

## **O dobrych i złych stronach „bliskości” w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

### **I. Wstęp – znaczenie bliskości**

W opiece nad pacjentem oprócz personelu medycznego uczestniczą również inne osoby – przykładowo mogą to być członkowie rodziny pacjenta, przyjaciele, a także każda osoba wskazana przez pacjenta. Udział tych osób może być różny, można jednak powiedzieć, że obecność innych osób przy pacjencie wywiera wpływ na jego kondycję zdrowotną. Stąd nie sposób nie zadać pytania o to, jak taka obecność wpływa na proces leczniczy. Dostrzeżenie znaczenia „bliskich” w leczeniu wiąże się z nową koncepcją zdrowia i uznaniem dominującej roli czynników pozamedycznych w jego kształtowaniu. W sytuacji choroby lub zagrożenia życia, to najczęściej rodzina stanowi podstawowe środowisko dla osoby chorej, kształtując zachowania i normy obowiązujące w tym czasie. Nie zawsze jednak musi tak być i za „bliskie” bywają uznawane osoby spoza kręgu rodzinnego. Bliska współpraca pomiędzy personelem medycznym a bliskimi osoby chorej daje obopólne korzyści. Po pierwsze, dzięki takiemu zbliżeniu lekarz ma możliwość lepszego poznania pacjenta i jego otoczenia. Po drugie, osoby bliskie, jako zaangażowane i często współuczestniczące w procesie leczenia, również mają możliwość uzyskania pomocy i wsparcia ze strony personelu medycznego. Po trzecie, sprzyja to budowaniu atmosfery przyjaźni i współpracy, co może przyczynić się do szybszego wyzdrowienia chorego. Lekarz, mając możliwość dobrego rozpoznania środowiska, przyzwyczajień, charakteru pacjenta nie tylko od strony *stricto* medycznej, ma o wiele szerszy obraz stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta. Bliscy pacjenta mogą być zatem „czynnikiem”, który może w znaczący sposób wpłynąć na jakość leczenia<sup>2</sup>. W szczególności istotne znaczenie może to mieć w kontekście chorób nowotworowych czy psychicznych (schizofrenia)<sup>3</sup>. Udział „bliskich” w procesie leczenia pacjenta może być również związany z negatywnymi czynnikami, takimi jak przykładowo presja wywierana na personel medyczny, czy próby współdecydowania o losie pacjenta. Tego rodzaju problemy możemy nazwać „niemedycznymi

<sup>1</sup> Magister prawa, doktorantka w Katedrze Teorii i Filozofii Prawa WPiA Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, ORCID 0000-0002-8602-2918.

<sup>2</sup> I. Taranowicz, *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym*, „Rodzina w czasach szybkich przemian. Roczniki Socjologii Rodziny” XIII, Poznań 2011, s. 209–228.

<sup>3</sup> Tak przykładowo: P. Zielazny, M. Zarzeczna-Baran, A. Wojtecka, *System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 4, s. 439–444; B. K. Budziszewska, R. Piusińska-Macocha, K. Sułek, A. Stępień, *Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej*, „Acta Haematologica Polonica” 2005, nr 3, s. 317–325.

bolączkami lekarzy”<sup>4</sup> – z jednej strony, muszą oni dbać o dobro pacjenta, a z drugiej strony, radzić sobie z obecnością, oczekiwaniami i presją „bliskich”.

Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>5</sup> wprowadzono definicję osoby bliskiej. Ustawodawca za pomocą tego pojęcia określa krąg osób, które mogą być obecne i aktywne w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., osoba bliska oznacza małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Bliskość jest definiowana zatem przez trzy kryteria: przez pryzmat relacji pokrewieństwa i powinowactwa (więzi rodzinne i więzy krwi), relacje faktyczne oraz wolę pacjenta. Choroba, śmierć pacjenta to zjawiska głęboko osadzone w kontekście życia prywatnego jednostki – pacjent jest jeden, ale (co do zasady) nie jest sam i jego stan zdrowia jest często ważną kwestią dla osób mu bliskich. Ustawodawca zdaje się dostrzegać te zjawiska. Po pierwsze, w zakresie informowania o stanie zdrowia pacjenta. Po drugie, w zakresie obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Można by zaryzykować stwierdzenie, iż proces leczniczy zakładający czynny udział członków rodziny ma charakter holistyczny i wpływa na zdrowie zarówno leczonego, jak i osób mu bliskich. To jest wizja idealistyczna. Należy zwrócić uwagę, że zagadnienie to ma praktyczny wymiar – to najczęściej lekarz, nieposiadający wykształcenia prawniczego ma określić, którą osobę należy zakwalifikować jako osobę bliską. Na jakiej podstawie zatem będzie dokonywał weryfikacji czy ktoś jest przykładowo powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej? W świetle obowiązujących przepisów, lekarz jest postawiony w roli niemalże sędziego, który ma na podstawie swojego uznania wypełniać treść nieostrych pojęć zawartych w przepisie (takim wyrażeniem jest np. „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”). Podejmując dalsze rozważania należy zatem rozważyć następujące kwestie – kim jest osoba bliska (ustalenie zakresu pojęcia), kto i w jaki sposób ma decydować o określeniu danej osoby jako bliskiej, a także zakres uprawnień przyznanych osobom bliskim.

## II. Pojęcie osoby bliskiej

Jak już sygnalizowałam wyżej, osobą bliską pacjenta zgodnie z u.p.p. jest małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Katalog bliskich został ukształtowany szeroko, poprzez odwołanie się do stosunków prawno-rodziny, stosunków faktycznych oraz woli pacjenta<sup>6</sup>. Ustawodawca zbiorczo ujął

<sup>4</sup> M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1, s. 61.

<sup>5</sup> Dz. U 2017, poz. 1318 – j.t. (dalej u.p.p.).

<sup>6</sup> Taką samą definicję osoby bliskiej zastosowano w Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. 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. 2016.1132 – j.t.).

Przykładowo w art. 35 ust. 4 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2018.151 – j.t.) ustawodawca posługuje się pojęciem osoby

bardzo różnorodną grupę podmiotów. Pojęcia, za pomocą których ustawodawca definiuje „osobę bliską”, nie są definiowane w ustawodawstwie. Sytuacja prawna każdej osoby zaliczonej do katalogu osób bliskich jest identyczna (niezależnie od stopnia faktycznej bliskości), a skorzystanie z praw przysługujących jednej osobie nie pozabawia pozostałych realizacji swoich uprawnień. Należy rozważyć, czy zasadne jest tworzenie tak szerokiego katalogu osób, skoro pacjent może wskazać kogo uznaje za osobę bliską. Specyfika sytuacji, w której znajduje się pacjent, poddaje również w wątpliwość kształt katalogu „osób bliskich” (domniemanie bliskości osób z kręgu rodzinnego). Ponadto, istotne jest rozważenie tego, jakie korzyści płyną z definiowania „osoby bliskiej” na gruncie u.p.p.?

Wstępnie warto zwrócić uwagę na kwestie techniki legislacyjnej zastosowanej w omawianym przepisie. Joanna Haberko trafnie wskazuje na konsekwencje zastosowania spójnika „lub”. Obecne sformułowanie przepisu może budzić wątpliwości w zakresie zawężenia stopnia i linii pokrewieństwa – gdyby przyjąć, że odnosi się do krewnych, wówczas do kręgu osób bliskich nie zaliczalibyśmy rodzeństwa. Prowadziłoby to jednak do sytuacji, w której osobą bliską będzie teść pacjenta, a nie jego brat. Wydaje się zatem, że ograniczenie stopnia i linii pokrewieństwa należy odnosić do powinowatych, a nie krewnych. Stąd słusznie autorka wskazuje na potrzebę zastąpienia „lub” przecinkiem<sup>7</sup>.

Odkodowując znaczenie pojęcia „osoby bliskiej” nie sposób pominąć kontekstu powstania tej regulacji. Wątpliwości wysuwane na etapie prac legislacyjnych są aktualne również obecnie. Szczególnie przydatną wskazówką są stanowiska wyrażane podczas posiedzenia Komisji Zdrowia z 15 października 2008 r.<sup>8</sup> Wyrażano wówczas wątpliwość co do potrzeby definiowania osoby bliskiej. W szczególności Konstanty Radziwiłł, ówczesny prezes Naczelnej Rady Lekarskiej poddawał w wątpliwość taką definicję, skoro osobą bliską może być każda osoba wskazana przez pacjenta. Wskazywał jednak również dalej: „w tym kontekście definicja podana w poprawce nr 3<sup>9</sup> jest wyjątkowo niebezpieczna, bo oznacza, że pojawić się przy pacjencie może tylko osoba przez niego wskazana, jeśli pacjent jest w stanie ją wskazać. Jeśli ze względu na swój stan zdrowia nie może wskazać żadnej osoby, to krąg osób, które mogą się nim zajmować zamykamy do bliskich krewnych, czyli nie może to być siostrzenica cioci, z którą nie wiąże go bliskie pokrewieństwo ani wspólne zamieszkanie. Nie może to być sąsiadka, a przecież takie sytuacje się zdarzają. Znamy je z codziennej praktyki. Proszę o rozważenie celowości definiowania osoby bliskiej w tej ustawie. Nie jest to potrzebne. Pojęcie to pojawia się tylko w art. 30 i 31, a zawężenie tej definicji jest

---

najbliższej, bez dookreślenia o jakie osoby chodzi, zatem czy jest to zatem zabieg celowy czy ustawodawcy chodziło o osobę bliską z u.p.p. czy osobę najbliższą z k.k.?

<sup>7</sup> J. Haberko, *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, „Przegląd Sądowy” 2011, nr 3, s. 74–75.

<sup>8</sup> Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 59) z dnia 15.10.2008 r., <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskmr6/ZDR-59>, 8.05.2018.

<sup>9</sup> Poseł Jerzy Ziętek przedstawił poprawkę nr 3 „Dotyczy art. 3 ust. 1. Proponuje się dodanie nowego pkt 1a w brzmieniu: «osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta [...]»”. Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 59) z dnia 15.10.2008 r., s. 19, <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskmr6/ZDR-59>, 7.05.2018.

wręcz szkodliwe. Ogranicza prawa pacjenta bycia pod opieką osób, które nie są z nim związane bliskim węzłem pokrewieństwa lub wspólnym zamieszkaniem”<sup>10</sup>. Czy może zatem dojść do sytuacji, w których pacjentem może zajmować się osoba spokrewniona, nawet jeżeli pacjent tego nie chce? Wydaje się, że taka sytuacja nie jest możliwa, pacjent – o ile jest świadomy – ma zawsze prawo oświadczyć, że nie życzy sobie czyjejś opieki lub obecności. Wola pacjenta świadomego jest najlepszym świadectwem tego kogo chce uważać za osobę bliską, wobec czego nie ma potrzeby doprecyzowywania tego pojęcia. Powyżej wskazane problemy można nazwać niewyleczonymi błędami ustawodawcy – mając bowiem świadomość błędów i problemów, które mogą zaistnieć w praktyce, postanowiono wprowadzić definicję „osoby bliskiej”. Wątpliwości aktualne 10 lat temu są aktualne po dzień dzisiejszy. Powstaje w związku z tym pytanie o granice interpretacji – na ile może ona „leczyć” błędy ustawodawcy i wypełniać jego zadania?

Fundamentalne znaczenie w ustaleniu kręgu osób bliskich ma wola pacjenta, a tylko w szczególnych sytuacjach należy poszukiwać dodatkowych kryteriów, pozwalających na dokonywanie takiej kwalifikacji. Jak wskazuje Dorota Karkowska, świadomy pacjent sam najlepiej potrafi określić kto jest dla niego bliski. Powinien w tym zakresie mieć możliwość subiektywnego, swobodnego określenia<sup>11</sup>. Co jednak w sytuacji, gdy pacjent nie może wyrazić woli w zakresie wskazania osoby bliskiej? Czy definicja „osoby bliskiej” uprawnia do domniemania, że w sytuacji niewskazania (niewynikającego z braku woli świadomego pacjenta) za osobę bliską będziemy uważać jedynie podmioty wymienione w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.? Co do zasady należy przyjąć, że personel medyczny nie ma prawa ingerować w wybory dokonywane przez pacjenta w tym zakresie i samodzielnie ustalać kto jest dla niego bliski, a kto nie jest. Potrzeba takiego ustalenia może się natomiast pojawiać, gdy pacjent nie jest zdolny do wyrażania swojej woli i nie posiada przedstawiciela ustawowego. W tych sytuacjach pomocą w dokonywanej przez personel medyczny ocenie ma być definicja „osoby bliskiej” (subsidiarne zastosowanie definicji). Wydaje się zatem, że rozsądnym rozwiązaniem jest przyjęcie następującego poglądu: decydujące znaczenie w zakresie wyznaczania kręgu osób bliskich ma wola pacjenta – wówczas to może być każdy, kogo wskaże. Pacjent zdecydowanie lepiej od lekarza wie kto jest dla niego „bliski”. Dopiero wówczas gdy pacjent nie ma możliwości wskazania można sięgać pomocniczo do katalogu osób wymienionych w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Ponadto, trafnie wskazuje się<sup>12</sup>, iż zasadne byłoby sporządzanie przez pacjentów pisemnych oświadczeń, w których wskazywać będą osobę bliską i umieszczenie ich w dokumentacji medycznej. Za prawidłowe należy również uznać określenie osoby bliskiej w innej formie niż pisemna, bez umieszczenia adnotacji w dokumentacji medycznej<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 59) z dnia 15.10.2008 r., s. 21, <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskmr6/ZDR-59,7.05.2018>.

<sup>11</sup> D. Karkowska, *Komentarz do art. 3 ust. 1 pkt 2*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 106.

<sup>12</sup> Tak L. Pawłowski za R. Kubiakiem: L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 1)*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, t. 8, nr 3, s. 154.

<sup>13</sup> L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 1)*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, t. 8, nr 3, s. 151–157.

Jak zatem ustalić krąg osób bliskich w praktyce, a także jak postąpić w przypadku, gdy pacjent nie wskazał „osoby bliskiej”? Arnold Gubiński wskazuje, że należałoby wymagać od lekarza weryfikacji czy łączy pacjenta z osobą trzecią „stosunki bliskie: miłość, oddanie, przyjaźń i czy uzyskane informacje nie zostaną wykorzystane niezgodnie z interesem pacjenta”<sup>14</sup>. Leszek Pawłowski zwraca uwagę na to, że lekarz nie może uzależnić udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta od udowodnienia bądź uprawdopodobnienia tego, że jest osobą bliską, nie można żądać przedłożenia dokumentu tożsamości ani innych dokumentów pozwalających na identyfikację osoby. Autor proponuje zatem następujący model postępowania:

„lekarz powinien przekazać wszystkie niezbędne informacje osobie, która przedstawi się jako małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. W odniesieniu do osoby wskazanej przez pacjenta lekarz powinien dodatkowo ustalić na podstawie dokumentacji medycznej lub rozmowy z innymi osobami z personelu medycznego, czy tego rodzaju wskazanie faktycznie zostało dokonane. Z kolei w sytuacji, gdy osoba zwracająca się z prośbą o udzielenie informacji nie przedstawi się, lekarz powinien przed udzieleniem odpowiedzi zapytać, czy należy do jednej z wyżej wymienionych kategorii osób bliskich. W razie odpowiedzi twierdzącej powinien przekazać tej osobie informacje dotyczące pacjenta w pełnym zakresie”<sup>15</sup>.

Z jednej strony, rozwiązanie polegające na tym, że lekarz ma dokonywać weryfikacji życia osobistego pacjenta poprzez zbadanie jego relacji z innymi osobami będzie ingerencją w życie intymne i osobiste pacjenta. Może być również związane z dużą uznaniowością, lekarzowi może się bowiem jedynie „wydawać” na podstawie takiego ustalenia kto jest bliski dla obcego lekarzowi pacjenta. Może dojść do sytuacji, w której przykładowo lekarz nieakceptujący pożycia związków jedнопłciowych, tym samym nie uzna partnera pacjenta za osobę bliską. Z drugiej strony, przyjmowanie „na słowo” tego, że ktoś jest osobą bliską może sprawić, że każda osoba, która oświadczy, iż jest przykładowo małżonkiem, będzie za takiego uznana. Ponadto, aby wola pacjenta była zrealizowana w pełni (tj. informacje zostaną przekazane osobie, którą pacjent chce informować o swoim stanie zdrowia), musi się on wykazać zapobiegliwością poprzez uprzednie wskazanie „osoby zaufanej” w formie pisemnej (przykładowo oświadczenie, które nosi przy sobie), czy ustnej. W sytuacjach nagłych osoby pozostające we wspólnym pożyciu (hetero- i homoseksualnym) mogą napotkać trudności w wykazaniu istniejącej pomiędzy nimi a pacjentem więzi bliskości. Jak bowiem przed lekarzem udowodnić fakt istnienia związku jedнопłciowego (nawet w formie zarejestrowanej)? Trafnie wskazuje Maria Boratyńska, że w tym kontekście dużym ułatwieniem praktycznym jest „osoba zaufana” – tylko w ten sposób można informować o stanie zdrowia pacjenta „niekompetentnego” bez potrzeby udawadniania faktycznej bliskości. Istnienie takiego upoważnienia powinno rozwiewać wszelkie wątpliwości<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> A. Gubiński, *Komentarz do KEL*, Warszawa 1995, s. 77.

<sup>15</sup> L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 2)*, s. 198.

<sup>16</sup> M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, s. 72.

Powstaje również pytanie, czy ustawodawca ma w ogóle możliwość wskazania kryteriów wyznaczania osób bliskich i jakie to miałyby znaczenie w praktyce. Należy zwrócić uwagę na niedookreśloność art. 16 KEL<sup>17</sup>, zgodnie z którym „Informowanie rodziny, o ile to jest możliwe, powinno być uzgodnione z chorym. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego”. Unormowanie to znacząco poszerza uprawnienia lekarza. Rafał Kubiak zwraca uwagę na wysoką ocenność i paternalistyczny charakter art. 16 ust. 2 KEL. Uzasadnieniem ujawnienia danych ma być dobro chorego, nie wskazano jednak kryteriów oceny tego dobra. Na podstawie jakich kryteriów lekarz ma ocenić „działanie w interesie chorego”? Kim dla lekarza będzie „rodzina”? Z przepisu wynika, iż może to być jakakolwiek osoba, która w subiektywnym odczuciu lekarza działa w interesie chorego<sup>18</sup>. Dobro pacjenta w tym kontekście powinno mieć pierwszoplanowe znaczenie dla personelu medycznego. Na miarę swoich możliwości, lekarze powinni stosować wszelkie środki ostrożności, które ochronią często bezbronno pacjenta. Wskazany problem częściowo rozwiązuje art. 31 ust. 6 u.z.l.l.d., zgodnie z którym lekarz może udzielić informacji osobie bliskiej w przypadku pacjenta, który nie ukończył 16 roku życia lub nieprzytomnego.

Reasumując powyższe, definicja pojęcia „osoby bliskiej” może zatem rodzić więcej wątpliwości niż rozstrzygać. Wbrew podstawowej funkcji, jaką powinna pełnić definicja legalna, która ma polegać na usuwaniu wątpliwości co do znaczenia definiowanych wyrażen, definicja ta wywołuje wiele praktycznych komplikacji. Jest ona bowiem sformułowana tak, że aby można było z niej skorzystać, wpierw sama wymaga rozmaitych zabiegów interpretacyjnych, których najczęściej musi dokonywać niewykształcony prawniczo lekarz<sup>19</sup>. Definicja osoby bliskiej z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. przypomina definicję osoby najbliższej z art. 115 § 11 Kodeksu karnego<sup>20</sup>. Jednak o ile na gruncie prawa karnego definicja ta spełnia określone funkcje, o tyle w prawie medycznym wydaje się być nieprzemyślanym powielaniem rozwiązań innych ustaw. Definicja ta po pierwsze, stawia bowiem lekarzy w sytuacji trudnego wyboru już na etapie weryfikacji kto osobą bliską faktycznie jest, a po drugie, której z osób (jeżeli jest ich więcej) przekazać określone informacje, a jakich nie przekazywać<sup>21</sup>. Stąd uzasadniony wydaje się pogląd, iż definicja osoby bliskiej z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. powinna być stosowana dopiero w sytuacji, gdy pacjent nie uzewnętrżni woli co do tego, kto ma być uważany za osobę bliską. Ustalenie tego kto jest bliski dla pacjenta powinno być oceniane przede wszystkim z perspektywy jego dobra, a wszelkie rozstrzygnięcia w tym zakresie powinny być poprzedzone rzetelnym rozeznaniem sytuacji życiowej

<sup>17</sup> *Kodeks etyki lekarskiej*, [https://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf), 8.05.2018.

<sup>18</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 234–236.

<sup>19</sup> Szerzej o problemach związanych z definicjami legalnymi: A. Bielska-Brodziak, *Kłopoty z definicjami legalnymi*, w: *System prawny a porządek prawny*, red. O. Bogucki, S. Czepita, Szczecin 2008, s. 159–174.

<sup>20</sup> Osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

<sup>21</sup> D. Karkowska, *Komentarz do art. 3 ust. 1 pkt 2*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 107.

pacjenta, co nie zawsze jest możliwe lub właściwe. Przepis wskazuje standardowy katalog osób uznawanych powszechnie za „bliskie” poprzez odwołanie do stosunków rodzinnych oraz faktycznych (wspólne pożycie). Jednak, rozwiązanie to może budzić pewne wątpliwości natury faktycznej – osoby wskazane w przepisie wcale nie muszą być „bliskie” pacjentowi.

### III. Uprawnienia osób bliskich – pomiędzy wolą pacjenta a uznaniowością

Tak jak wskazano wcześniej, decydujące znaczenie w zakresie wyznaczania tego kto jest „osobą bliską” ma wola pacjenta. W przypadku, gdy pacjent nie może wskazać osoby bliskiej, lekarz na podstawie własnej oceny musi określić kogo za taką osobę uznać. Pojęcie osoby bliskiej występuje w art. 21 u.p.p. (obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych), art. 14 ust. 3 i ust. 4 u.p.p. (dyspozycja tajemnicą lekarską po śmierci pacjenta), art. 40 ust. 3 i ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>22</sup> (zgoda na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta), art. 31 ust. 6 u.z.l.l.d (udzielenie informacji o stanie zdrowia w przypadku pacjenta, który nie ukończył 16 roku życia lub nieprzytomnego). Pozycja osoby bliskiej nie ma charakteru autonomicznego, lecz jest ściśle powiązana z prawami i wolą pacjenta. Osoby bliskie nie mogą samowolnie kształtować sytuacji pacjenta, ale także nie są uprawnione do kształtowania własnej, wbrew woli pacjenta<sup>23</sup>.

Na początku uwypuklenia wymaga, że z woli ustawodawcy osoby bliskie nie są uprawnione do informacji o stanie zdrowia pacjenta za jego życia z mocy samej ustawy. Jest to możliwe jedynie z upoważnienia pacjenta. Udzielanie jakichkolwiek informacji o stanie zdrowia może nastąpić wyłącznie w oparciu o zgodę pacjenta, dotyczy to również informacji niepomyślnych co do rokowań dla pacjenta. Pacjent ma pełną swobodę w określeniu kręgu osób uprawnionych; może wskazać każdą osobę, niekoniecznie z kręgu najbliższej rodziny, ma również swobodę w określeniu zakresu udzielanych informacji (np. udzieli zgody na informowanie o wykonanym zabiegu, ale już nie o rokowaniach). Pacjent wyraża zgodę na przekazywanie informacji zarówno w przypadku gdy chodzi o osoby bliskie, jak i osoby obce<sup>24</sup>. Osoby bliskie nie są zatem uprawnione do dostępu do tych informacji z samego tytułu bycia takimi osobami. Musi istnieć stanowcza i jednoznaczna zgoda na udostępnienie takich informacji, udzielona przez pacjenta<sup>25</sup>. Potwierdza to również art. 24 KEL<sup>26</sup>, który dodat-

<sup>22</sup> Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 2018, poz. 617 – j.t. (dalej u.z.l.l.d.).

<sup>23</sup> L. Pałowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 2)*, s. 196.

<sup>24</sup> *Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z 25 kwietnia 2016 r.*, druk nr 451, s. 12, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/DBD9E9635C718980C1257FA2002E7085/%24File/451.pdf>, 8.05.2018.

<sup>25</sup> D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Oficyna 2009, s. 451–452.

<sup>26</sup> Art. 24 KEL. Wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi są objęte tajemnicą lekarską. Śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy. Lekarz ma jednak prawo, zgodnie ze swym sumieniem, do ujawnienia zauważonych faktów łamania praw człowieka.

kowo wskazuje, że „śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy”. Jedynie w przypadku pacjenta małoletniego lub gdy pacjent jest nieprzytomny, bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej. Tylko w takim przypadku można mówić o „prawie do informacji osób bliskich”. Pacjent sam nie może przyjąć i pojąć informacji na temat stanu swojego zdrowia, więc udziela się jej zastępczo osobom z nim związanym<sup>27</sup>. Ustawa nie wskazuje kolejności, która powinna być zachowana przy udzielaniu informacji osobom bliskim, należałoby zatem przyjąć, że wszystkie te podmioty są równouprawnione. Ponadto, nie wskazano granicy wiekowej osób bliskich, którym informacje mają być udzielone, mogą to być zatem małoletnie dzieci pacjenta.

Pozycja osoby bliskiej kształtuje się odmiennie za życia pacjenta oraz po jego śmierci. Dostęp do informacji na temat stanu zdrowia pacjenta za jego życia jest traktowany jako nienaruszalna świętość, natomiast po śmierci pacjenta w obecnym stanie prawnym sytuacja ta kształtuje się zgoła odmiennie. Zgodnie z art. 14 ust. 3 i 4 u.p.p. osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska (ust. 3). Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska (ust. 4). Ponadto, zgodnie z art. 40 § 3 u.z.l.l.d. lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2a.

Poszerzenie zakresu ujawnienia tajemnicy lekarskiej w art. 40 ust. 3 oraz ust. 3a u.z.l.l.d. oraz art. 14 u.p.p. zostało wprowadzone nowelizacją z 5 sierpnia 2016 r. W uzasadnieniu do projektowanych zmian wskazywano na zbyt ścisły charakter tajemnicy lekarskiej co mogło uniemożliwiać osobom bliskim pacjenta

„dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta. W efekcie tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta. Ujawnienie obiektywnych przyczyn śmierci pacjenta może również leżeć w interesie społecznym”<sup>28</sup>.

Rozwiązania te jednak nie zostały poparte badaniami empirycznymi oraz spotkały się z dezaprobatą Naczelnej Rady Lekarskiej<sup>29</sup> oraz Sądu Najwyższego<sup>30</sup>. Jak trafnie wskazano w opinii SN, zmiany w zakresie poszerzania tajemnicy lekarskiej wynikają z niezrozumienia istoty tajemnicy i jej gwarancyjnego charakteru. Nie można bowiem przełamywać aktu woli pacjenta również po jego śmierci. Biorąc pod uwagę wcześniej

<sup>27</sup> M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, s. 71.

<sup>28</sup> R. Kubiak, *Prawo Medyczne*, s. 246–247.

<sup>29</sup> Stanowisko nr 27/16/P-VII Prezydium NRL z dnia 20.05.2016 r., <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-podjete-20-maja-2016-r., 22.04.2018>.

<sup>30</sup> *Uwagi SN do projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z dnia 10.06.2016 r.*, znak: BSA II-021-183/16, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?documentId=3118D696244FF001C1257FD5003BA756>.

wskazane problemy w praktycznym ustalaniu kręgu osób bliskich, takie rozwiązanie ustawodawcze tym bardziej dziwi. W uzasadnieniu projektu wskazano, że „dysponentem tej tajemnicy po śmierci pacjenta powinny być osoby najbliższe pacjentowi, które łączył z pacjentem węzeł szczególnego zaufania”<sup>31</sup>. Jest to jednak zbyt idealistyczne założenie. Nie zawsze bowiem, z samego faktu bycia „osobą bliską” wynikają szczególne, bliskie więzi świadczące o zaufaniu. Nie zawsze relacje te muszą być poprawne. Pacjent niejednokrotnie powierza lekarzowi intymne informacje, traktując go jako swojego powiernika, co wiąże się z oczekiwaniem, iż zachowa on dyskrecję. Zaufanie jest podstawą stosunku łączącego pacjenta i lekarza i tylko ono warunkuje pomyślność tej „współpracy”. Motywy zachowania w tajemnicy określonych informacji mogą być różne (np. uczucie wstydu, konflikt), niemniej jednak obojętne jakie one będą, nie powinny unicestwiać prawa do zachowania ich w tajemnicy. Pacjent przecież może chcieć zachować w tajemnicy swoją chorobę przed „bliskimi”. Należy zwrócić również uwagę na to, że katalog osób bliskich wskazany w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest bardzo szeroki. Trudno uznać, że z każdą z tych osób pacjenta łączy więź zaufania<sup>32</sup>.

Ponadto, należy rozważyć jaka jest podstawa przyznania uprawnienia do dyspozycji tajemnicą lekarską? Skoro za życia pacjenta, co do zasady, wymagana jest jego jednoznaczna zgoda, to co będzie podstawą takiego uprawnienia po jego śmierci? Zgodnie z wprowadzonymi rozwiązaniami, osoby bliskie uzyskują prawo do dyspozycji informacjami niejako „w spadku” po zmarłym pacjentem; jego śmierć aktywizuje ich uprawnienie. Jaka jest zatem podstawa przyznania takiego uprawnienia? Trudno ją odnaleźć. Można przyjąć *per analogiam* do art. 922 Kodeksu cywilnego<sup>33</sup>, że tajemnica lekarska jest czymś ściśle związanym z osobą zmarłego i w związku z tym uprawnienie do dysponowania informacjami zawartymi w tajemnicy lekarskiej nie przechodzi na osoby bliskie w razie śmierci pacjenta.

Ponadto, należy zwrócić uwagę na dwie istotne kwestie praktyczne wynikające z rozszerzenia zakresu tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta. Po pierwsze, może to powodować określone problemy praktyczne dla personelu medycznego, otrzymującego niejednolite sygnały od kilku osób bliskich, na temat tego, czy zostają i ewentualnie w jakim zakresie zwolnieni z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Po drugie, może dojść do sytuacji, w której pomiędzy osobami bliskimi istnieje zgoda na ujawnienie informacji objętych tajemnicą lekarską, lecz powstanie spór co do zakresu ujawnienia informacji. Powstałe wątpliwości lekarz powinien rozstrzygać na rzecz obowiązku zachowania tajemnicy lub przyjmując najbardziej restrykcyjną linię, ujawniając podstawowy zakres informacji objętych tajemnicą, na który zgadzają się osoby bliskie zmarłego<sup>34</sup>. Może również zaistnieć sytuacja, w której pacjent za życia wyraził

<sup>31</sup> *Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z 25 kwietnia 2016 r.*, druk nr 451, s. 13, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/DBD9E9635C718980C1257FA2002E7085/%24File/451.pdf>, 22.04.2018.

<sup>32</sup> *Uwagi SN do projektu ustawy projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z dnia 10.06.2016 r.*, s. 14–15.

<sup>33</sup> Art. 922, § 2. Nie należą do spadku prawa i obowiązki zmarłego ściśle związane z jego osobą, jak również prawa, które z chwilą jego śmierci przechodzą na oznaczone osoby niezależnie od tego, czy są one spadkobiercami.

<sup>34</sup> Ł. Caban, *Komentarz do art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopec, WK 2016, LEX nr 10381.

wolę, aby nie wyjawiać informacji na temat jego stanu zdrowia, a po jego śmierci osoba bliska wyrazi zgodę na ujawnienie informacji objętych dyskrecją. Wola pacjenta wyrażona przed śmiercią powinna być jednak respektowana – informacje o stanie jego zdrowia są elementem jego intymności, tworzą jego wizerunek po śmierci tak samo jak za życia. Brak informacji o stanie zdrowia pacjenta może powodować również pewne niepożądane komplikacje<sup>35</sup> – po pierwsze, narastający strach i niepokój o stan zdrowia kogoś bliskiego. Często sama wiedza, nawet o tym co złe, jest o wiele lepsza od niewiedzy, która rodzi niepewność. Po drugie, dzięki informacjom najbliżsi pacjenta będą mogli przygotować się do wypełnienia obowiązku pomocy poprzez organizację określonych środków technicznych i finansowych.

Rozszerzenie tajemnicy lekarskiej w obecnym stanie prawnym należy uznać za naruszenie prawa do prywatności pacjenta. Prawo do zachowania w poufności informacji objętych tajemnicą lekarską jest emanacją stosunku łączącego lekarza i pacjenta, a także wyrazem szacunku dla pacjenta i jego intymności. Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej jest nieograniczony w czasie i nie ustaje z momentem śmierci pacjenta, stąd wyjątki od tej zasady powinny być traktowane z ogromną ostrożnością<sup>36</sup>.

Obecność i bliskość innych osób są istotnymi wartościami, które powinny być urzeczywistniane w procesie leczenia. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych, najczęściej będzie to obecność fizyczna, jednak biorąc pod uwagę popularyzację różnego rodzaju środków porozumiewania się na odległość, prawo do obecności osoby bliskiej może być realizowane również i w ten sposób (np. Skype), o ile nie zakłócałoby to przebiegu czynności. Ustawodawca dostrzega znaczenie wartości, jaką jest bliskość i zgodnie z art. 21 ust. 1 u.p.p. osoba bliska może być obecna przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jest to uprawnienie pacjenta, a nie osób bliskich<sup>37</sup>. Jeżeli pacjent chce z takiego uprawnienia skorzystać, personel medyczny nie powinien, co do zasady, tworzyć utrudnień w jego realizacji. Uprawnienie to jest jednak obarczone pewnymi ograniczeniami. Po pierwsze, pacjent może zdecydować o tym, że nie chce, aby osoba bliska była obecna podczas udzielania świadczenia. Po drugie, zgodnie z art. 21 ust. 2 u.p.p., osoba wykonująca świadczenie zdrowotne może odmówić obecności osoby bliskiej w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. W praktyce może wystąpić sytuacja, w której pacjent nie ujawnił swojej woli co do towarzyszenia osoby bliskiej albo nie zdążył jej ujawnić, a stracił taką możliwość poprzez utratę świadomości, przez co nie można poznać jego woli. Ustawa nie reguluje postępowania w takich sytuacjach. Z jednej strony osoba wykonująca świadczenie zdrowotne jest związana formalizmem uzyskania zgody pacjenta, obowiązkiem poszanowania intymności pacjenta, a z drugiej potrzebą rozpatrywania każdej sytuacji indywidualnie, przy minimalnym zapoznaniu się z sytuacją życiową pacjenta.

Ponadto, należy zwrócić uwagę na art. 33 ust. 1 u.p.p., zgodnie z którym pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych

<sup>35</sup> A. Dudzińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2001, z. 8, s. 100.

<sup>36</sup> Ł. Caban, *Komentarz do art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, WK 2016, s. 716.

<sup>37</sup> M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, ABC 2015, LEX nr 263143.

i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Pacjent ma prawo do utrzymywania i pielęgnowania więzi z innymi osobami. Sformułowanie „z innymi osobami” wydawałoby się kategorią szerszą niż „osoba bliska”. „Inna osoba” to każda osoba wskazana przez pacjenta. Podobnie jak w przypadku „osoby bliskiej”, może nią być każda osoba wskazana przez pacjenta. Oba rozwiązania są zatem oparte na woli pacjenta. Istnieje możliwość ograniczenia wykonywania tego prawa – w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne oraz ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Ponadto, nietrudno wyobrazić sobie sytuację pacjenta w stanie termalnym – obecność bliskich mu osób, polegająca chociażby na czuwaniu, trzymaniu go za rękę jest czymś bardzo istotnym. Możliwe, iż właśnie w tych przypadkach „bliskość” jest najważniejszą wartością, jaką można obdarzyć pacjenta. Ustawodawca nie odnosi się do takich sytuacji, wobec czego jedyną możliwością, aby przebywać z pacjentem bez ograniczeń czasowych jest ustanowienie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej<sup>38</sup>.

#### IV. Podsumowanie

Przedstawione zagadnienie jest nie tylko istotne z punktu widzenia prawa medycznego, ale również teorii prawa. Wskazane problemy podważają bowiem zaufanie do założenia o doskonałości ustawodawcy, który działa racjonalnie i na podstawie pozytywnych intencji. Problematyczne jest zarówno samo pojęcie „osoby bliskiej”, jak i kwestia uprawnień przyznanych takim osobom. Ustawodawca już na poziomie terminów wprowadza chaos, posługując się wieloma wyrażeniami na określenie często tych samych osób, tj. „osoba bliska”, „osoba upoważniona przez pacjenta” (art. 29 ust. 2 u.p.p.), „opiekun faktyczny”, „z innymi osobami” (art. 33 u.p.p.). Ponadto, pojęcia wyrażające „bliskość” występują na gruncie innych ustaw<sup>39</sup>. Jak zatem lekarz, nieposiadający najczęściej wykształcenia prawniczego, działający pod presją czasu, ma ocenić stosunek tych pojęć i następnie określić „kto jest kim?”. Prawo, zamiast upraszczać rzeczywistość, niepotrzebnie ją komplikuje. Lekarz działa w sferze faktów, a prawo ma być dla niego przydatną i jasną wskazówką, a nie zagadką. Zasygnalizowany w artykule problem występuje w codziennej praktyce lekarzy, nie jest to natomiast zagadnienie, będące przedmiotem sądowego stosowania prawa.

Bliskość jest ważną wartością, która powinna być urzeczywistniana w procesie leczenia, ale nie może być ona realizowana „na siłę”. Najważniejsze znaczenie ma bowiem wola pacjenta i to ona powinna przesądzać o tym, kogo będziemy uważać za osobę bliską pacjenta – świadomy pacjent najlepiej wie kto jest dla niego „bliski”.

<sup>38</sup> D. Karkowska, *Komentarz do art. 33, w: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 571–572.

<sup>39</sup> Przykładowo, w Kodeksie cywilnym (art. 908 § 3, art. 923, art. 446), w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym (art. 149 § 2, art. 149 § 4), w Kodeksie postępowania cywilnego (art. 533, art. 548 § 3, art. 1087), art. 8 ust. 3–4 ustawy z 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych*, Dz. U. 2017.912 – j.t.; art. 4 pkt 13 ustawy z 21 sierpnia 1997 r. *o gospodarce nieruchomościami*, Dz. U. 2018.121 – j.t.; art. 2 ust. 5 ustawy z 15 grudnia 2000 r. *o spółdzielniach mieszkaniowych*, Dz. U. 2013, poz. 1222 – j.t.

Bliskość rozumiana jako fizyczna i duchowa obecność ma znaczenie i aby ta wartość mogła być realizowana, musimy dążyć do rozwiązań prostych, umożliwiających weryfikację, ale też swobodę dla pacjenta w określeniu tak, aby ta wartość mogła zostać faktycznie zrealizowana. Dopiero wówczas, gdy wola pacjenta nie może zostać wyrażona, należy poszukiwać rozwiązań alternatywnych. Możliwe, iż jakimś rozwiązaniem jest sporządzanie oświadczeń, w których zostanie wskazane kto jest bliski *pro futuro*, ale nie zawsze i nie każdy będzie wykazywał się taką przewidywalnością, aby je sporządzić. Sytuacja jest jasna, gdy pacjent sam może określić daną osobę jako bliską. Natomiast w sytuacji, gdy nie ma z nim kontaktu, personel medyczny stoi w obliczu trudnych ocen i wyborów – komu udzielić informacji? Kto jest „bliski” dla anonimowej często dla nich osoby? Czy lekarz jest w stanie w ogóle rozpoznać sytuację pacjenta na tyle, aby określić takie sprawy? Wydaje się to bardzo trudne. Ponadto, niewykluczone są sytuacje, w których lekarz będzie na podstawie własnych przekonań oceniał „bliskość”. Trudność tych decyzji ujawnia się szczególnie w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny – ten, którego problem dotyczy nie może zająć stanowiska, a brzemień decyzji spoczywa na lekarzu. Pacjent nie może wyrazić swojej woli, a lekarz jest pośrednikiem pomiędzy „nieobecnym” pacjentem a „obecną” rodziną. Przy określaniu kręgu „bliskich” lekarz nigdy nie może mieć stuprocentowej pewności – często będzie musiał uwierzyć „na słowo” – zaufa i przez to może narazić się na odpowiedzialność, że przekazał informacje osobie nieuprawnionej albo nie zrobi tego i narazi się na odpowiedzialność, że nie udzielił informacji uprawnionemu<sup>40</sup>.

Udział osób bliskich w procesie leczenia może przybrać różną formę – może być on pozytywny, ale też negatywny. Negatywna „bliskość” może często polegać na wywieraniu presji przez „bliskich” na personel medyczny, zarówno w zakresie faktycznego współdecydowania o losie pacjenta, jak i udzielania informacji na temat stanu jego zdrowia. Interesy bliskich często nie muszą być zbieżne z interesami pacjenta, co szczególnie uwydatnia się w przypadku pacjentów starszych. Trafnie obrazuje wskazane wątpliwości Maria Boratyńska: „Rodzina może być bowiem natrętna, uciążliwa, dociekliwa i napastliwa, zaś pacjent – obezwładniony i niegroźny z powodu osłabienia chorobą, przyporządkowany do łóżka oraz skrepowany szpitalną rutyną. Dlatego wobec napierającej rodziny lekarze ustępują nierzadko ponad głową pacjenta”<sup>41</sup>.

Co oznacza, że ktoś jest nam „bliski”? Najczęściej tylko my sami to wiemy. Z jednej strony, istotną wartością jest bliskość i obecność innych, a z drugiej prawo do prywatności, intymności pacjenta. Informacje o stanie zdrowia pacjenta mają dwustronną naturę – są immanentnie związane z intymnością pacjenta i nie są nikomu „należne” z tytułu bliskich relacji, ale również należy dostrzec, że pacjent najczęściej żyje w określonych relacjach z innymi osobami, które się o niego troszczą, niepokoją i następnie muszą opiekować w związku z chorobą. Niewątpliwie sytuacje, w których trzeba podjąć wybór pomiędzy tymi wartościami jest bardzo trudny. Niestety ustawodawca zamiast ułatwić to zadanie, znacząco je utrudnia.

<sup>40</sup> Wywiad z prof. dr hab. Jackiem Sobczakiem *Początek końca tajemnicy lekarskiej*, <http://gazetalekarska.pl/?p=32039>, 7.05.2018.

<sup>41</sup> M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, s. 62.

## Streszczenie

Co do zasady pacjenci i personel medyczny są głównymi uczestnikami procesu leczenia. W rzeczywistości jednak trzecią stroną tego procesu mogą być „osoby bliskie” pacjenta. Ich udział w procesie leczenia może być różny, z reguły zależy od woli pacjenta. W ramach nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 2016 r. prawa osób bliskich zostały znacznie rozszerzone, ponieważ po śmierci pacjenta mogą oni uzyskiwać informacje objęte tajemnicą lekarską. Autorka artykułu rozważa zatem, jakie korzyści i zagrożenia wynikają z udziału „osoby bliskiej” w procesie leczenia oraz poddaje etycznej refleksji zakres ich uprawnień. Ustawodawca wskazał kogo należy uważać za „osobę bliską”. Dlatego należy rozważyć co oznacza, że ktoś jest osobą bliską pacjenta i czy zasadne jest tworzenie definicji legalnych takiego pojęcia. Ponadto autorka zwraca uwagę na praktyczny problem w określeniu tego kto jest „osobą bliską” pacjenta. Najczęściej taka decyzja musi zostać podjęta przez lekarza w krótkim czasie. W kontekście powyższego należy postawić pytanie, czy prawo jest użyteczną wskazówką czy przeszkodą dla lekarza?

**Słowa kluczowe:** osoba bliska, prawa pacjenta, autonomia pacjenta

## About good and bad sides of “closeness” in Act of Patients’ Rights and the Commissioner for Patients’ Rights

### Summary

As a rule, patients and medical personnel are the main participants in the treatment process. In reality, however, the persons “close” to the patient may be the third part in this process. Their participation in it may be different, and principally depends on the will of the patient. As part of the amendment of the Patients’ Rights Act of 2016, the rights of relatives have been significantly extended, as they now entitled to obtain information covered by medical confidentiality after the patient’s death. The author of the article speculates on possible benefits and threats that may come from the participation of a “close person” in the treatment process, and then offers an ethical reflection on the scope of their rights. The legislator has indicated who should be regarded as a “close person”. Therefore, it should be considered what means that someone is close to the patient and whether it is reasonable to create legal definitions of such a concept. In addition, the author draws attention to the practical problem in determining who is the “close person” of the patient. Most often, such a decision must be made by the physician, in a short time. Finally, the author poses the question: is the law a useful clue or an obstacle for the physician?

**Key words:** patient’s rights, close person, autonomy of patient

