiego i wiceminister J. Szczurek-Żelazko prezentujące projekt nowych standardów opieki okołoporodowej, <https://www.gov.pl/zdrowie/w-trosce-o-prawa-kobiet-nowe-standardy-organizacyjne-opieki-okoloporodowej> (dostęp: 1.10.2018).

⁷ Tego rodzaju pogląd wyraził Minister Zdrowia Łukasz Szumowski w wypowiedzi z dnia 29 marca 2018 roku; <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,1351506,minister-zdrowia-po-swietach-informacja-o-standardach-opieki-okoloporodowej.html> (dostęp: 1.08.2018); <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12310054> (dostęp: 6.04. 2018).

⁸ Zgodnie z treścią art. 92 ust. 1 Konstytucji RP „Rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu” (Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483).

⁹ Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*, 20 czerwca 2016, Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI. Np. „We wszystkich objętych kontrolą szpitalach pacjentkom zapewniono bezpłatne świadczenia medyczne objęte kontraktem z NFZ. W większości z nich zatrudniono także wymaganą przez NFZ liczbę personelu medycznego. Była ona jednak niewystarczająca w stosunku do potrzeb. W konsekwencji wystąpiły przypadki nawet kilkudniowego, nieprzerwanego czasu pracy lekarzy. Pełnienie zaś w 22 jednostkach dyżuru jedynie przez jednego anestezjologa, aczkolwiek zgodne z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 roku, może uniemożliwić wykonanie natychmiastowego c. c.” (s. 8).

¹⁰ „W 22 szpitalach [z 29 skontrolowanych – przyp. E.P.] podczas dyżuru był tylko jeden anestezjolog, który wykonywał świadczenia na oddziale anestezjologicznym i intensywnej terapii lub na bloku operacyjnym. Może to zagrażać życiu i zdrowiu pacjentek i noworodków. W razie konieczności natychmiastowego wykonania zabiegu c. c. może się bowiem okazać, że nie ma anestezjologa mogącego znieczulić pacjentkę. Brak możliwości podania znieczulenia zewnątrzoponowego pacjentkom, które tego oczekują, może naruszać ich prawo do godnego odbycia porodu drogami natury” (Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja...*, s. 9).

¹¹ Przez co rozumie się metody niefarmakologiczne, takie jak np. masaż, ciepła kąpiel, które może stosować położna, i metody farmakologiczne wymagające wzmożonego nadzoru nad stanem dziecka i kobiety oraz większego zaangażowania w poród lekarza położnika oraz anestezjologa (zob. część VII projektu rozporządzenia).

¹² „W 21 (z 29 skontrolowanych) oddziałach położniczych pacjentkom i noworodkom nie zapewniono możliwości korzystania z sal porodowych i pokoiów łóżkowych urządzonych w sposób ustalony w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego. W większości objętych kontrolą podmiotów leczniczych skutkowało to naruszeniem prawa pacjentek do intymnego i godnego przebiegu świadczeń medycznych, w tym także z powodu braku możliwości podania znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu drogami natury” (Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja...*, s. 8).

¹³ Co więcej, w odniesieniu do projektu rozporządzenia czynione są nowe zarzuty. Przykładowo w projekcie zapisano nowość, a mianowicie konieczność kontroli stanu zdrowia ciężarnej lub położnicy pod kątem występowania depresji. Nie uwzględniono jednak okoliczności, że – jak do tej pory – zarówno położne, jak i lekarze położnicy i ginekolodzy nie doskonalili w ramach swoich specjalizacji podstaw psychologii i psychiatrii. Nie przewidziano także ram organizacyjnych pozwalających na włączenie w schemat opieki nad pacjentką psychologów lub lekarzy psychiatrów, jeżeli ujawniłyby się taka konieczność.

¹⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 tekst jednolity).

¹⁵ Zalecenia i wytyczne towarzystw lekarskich lub innych gremiów eksperckich cieszących się autorytetem w danej dziedzinie nie mają charakteru normatywnego, co oznacza, że nie są źródłami prawa powszechnie obowiązującego. Zgodnie z art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe, rozporządzenia, akty prawa miejscowego (na obszarze działania organów, które je ustanowiły). Przy czym obowiązuje hierarchiczny system źródeł prawa, a zatem Konstytucja ma moc nadrzędną nad ustawami, ustawy zaś nad rozporządzeniami. „Normatywizacja” standardu medycznego oznacza zatem ujęcie go w ramy aktu normatywnego, np. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

¹⁶ Oczywiście odmiennie oceniona zostanie sytuacja, gdy pacjent odmówi leczenia metodą uchodzącą za optymalną wedle aktualnej wiedzy medycznej – wówczas lekarz ma obowiązek zastosować najoptymalniejszą z dostępnych, po wyeliminowaniu tej, na którą pacjent nie wyraził zgody (szerzej E. Plebanek, *Autonomia ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznych. Prawnokarna ocena sprzeciwu ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznej ratującej życie i zdrowie pacjentki lub dziecka nienarodzonego*, „Prawo i Medycyna” 2015; 2: 25–26; E. Plebanek, *Autonomia ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznych. Prawnokarna ocena wykonania czynności niezbędnej dla ratowania życia i zdrowia kobiety ciężarnej lub dziecka nienarodzonego wbrew woli kobiety ciężarnej* (część II), „Prawo i Medycyna” 2015; 3: 30–51).

¹⁷ Szerzej na temat zakresu obowiązku informacyjnego i definicji „zgody poinformowanej” T. Dukiet-Nagórska, *Świa-*

doma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim, „Prawo i Medycyna” 2000; 6–7 (2): 78; M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007; Wyrok SN z 12.06.2008 roku, III CSK 16/08, BSN 2008; 9: poz. 9; M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z 12 czerwca 2008 r.*, III CSK 16/08, PS 2009; 4: 116–119; wyrok SA w Poznaniu z 29.09.2005 roku, I ACa 236/05, Lex 175206; M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku s. apel. z 29 września 2005 r.*, I ACa 236/05, „Prawo i Medycyna” 2008; 1: 134–138; M. Świdarska, *Glosa do wyroku s. apel. z 13 czerwca 2007 r.*, VI ACa 1246/06, PS 2010; 11–12: 201–207; M. Świdarska, *Glosa do wyroku SN z 14 października 2005 r.*, III CK 99/05, OSP 2008; 6: 68; P. Daniluk, *Glosa do wyroku SN z 26.04.2007 r.*, II CSK 2/07, OSP 2009; 1: 6.

¹⁸ Jak zauważa A. Zoll, prawo pacjenta do samostanowienia można wyprowadzić z godności każdego człowieka jako wartości przyrodzonej i niepowtarzalnej (art. 30 Konstytucji RP), dlatego też stoi ono w hierarchii dóbr wyżej niż konieczność ochrony zdrowia czy nawet życia pacjenta. Na poparcie tych tez wypada także przywołać art. 41 Konstytucji RP stanowiący o prawie do nietykalności i wolności osobistej, art. 47 Konstytucji RP mówiący o prawie człowieka do samostanowienia oraz akty prawa międzynarodowego, to jest art 5, 6, 7 Europejskiej Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie; <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>, art.17, 18 i 19 MPPOiP (Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r., Dz.U. 1977, Nr 38, poz. 167) art. 8, 9 EKPCz (Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz.U. 1993, Nr 61, poz. 284). Szerzej A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 200; 5: 35. A. Zoll, *Granice legalności zabiegu leczniczego*, „Prawo i Medycyna” 1999; 1: 29; E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000; 5: 73; P. Kardas, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy a problem odpowiedzialności karnej lekarza za niewypełnienie obowiązku zapobiegania skutkowi*, „Przegląd Sądowy 2005; 10: 55; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016; N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018. Tak też np. wyrok SN z dnia 28 listopada 2007 roku, V KK 81/07, OSNKW 2008; 2: poz. 14. W doktrynie istnieją jednak głosy przeciwne nieuznające prawa do dysponowania życiem i zdrowiem za absolutną, wyłączną domenę pacjenta i dozwala na usprawiedliwienie działania lekarza pomimo prawnie relewantnego sprzeciwu pacjenta za pomocą kontratypu stanu wyższej konieczności (np. K. Daszkiewicz, *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, „Palestra” 2002; 11–12: 31; M. Cieślak, w: *System prawa karnego. O przestępstwach w szczególności*, t. IV, cz. I, I. Andrejew, L. Kubicki, J. Waszczyński (red.), Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985: 290).

¹⁹ Jak zauważa Fundacja „Rodzić po ludzku”, publikując raport z przestrzegania standardów opieki okołoporodowej „Pomimo obserwowanych pozytywnych zmian, (...) wiele kobiet nadal doświadcza złego traktowania, lekceważenia oraz obraźliwych zachowań ze strony personelu medycznego. Sygnalizowane nadużycia w opiece okołoporodowej pokazują, że

pomimo obowiązujących Standardów Opieki Okołoporodowej od lat łamane są podstawowe prawa i ograniczane wolności człowieka” (*Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Warszawa 2018: 8).

²⁰ Aktualnie do tej problematyki odnoszą się standardy opracowane pod redakcją naukową T. Dangła dla Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego podtrzymywania leczenia u dzieci*, Warszawa 2011 oraz *Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych*, M. Rutkowska (red.), „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2012; 5 (1): 5–13.

²¹ Zob. np. art. 43a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i akty wykonawcze.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Fundacji „Rodzić po ludzku” w sprawie zmian dotyczących Standardów opieki okołoporodowej, Zespół Fundacji „Rodzić po ludzku”, www.rodzicpoludzku.pl/Interwencje/Stanowisko-Fundacji-Rodzic-po-Ludzku-w-sprawie-zmian-dotyczaczych-Standardow-opieki-okoloporodowej.html (dostęp: 1.10.2018).
2. Petycja do Premier Beaty Szydło złożona w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w dniu 10 stycznia 2017 roku, przygotowana przez Fundację „Rodzić po ludzku”, <http://standardyzostaja.rodzicpoludzku.pl/> (dostęp: 1.10.2018).
3. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 20 kwietnia 2018 roku; <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-podjete-20-kwietnia-2018-r.#> (dostęp: 1.10.2018).
4. Pismo Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2017 roku, sygn. OZO.073.12.2017/EW, kierowane w odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich, sygn. V.7010.102.2016. AA/EO. Dostępne na stronach internetowych Rzecznika Praw Obywatelskich; <https://www.rpo.gov.pl> (dostęp: 1.10.2018).
5. Pismo Rzecznika Praw Dziecka adresowane do Ministra Zdrowia, sygn.. ZSS.422.50.2016.KT, w sprawie standardów opieki okołoporodowej; Minister Zdrowia pismo do Rzecznika Praw Dziecka z dnia 13 stycznia 2017 roku, sygn. OZO.073.2.2017/EW. Dostępne na stronach internetowych Biura Rzecznika Praw Dziecka; brpd.gov.pl/sites/default/files/mz_odpowiedz_na_wystapienie_zss_422_50_2016_kt_standardy_okoloporodowe.pdf (dostęp: 1.10.2018).
6. Wywiad z prezeską Fundacji „Rodzić po ludzku” J. Pietrusiewicz; <http://ciaza.siostraania.pl/to-potezny-krok-wstecz-joanna-pietrusiewicz-o-obecnej-sytuacji-w-opiece-okoloporodowej-wywiad/> (dostęp: 1.10.2018).
7. Stanowisko Fundacji „Rodzić po ludzku” dotyczące projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej; <http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosci/Stanowisko-Fundacji-Rodzic-po-Ludzku-dotyczacze-projektu-Rozporzadzenia-Ministra-Zdrowia-w-sprawie-standardu-organizacyjnego-opieki-okoloporodowej.html> (dostęp: 1.10.2018).
8. Uzasadnienie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej przedstawiony w dniu 4 kwietnia 2018 roku, s. 3; <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12310054> (dostęp: 1.10.2018).
9. Fundacja „Rodzić po ludzku”, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Warszawa 2018.
10. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*, 20 czerwca 2016, Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI.
11. A. Doroszevska, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Medykalizacja porodu w Polsce*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2017.
12. World Health Organization, *WHO statement on caesarean section rates*, 2015; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ (dostęp: 1.10.2018).
13. Plebanek E., *Autonomia ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznych. Prawnokarna ocena sprzeciwu ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznej ratującej życie i zdrowie pacjentki lub dziecka nienarodzonego*, „Prawo i Medycyna” 2015; 2: 25–26.
14. Plebanek E., *Autonomia ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznych. Prawnokarna ocena wykonania czynności niezbędnej dla ratowania życia i zdrowia kobiety ciężarnej lub dziecka nienarodzonego wbrew woli kobiety ciężarnej* (część II), „Prawo i Medycyna” 2015; 3: 30–51.
15. *Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych*, M. Rutkowska (red.), „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2012; 5 (1): 5–13.
16. Dukiet-Nagórska T., *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000; 6–7 (2): 78;
17. Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
18. Nesterowicz M., *Glosa do wyroku s. apel. z 29 września 2005 r.*, I ACa 236/05, „Prawo i Medycyna” 2008; 1: 134–138.
19. Świdarska M., *Glosa do wyroku s. apel. z 13 czerwca 2007 r.*, VI ACa 1246/06, PS 2010; 11–12: 201–207.
20. Świdarska M., *Glosa do wyroku SN z 14 października 2005 r.*, III CK 99/05, OSP 2008; 6: 68.
21. Daniluk P., *Glosa do wyroku SN z 26.04.2007 r.*, II CSK 2/07, OSP 2009; 1: 6.
22. Zoll A., *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 200; 5: 35.
23. Zoll A., *Granice legalności zabiegu leczniczego*, „Prawo i Medycyna” 1999; 1: 29.
24. Zielińska E., *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000; 5: 73.
25. Kardas P., *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy a problem odpowiedzialności karnej lekarza za niewypelnienie obowiązku zapobiegania skutkowi*, „Przegląd Sądowy 2005; 10: 55.
26. Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016.
27. Karczevska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.

28. Daszkiewicz K., *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, „Palestra” 2002; 11–12: 31.
29. Cieślak M., w: *System prawa karnego. O przestępstwach w szczególności*, t. IV, cz. I, I. Andrejew, L. Kubicki, J. Waszczyński (red.), Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985: 290.
30. *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Warszawa 2018: 8.
31. *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego podtrzymywania leczenia u dzieci*, T. Dangel (red. nauk.), Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa 2011.
4. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej przedstawiony w dniu 4 kwietnia 2018 roku; <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12310054> (dostęp: 1.08.2018).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2018.160 tekst jednolity z dnia 19 stycznia 2018 roku).
6. Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960).
7. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 roku w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.Urz.MZ. z dnia 24 lutego 2017 roku, nr 20).

Akty normatywne

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 r., poz. 1100).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2007).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. 2015, poz. 1997 – stan prawny z 1 października 2018 r.).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U.2018.617 tekst jednolity).
9. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483).
10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 tekst jednolity).
11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2018.123 tekst jednolity).
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz.U.2017.2204 tekst jednolity z dnia 2017.11.29).
13. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. 1977, Nr 38, poz. 167).
14. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. 1993, Nr 61, poz. 284).