



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Prawo pacjenta do udzielania informacji na temat jego zdrowia członkom rodziny

Author: Agnieszka Ziółkowska

Citation style: Ziółkowska Agnieszka. (2015). Prawo pacjenta do udzielania informacji na temat jego zdrowia członkom rodziny. W: A. Ziółkowska, A. Gronkiewicz (red.), "Rodzina w prawie administracyjnym" (S. 149-162). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Prawo pacjenta do udzielenia informacji na temat jego zdrowia członkom rodziny

1 | Uwagi wprowadzające

W Polsce prawo do informacji jest traktowane jako publiczne prawo podmiotowe wynikające przede wszystkim z art. 51 i 61 Konstytucji RP a także aktów międzynarodowych¹. Jednakże szczególne akty normatywne rozwijają regulację konstytucyjną precyzując zarówno zakres podmiotowy, jak i przedmiotowy tego prawa. Akty tego typu można podzielić na dwa rodzaje: mające charakter materialny oraz akty regulujące procedurę, stanowiące podstawę na przykład do dostępu do akt sprawy, a wśród nich: kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r.² (art. 73—74), kodeks postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 r.³ (art. 156 i nast.), kodeks postępowania cywilnego z dnia 17 listopada 1964 r.⁴ (art. 525). Do aktów pierwszego typu można zaliczyć te, które odnoszą się do informacji publicznej, np. ustawę o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r.⁵ (art. 2 i 3), ustawa o udostępnianiu informacji

¹ Prawo do informacji o zdrowiu ma swoje źródło w prawie międzynarodowym, choćby w przyjętej w dniu 19 listopada 1996 r. przez Komitet Ministrów Rady Europy Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny w art. 5 — „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku”. http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf [data dostępu: 14 stycznia 2015 r.].

² Tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 267 ze zm.

³ Dz.U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555 ze zm.

⁴ Tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 101 ze zm.

⁵ Tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 782.

o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko z dnia 3 października 2008 r.⁶ (art. 4 i 8) oraz te traktujące o informacjach o charakterze prywatnym i odnoszące się m.in. do informacji medycznej, np. ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.⁷ (art. 9–12). Do aktów prawnych, należących do prawa medycznego⁸, związanych z dostępem do informacji o stanie zdrowia, obok wspomnianej ustawy należą także: ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r.⁹ (art. 5), ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r.¹⁰ (art. 2 ust. 2a), ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r.¹¹, (art. 64a), ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.¹² (art. 23 ust. 3, art. 33 ust. 2) oraz ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 17 ust. 9, art. 26, art. 28)¹³.

W doktrynie podkreśla się, że informacje medyczne to niewątpliwie informacje osobiste, gdyż dotyczą konkretnej osoby i konkretnego świadczenia medycznego¹⁴. Prawo pacjenta do informacji medycznej „jest wyrazem szacunku dla autonomii każdego człowieka, który dzięki temu prawu pozostaje z lekarzem w pozycji równoprawnego podmiotu świadczenia medycznego, nie zaś bezwolnego przedmiotu oddziaływań lekarskich”¹⁵. Co więcej dostęp do informacji medycznej na temat zdrowia „jest skutecznym narzędziem zabezpieczającym pacjenta przed paternalistycznym podejściem ze strony osób wykonujących zawody medyczne”¹⁶. Jak podkreśla Marek Safjan, realizacja prawa do informacji

⁶ Tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 1235 ze zm.

⁷ Tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159 ze zm., dalej zwana: u.p.p.r.p.

⁸ Prawo medyczne ma kilka zakresów znaczeń. Najczęściej obejmuje problematykę praw pacjenta i im odpowiadające obowiązki osób wykonujących zawody medyczne (por. M. DERECH, H. IZDEBSKI, T. REK: *Prawo publiczne ochrony zdrowia*. Warszawa 2013, s. 23). R. Tokarczyk (R. TOKARCZYK: *Medycyna a normy*. Warszawa 2011, s. 60–61) wyróżnia w systemie amerykańskim publiczne prawo ochrony zdrowia, na które składa się prawo regulujące zadania władzy rządowej w zakresie ochrony ludności przed zagrożeniami dla jej zdrowia, ochrona przed chorobami i ich szkodliwym oddziaływaniem oraz prawo populacji. Na prawo publiczne ochrony zdrowia składają się publicznoprawne zagadnienia ochrony zdrowia o charakterze ustrojowym (jak np. działanie i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Farmaceutycznej) i materialnym (np. ochrona zdrowia psychicznego, zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, planowanie i ochrona rodziny).

⁹ Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411 ze zm.

¹⁰ Dz.U. z 1993 r., Nr 17, poz. 78 ze zm.

¹¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 1384 ze zm.

¹² Tekst jedn. Dz.U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 ze zm.

¹³ Tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 947 ze zm., dalej: u.z.z.z.

¹⁴ I. BERNATEK-ZAGUŁA: *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*. Toruń 2008, s. 95.

¹⁵ Ibidem, s. 93.

¹⁶ J. BUJNY: *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa 2007, s. 138.

daje pacjentowi urzeczywistnienie „swobodnego i świadomego podejmowania decyzji o planowanych zabiegach medycznych”, ale nadto „ochronę wartości, jaką jest wiedza o samym sobie”¹⁷. Praktyka pokazuje jednak, że w relacjach pacjent-lekarz widoczny jest deficyt informacji; często rodzina pacjenta jest lepiej poinformowana, niż sam zainteresowany¹⁸.

Stanie na straży realizacji prawa do informacji przez podmioty zobowiązane ustawodawca powierzył sądom i samorządom zawodowym, lekarskiemu oraz pielęgniarskiemu, które są władne do stosowania sankcji administracyjnych w drodze postępowania dyscyplinarnego w przypadkach naruszeń etosu wykonywania zawodu.

2 | Prawo pacjenta do informacji o zdrowiu

Prawa pacjenta to ogół uprawnień i roszczeń, jakie pacjent ma wobec organów ochrony zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, podmiotów wykonujących zawody medyczne, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a także obowiązki tych władz, podmiotów i osób wobec pacjenta¹⁹. W krajowym porządku prawnym źródłem praw pacjenta jest przede wszystkim Konstytucja RP (zwłaszcza w art. 38, 39, 47, 51 i 68) oraz wspomniana już u.p.p.r.p., która kompleksowo uregulowała problematykę tych praw, wymieniając wśród nich prawo do informacji o stanie zdrowia i prawo do zachowania informacji w tajemnicy.

Współcześnie brak jest jednej spójnej definicji zdrowia, obejmującej wszelkie jego aspekty. Według WHO „zdrowie” to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. *A contrario*, za Ewą Więckowską²⁰ należy przyjąć, że choroba to proces patologiczny, w wyniku którego organizm przekracza określone normy biologiczne. Zdaniem Beaty Tobiasz-Adamczyk zdrowie może być ujmowane jako stan pełnej równowagi i dobrostanu w jego wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, pozwalającym na realizację osobie zdrowej szeroko nakreślonych planów życiowych i aspiracji²¹. Barbara Woynarowska wskazuje, iż pojęcie zdrowia może być rozważane w trzech aspektach, czyli jako zdolność do wyko-

¹⁷ M. SAFIAN: *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*. „Prawo i Medycyna” 2005, nr 18, s. 19.

¹⁸ U. DROZDOWSKA, W. WOJTAŁ: *Zgoda i informowanie pacjenta*. Warszawa 2010, s. 45.

¹⁹ M. DEREZ, H. IZDEBSKI, T. REK: *Prawo publiczne...*, s. 271.

²⁰ E. WIĘCKOWSKA: *Pacjent wobec choroby*. „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 112, s. 375.

²¹ *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola 2000, s. 132.

nywania wszystkich czynności życia codziennego, dobre samopoczucie w sferze psychicznej lub przestrzeganie zachowań prozdrowotnych²².

Pierwsza, dość nieudolna próba uregulowania problematyki prawa do informacji o stanie zdrowia nastąpiła w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej²³, w której ustawodawca co prawda przewidział to prawo, ale nie określił jego zakresu przedmiotowego ani form udostępniania informacji. W świetle aktualnie obowiązującego rozdziału 3 u.p.p.r.p. zakresem prawa do informacji ustawodawca objął: stan zdrowia; zamiar odstąpienia przez lekarza od leczenia; prawa pacjenta wynikające z obowiązującego porządku prawnego; informacje o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3

| Obowiązek informacyjny lekarza

W literaturze przedmiotu wskazuje się trzy modele przekazywania informacji pacjentowi: model profesjonalno-praktyczny (lekarz przekazuje informacje ważne z jego punktu widzenia); model rozumnego obserwatora (przekazuje się informacje w takim zakresie, w jakim rozsądnie oczekujący człowiek chciałby je poznać); model subiektywistyczny (ujawnienie informacji, jakich życzy sobie pacjent)²⁴. Ustawodawstwo polskie przyjmuje model mieszany.

Obowiązek informacyjny powinien być realizowany wobec pacjenta, tj. zarówno osoby chorej, jak i zdrowej. Jak wynika z dyspozycji art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.r.p., pacjent to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca z takich świadczeń udzielanych przez podmiot, który je świadczy, lub osobę wykonującą zawód medyczny. Na podstawie ustawy można wyróżnić szczególne grupy pacjentów, tj. pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16. roku życia, pacjenta ubezwłasnowolnionego, pacjenta nieprzytomnego, pacjenta niezdolnego do zrozumienia znaczenia informacji. W świetle ustawodawstwa szczególnego z kolei można wyróżnić np. pacjenta dotkniętego chorobą zakaźną, chorego psychicznie, czy też pacjentkę w ciąży.

Pacjent ma prawo oczekiwać przestrzegania praw pacjenta, w tym prawa do informacji o stanie zdrowia. Podmiotami odpowiedzialnymi za realizację tych praw są członkowie personelu medycznego: pielęgniarki, położne oraz lekarze. Z tego powodu obowiązek informowania pacjentów o ich prawach, ale także o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i porożenia, spoczywa również na pielęgniarkach i położnych, zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r.

²² B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa 2007, s. 52.

²³ Tekst jedn. Dz.U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm., dalej zwana: u.z.o.z.

²⁴ U. DROZDOWSKA, W. WOJTAL: *Zgoda i informowanie...*, s. 52–55.

o zawodach pielęgniarstwa i położnej²⁵ (art. 16). Z kolei obowiązek informowania pacjenta o jego stanie zdrowia przez lekarzy ma swoje umocowanie zarówno prawne, ujęte w aktach krajowych, ale także międzynarodowych (np. art. 8 Europejskiej Konwencji praw człowieka i podstawowych wolności), jak i etyczne (w szczególności chodzi o art. 15 kodeksu etycznego lekarzy²⁶). Ze względu na przedmiot opracowania szczególne znaczenie ma także ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r.²⁷, w szczególności zaś art. 31 tej ustawy, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Tak określony obowiązek lekarza odnosi się również do pacjentów, którzy ukończyli 16 lat. Przedstawiciele doktryny oraz orzecznictwo sądowe nie są zgodni co do tego, że nie ma konieczności informowania o skutkach, które, co prawda mogą wystąpić, ale są nadzwyczajne i mało prawdopodobne²⁸. Informacja ma być przekazywana w sposób jasny i zrozumiały oraz adekwatny do sytuacji zdrowotnej pacjenta. Jak podkreśla Biruta Lewaszkiwicz-Petrykowska²⁹, informacja „powinna być wyważona, poda-

²⁵ Tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.

²⁶ Uchwała nadzwyczajnego II Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r., w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej zwana: KEL) — „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Wynika to zarówno z poszanowania praw pacjenta jako osoby, jak i z odpowiedzialności, którą ponosi za własne zdrowie. Tym samym ma on prawo do uzyskania zrozumiałe dla niego sformułowanych informacji. W przypadku planowanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych ma prawo zapoznać się ze stopniem potencjalnego ryzyka i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego”.

²⁷ Tekst jedn. Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.

²⁸ Por. wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 134/03, Legalis, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 września 2012 r., I ACa 723/12, Legalis: „Na tle powyższego przepisu (art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry) w orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie uznawano, że lekarz nie ma obowiązku informowania o wszystkich możliwych, nawet rzadko występujących powikłaniach”. Podobnie wyrok SN z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna”, 1980, Nr 4, poz. 81. Z kolei zgodnie z Wyrokiem SN — Izby Cywilnej z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Legalis: „Uznanie powikłania za »rzadkie« nie jest wystarczające do stwierdzenia, że wykracza ono poza granice wymaganej informacji w rozumieniu art. 31 ustawy z dnia 6 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry”. Podobnie wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 listopada 2011 r., VI ACa 665/11, Legalis: „W wypadku zabiegu ratującego życie nie wymaga się wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu i w takich wypadkach informacja może ograniczać się do wskazania możliwych niekorzystnych skutków i powikłań, będących zwykłym typowym następstwem danego zabiegu. W wypadku zabiegów kosmetycznych zakres obowiązku informacyjnego musi być szerszy”. Wynika to z nieleczniczych czynności wpływających na stan zagrożenia życia czy zdrowia.

²⁹ B. LEWASZKIEWICZ-PETRYKOWSKA: *Uwagi o zawodowym obowiązku udzielania informacji*. „Studia Iuridica” 1994, nr 21, s. 49.

na w sposób dostępny, uwzględniający poziom intelektualny chorego, jego zdolność percepcji oraz wnioskowania”. Subsydiarną funkcję w tym zakresie mogą pełnić broszury i ulotki informacyjne. „Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego co lekarz sądzi ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć »poinformowaną« i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu”³⁰. Udzielając informacji lekarz nie może pominąć kwestii farmakoterapii, wskazując np. sposób dawkowania leku. Należy nadto wskazać konsekwencje zaniechania stosowania metod leczniczych i diagnostycznych. W odniesieniu do osób dysfunkcyjnych, np. niemych lub głuchych, przekazanie informacji może następować przy pomocy osób umiejących się z nimi porozumieć, co *de facto* oznacza dostęp do informacji medycznej³¹.

Ustawodawca wprowadził wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, gdyż lekarz może także udzielić informacji innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Źródłem umocowania do przekazania informacji innej osobie niż pacjentowi może być ustawa albo zgoda pacjenta.

Ponadto na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji. Zrzeczenie powinno mieć charakter wyraźny i nie można go domniemywać, dlatego w takich przypadkach wzmianka o zrzeczeniu się prawa powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej³². Niemniej przepisy szczególne mogą spowodować nieskuteczność zrzeczenia, jak w przypadku, o którym mowa w art. 26 u.z.z.z. W przypadkach tam przewidzianych istnieje bowiem obawa zarażenia innych osób. Pacjent nie może odmówić przyjęcia do wiadomości diagnozy. Wzmiankę o poinformowaniu o rozpoznaniu zamieszcza się w dokumentacji medycznej, a pacjent potwierdza ten fakt podpisem. Podobnie w przypadkach zabiegów związanych z nieodwracalnym pozbawieniem części ciała lub organu obowiązek informacji powinien mieć charakter nieusuwalny³³.

Zdaniem Doroty Karkowskiej z prawa do nieinformowania nie może „skorzysta” przedstawiciel ustawy małoletniego pacjenta, ale może pacjent małoletni, także ten, który ukończył 16 lat (np. dziecko może bać się takich rozmów i być niechętnie do rozmowy z lekarzem)”³⁴.

Obowiązek informacyjny nie ma jednak charakteru bezwzględny, gdyż w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz

³⁰ M. ŚWIDERSKA w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Red. M. NESTOROWICZ. Warszawa 2009, s. 82–83.

³¹ Por. P. DANILUK: *Obowiązek lekarza udzielenia pacjentowi informacji w związku z podejmowanymi czynnościami leczniczymi*. „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3, s. 84.

³² Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.).

³³ Por. M. ŚWIDERSKA w: *Ustawa o prawach...*, s. 93.

³⁴ D. KARKOWSKA: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa 2012, s. 167.

może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta (tzw. przywilej terapeutyczny). W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta w pełnym zakresie. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić pacjentowi wymaganej informacji. W doktrynie wskazuje się na potrzebę przekazywania informacji o niepomyślnym rokowaniu, gdyż: „stan niepewności jest znacznie bardziej nieznośny niż najokropniejsza, lecz konkretna informacja; należyta informacja mogłaby pobudzić chorego do walki z chorobą; chory ma prawo wybrać³⁵ czy godzi się na ujemne skutki terapii, czy też nie chce cierpieć i nie godzi się na proponowaną metodę leczenia. Jak wskazuje Dorota Karkowska „W obecnym stanie prawnym wyjątek nieinformowania pacjenta z inicjatywy lekarza ulega zniesieniu. Na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu wszystkich informacji [...] także tych niepomyślnych³⁶. Pewne wątpliwości w tym zakresie mogą się pojawiać w odniesieniu do pacjenta małoletniego. Wydaje się, że w przypadku pacjenta poniżej 16 roku życia informacja powinna być ograniczona do tych wiadomości, które są niezbędne do właściwego przebiegu świadczenia zdrowotnego.

Żądanie pacjenta do nieinformowania o niekorzystnym rokowaniu, jak podkreśla się w doktrynie³⁷, wymaga ustanowienia osoby upoważnionej do przekazania pełnej informacji.

Obowiązek informacyjny najczęściej jest realizowany poprzez przedłożenie pacjentowi formularza zawierającego informację na temat zabiegu oraz możliwych skutków, które mogą mu towarzyszyć. Wszelkie wątpliwości przed podpisaniem powinien wyjaśnić lekarz. Tylko taka kompleksowa formuła pozwala twierdzić, że obowiązek informacyjny został przez lekarza w pełni zrealizowany. Formularz zawiera nadto zgodę pacjenta lub odmowę zgody na przeprowadzenie zabiegu, a także datę i podpis pacjenta.

Nieprawidłowości w zakresie udzielonej informacji przez lekarza mogą mieć różne postaci, np. w zakresie udzielonej informacji — pomijanie alternatywnych metod leczenia, w zakresie sposobu udzielania informacji — posługiwanie się niezrozumiałą nomenklaturą, a także przekazywanie informacji według swobodnego uznania lekarza³⁸. Naruszenie przez lekarza obowiązku udzielenia informacji pacjentowi może być podstawą odpowiedzialności cywilnej (naruszenie dóbr osobistych pacjenta lub innych osób), karnej oraz zawodowej. W tym ostatnim przypadku organy odpowiedzialności zawodowej (rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie) prowadzą postępowanie w przypadkach zachowań sprzecznych z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz naruszenia przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Stwierdzenie winy grozi sankcją w postaci

³⁵ M. BORATYŃSKA, P. KONIECZNY: *Prawa pacjenta*. Warszawa 2001, s. 277.

³⁶ D. KARKOWSKA: *Ustawa o prawach...*, s. 169.

³⁷ *Ibidem*, s. 170.

³⁸ Por. I. BERNATEK-ZAGUŁA: *Prawo pacjenta...*, s. 85.

ukarania upomnieniem, naganą, zawieszeniem prawa wykonywania zawodu na okres od 6 miesięcy do 3 lat lub pozbawieniem prawa wykonywania zawodu bez możliwości ubiegania się o ponowny wpis na listę lekarzy.

Udzielenie informacji zdrowotnej osobom nieupoważnionym stanowi naruszenie tajemnicy zawodowej i może wypełniać znamiona czynu określonego w art. 266 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny³⁹.

4

Informowanie członków rodziny o stanie zdrowia pacjenta

W pierwszej kolejności należy określić zakres terminu członek rodziny. W ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r.⁴⁰ ustawodawca przez członka rodziny rozumie osobę najbliższą w rozumieniu art. 115 § 11 k.k. (tj. małżonka, wstępnego, zstępnego, rodzeństwo, powinowatego w tej samej linii lub stopniu, osobę pozostającą w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, a także osobę pozostającą we wspólnym pożyciu), a także inną osobę wspólnie zamieszkującą lub gospodarującą. W art. 5 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.⁴¹ przez członka rodziny należy rozumieć następujące osoby: a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie — do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi — bez ograniczenia wieku; b) małżonka; c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym. Jednak zgodnie z dyspozycją art. 3 ust. 1 u.p.p.r.p. przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Należy zatem przyjąć, że osobą taką jest np. ojciec, matka, dziadek, babka, syn, córka, wnuk, wnuczka, teść, teściowa, zięć, synowa, konkubent, konkubina. Zdaniem Małgorzaty Świdorskiej katalog ten ma charakter wyczerpujący i nie można go poszerzać⁴². Wydaje się jednak, że użycie przez ustawodawcę kategorii „innej osoby wskazanej przez pacjenta” czyni go otwartym. W konsekwencji należy przyjąć, że ustawodawca doposażał regulację prawną do praktyki.

³⁹ Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm., dalej zwana: k.k.

⁴⁰ Dz.U. z 2005 r., Nr 180, poz. 1493 ze zm.

⁴¹ Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴² Por. M. ŚWIDORSKA w: *Ustawa o prawach...*, s. 95.

Z kolei opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Termin opiekuna faktycznego pojawił się po raz pierwszy w polskim porządku prawnym w art. 17 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza z 1950 r.⁴³ Następnie terminem tym posługiwała się u.z.o.z w art. 23 ust. 1. W ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych⁴⁴ ustawodawca zdefiniował jedynie opiekuna faktycznego dziecka wskazując, iż jest to osoba faktycznie sprawująca opiekę nad dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka (art. 3 pkt 14). W ocenie Mirosławy Kapko stałość opieki zachodzi wówczas, gdy jest sprawowana w okresie ją uzasadniającym. „Może być zatem spełniony wymóg stałości opieki, pomimo że nie jest to opieka długotrwała”⁴⁵. Opiekunami takimi nie są małżonkowie względem siebie⁴⁶.

Wskazane osoby nie mogą jednak otrzymywać od lekarza informacji o stanie zdrowia członka rodziny bez zgody samego pacjenta. Należy zatem przyjąć, iż w odniesieniu do pacjenta dorosłego, przytomnego oraz zdolnego do zrozumienia przekazywanych informacji, brak zgody na informowanie o stanie zdrowia jest dla lekarza wiążący, nawet wtedy, gdy osoby, którym pacjent zakazuje przekazywania informacji o zdrowiu, należą do kręgu najbliższych. Wartym podkreślenia jest, iż wcześniej udzielona zgoda może w każdym momencie zostać cofnięta.

Zgodnie z art. 17 zd. 2 i nast. KEL pacjent może także wskazać osoby, które w jego imieniu będą porozumiewały się z lekarzem leczącym. 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. Najczęściej osobami takimi są członkowie rodziny. Zainteresowanie członków rodziny stanem zdrowia bliskiej osoby nie ma charakteru nadzwyczajnego. Odmowa poinformowania może spotkać się z brakiem zrozumienia. Taka praktyka może wynikać z konieczności zaakceptowania metody leczenia.

Nadto, zakres i jednocześnie granice informacji o stanie zdrowia zostały wyznaczone przez wiek pacjenta, gdyż jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

⁴³ Dz.U. z 1950 r., Nr 50, poz. 458 ze zm.

⁴⁴ Tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz 114 ze zm.

⁴⁵ M. KAPKO w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*. Red. E. ZIELIŃSKA. Warszawa 2008, s. 452–453.

⁴⁶ Chociaż A. Dudzińska (A. DUDZIŃSKA: *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*. „Państwo i Prawo” 2008, nr 8, s. 90) postuluje rozciągnięcie definicji opiekuna faktycznego na relacje między małżonkami oraz między rodzicami a ich pełnoletnimi dziećmi. Szerzej nt. opiekuna faktycznego zob. P. KONIECZNAK: *Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym*. „Prawo i Medycyna” 2014, nr 2, www.pm.pl.

W przypadku choroby dziecka lekarz ma obowiązek pełnego informowania jego rodziców lub opiekunów. Rodzic, któremu sąd ograniczył władzę rodzicielską, ale zapewnił prawo do współdecydowania w istotnych sprawach dziecka, zachowuje przymiot przedstawiciela ustawowego, a tym samym także prawo do informacji o stanie zdrowia. Ograniczona władza rodzicielska nie oznacza wymogu zgody drugiego rodzica np. na udostępnienie mu dokumentacji medycznej dziecka⁴⁷.

W odniesieniu do pacjenta szesnastoletniego obowiązek informacyjny ma podwójny charakter, tj. wobec niego oraz przedstawiciela ustawowego. Dla osoby niepełnosprawnej oraz osoby ubezwłasnowolnionej częściowo może być ustanowiony kurator, podobnie jak w przypadku dziecka poczętego, do czasu narodzin. W dwóch pierwszych przypadkach kurator ma prawo do informacji, o ile jest uprawniony do reprezentacji.

Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej. Zdaniem Teresy Dukiet-Nagórskiej⁴⁸ „niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji” to stan zdrowia, który stoi na przeszkodzie odbierania i reagowania na bodźce z otoczenia w adekwatny sposób (np. odczuwanie silnego bólu, stan odurzenia alkoholowego lub narkotycznego). Wprowadzenie cezury wiekowej oznacza, że ustawodawca nie przewiduje świadomego uczestnictwa osób niepełnoletnich w procesie leczenia⁴⁹. Warto także zwrócić uwagę na stanowisko SN z dnia 19 sierpnia 1971 r., w którym podkreślono, że osoby całkowicie ubezwłasnowolnione nie tracą prawa do informacji, a także wyrażania zgody na zabieg medyczny, ponieważ nie utraciły prawa do składania oświadczenia woli⁵⁰.

Znane są jednak przypadki, w których zgoda pacjenta nie jest wymagana. Chodzi między innymi o przypadek małoletniego pacjenta, a także nieprzytomnego lub niezdolnego do zrozumienia przekazywanych informacji. „W literaturze prawniczej wskazuje się, że w przypadku, gdy pacjent nie upoważnił żadnej osoby do otrzymania informacji na temat jego stanu zdrowia, a stan ten jest krytyczny lub rokowania wskazują na szybkie nastąpienie zgonu, lekarz może poinformować o stanie zdrowia osobę bliską, nawet jeśli nie została ona do tego upoważniona”⁵¹.

⁴⁷ Szerzej zob. *Uprawnienia rodzica z ograniczoną władzą rodzicielską w kontekście przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. <http://www.bpp.gov.pl/aktualnosci/uprawnienia-rodzica-z-ograniczona-wladza-rodzicielska-w-kontekście-przepisow-ustawy-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniiku-praw-pacjenta,184.html> [data dostępu: 5 stycznia 2015 r.].

⁴⁸ T. DUKIET-NAGÓRSKA: *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*. „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7, s. 83.

⁴⁹ M. KAPKO w: *Ustawa o zawodach...*, s. 452–453.

⁵⁰ CR 297/71, Legalis.

⁵¹ D. KARKOWSKA: *Ustawa o prawach...*, s. 149.

Nadto, zgodnie z dyspozycją art. 26 ust. 2 u.z.z.z. w przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego. Przepis ten stanowi podstawę do uchylecia obowiązku zachowania w tajemnicy informacji na temat zdrowia pacjenta ze względu na niebezpieczeństwo grożące zdrowiu lub życiu innych osób.

Informacja medyczna może być przekazywana innym osobom upoważnionym przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. „Lekarz udzielając informacji komukolwiek, działając bez upoważnienia, naruszyłby prawa pacjenta, a także jego prawa osobiste”⁵². Do kręgu podmiotów, którym na mocy upoważnienia pacjenta mogą być przekazywane informacje, mogą należeć przyjaciele, sąsiedzi, ale również osoby zaufania publicznego, takie jak notariusz. Zakres udzielanych informacji może zostać określony przez pacjenta. W braku takich ograniczeń informacja powinna być wszechstronna. Przekonanie lekarza o niekorzystnym wpływie przekazanych informacji lub innych negatywnych konsekwencjach dla osoby upoważnionej do odbioru informacji nie ma żadnego znaczenia⁵³.

Jak wynika z wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 25 marca 2014 r., w zakres obowiązku informacyjnego „nie wchodzi zawiadamianie o planowanych zabiegach medycznych osób wskazanych przez pacjenta, które ten darzy zaufaniem i chciałby, by były obecne przy podejmowaniu przez niego decyzji o wyrażeniu zgody na zabieg”⁵⁴.

Na koniec warto także podkreślić, iż gwarancją prawa pacjenta do informacji jest rzetelnie i kompleksowo prowadzona dokumentacja medyczna, która zresztą może stanowić przedmiot kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dostęp do niej stanowi bowiem pochodną prawa do informacji. Pod pojęciem dokumentacji medycznej należy rozumieć zbiór danych opisujących stan zdrowia pacjenta oraz zakres udzielanych mu świadczeń⁵⁵. Zakres informacji zawartych w dokumentacji tego typu ma charakter zamknięty. Dane medyczne „należą do kategorii danych sensytywnych, wrażliwych, ale nie są chronione bezwzględnie. Dobro pacjenta oraz innych podmiotów (np. instytucji państwowych) wymaga niekiedy udostępnienia dokumentacji pacjentowi lub osobom trzecim”⁵⁶. Dokumentacja jest udostępniana pacjentowi ale także jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, także po jego śmierci. W sytuacji braku upoważnienia, po śmierci pacjenta dostęp do dokumentacji medycznej jest możliwy za pośrednictwem organów wymiaru sprawiedliwości w związku z prowadzonym postępowaniem karnym

⁵² M. ŚWIDERSKA w: *Ustawa o prawach...*, s. 97.

⁵³ Ibidem, s. 99.

⁵⁴ I ACa 142/14, Legalis.

⁵⁵ R. KUBIAK: *Prawo medyczne*. Warszawa 2014, s. 180.

⁵⁶ Ibidem, s. 189.

lub cywilnym (np. w związku z postępowaniem spadkowym lub w sprawie ustalenia ojcostwa).

5

Podsumowanie

Zdrowie, stanowiąc najważniejszą wartość w życiu każdego człowieka, wymaga szczególnej ochrony ze strony osób wykonujących zawody medyczne. Zarówno prawo do samostanowienia, jak i jego pochodne — m.in. prawo do informacji czy prawo do prywatności — wypływają z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka⁵⁷. Przy tym prywatność pacjenta należy odnosić nie tylko do nietykliwości osobistej, ale również ograniczonego dostępu do informacji o nim. Lekarz udziela informacji *ex lege* w przypadkach prawem przewidzianych innym podmiotom, w tym rodzinie oraz osobom bliskim. Niemniej to pacjent generalnie jest beneficjentem prawa do wiedzy na temat swego stanu zdrowia, i może nim rozporządzać w taki sposób, że upoważni lekarza do przekazywania informacji o nim innym osobom, w tym członkom rodziny, w sytuacjach określonych prawem. W interesie każdej osoby jest uniknięcie sytuacji kłopotliwych poprzez wyraźne wskazanie osoby, właściwej do przekazania jej informacji medycznej, będącej członkiem rodziny albo inną osobą. Upoważnienie takie stanowi element dokumentacji medycznej. W jego treści wskazuje się imię, nazwisko oraz adres osoby uprawnionej do uzyskania informacji o stanie zdrowia, ewentualnie udzielonych świadczeniach medycznych, a także datę i własnoręczny podpis pacjenta. Pozyskanie informacji przez osobę upoważnioną ma charakter wtórny, gdyż wynika z udzielonego umocowania i oznacza uzyskanie informacji obok pacjenta, a nie zamiast niego⁵⁸. Wskazanie członków rodziny czy innych osób nie zwalania lekarza od przekazywania informacji pacjentowi. Nie ma przeszkód prawnych do wskazania także osoby upoważnionej do wglądu i udostępniania jej dokumentacji medycznej, również po śmierci pacjenta. Jak bowiem podkreślił NSA w wyroku z dnia 17 września 2013 r.⁵⁹, upoważnienie udzielone za życia pacjenta ma moc prawną także po jego śmierci. Co więcej sąd wskazał, że upoważnienie złożone do dokumentacji medycznej u jednego lekarza jest skuteczne także w innych placówkach medycznych, choć co do tego poglądu nie ma zgody w doktrynie⁶⁰.

⁵⁷ J. JABŁOŃSKA: *Komunikacja między lekarzem a pacjentem w świetle obowiązującego prawa*. „Prawo i Medycyna”, <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=69> [data dostępu: 5 stycznia 2015 r.].

⁵⁸ U. DROZDOWSKA, W. WOJTAŁ: *Zgoda i informowanie...*, s. 48.

⁵⁹ II OSK 1539/13, Legalis.

⁶⁰ Na ten temat oraz o pełnomocnictwie, formie i czasie udostępniania dokumentacji medycznej zob. R. KUBIAK: *Udostępnianie dokumentacji medycznej upoważnionej osobie*. „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 2, www.mp.pl [data dostępu: 18 lutego 2015 r.].

Na naruszenia tajemnicy lekarskiej wskazywały już badania prowadzone przez Grażynę Iwanowicz-Palus w latach 1999—2000. Według nich poruszenie tematów dotyczących zdrowia pacjentów w rozmowach prywatnych występowało w 5,9% przypadków, udzielanie informacji każdej osobie zgłaszającej się do lekarza prowadzącego w 10,4%, udzielanie informacji każdemu zainteresowanemu członkowi rodziny pacjenta w 40%, udzielanie informacji o zdrowiu pacjenta przez telefon — w 67,4%, badanie pacjentów i zbieranie wywiadów w wieloosobowej sali w 74,5%, umieszczanie tzw. karty gorączkowej w widocznym miejscu na łóżku pacjenta — w 98,6% przypadków⁶¹. Badania empiryczne wskazują zatem na dużą skalę naruszeń prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta, także wobec członków jego rodziny.

Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta jednoznacznie wskazują, że w rzeczywistości respektowanie przez personel medyczny prawa do informacji na temat zdrowia nie wygląda imponująco. Do najczęstszych naruszeń praw pacjenta dochodzi właśnie w związku z prawem określonym w art. 9 u.p.p.r.p. W roku 2012 do naruszeń tego typu doszło w 58% spraw jakimi zajmował się Rzecznik, w 2011 było to 20% spraw, a w 2010 — 15,8%. Widoczna jest zatem wyraźna tendencja wzrostowa, co nie napawa optymizmem. To samo sprawozdanie wskazuje, że naruszenia prawa do informacji wyglądają różnie w poszczególnych podmiotach leczniczych. I tak w placówkach świadczących opiekę psychiatryczną oraz leczenie uzależnień naruszenie to stanowiło 17% spraw. Zaś w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych o charakterze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych — aż 69% naruszeń dotyczyło prawa do informacji. Doświadczenia Rzecznika spowodowały konieczność podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji, takich jak edukacja zarówno lekarzy, jak i pacjentów, w zakresie przysługujących im praw, czego efektem powinna być także poprawa dotychczasowej praktyki udostępniania informacji na temat zdrowia członkom rodziny.

Współcześnie problem przekazywania informacji o stanie zdrowia innym osobom niż pacjent jest co prawda regulowany prawnie, ale to przed lekarzem pojawia się dylemat czy przekazać pacjentowi komplet informacji tak, aby mógł zabezpieczyć swoją przyszłość, choćby przez zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia czy sporządzenie testamentu, czy też przekazać informacje rodzinie lub osobom najbliższym pacjentowi, aby to oni w odpowiednim momencie przekazali mu informacje o stanie zdrowia. Dylemat o tyle istotny, że niewłaściwe zachowanie może rodzić konsekwencje prawne, w tym zawodowe, w postaci zastosowania sankcji przez samorząd zawodowy w ramach postępowania dyscyplinarnego.

⁶¹ G. IWANOWICZ-PALUS: *Prawa pacjenta w Polsce*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 8, s. 26.

Agnieszka Ziółkowska

**Patient's right to provide information
on their health to their family members**

S u m m a r y

The right to health information is regulated by a series of legislative acts. A patient who is entitled to the right and is its beneficiary may authorize the doctor to provide information to family members and others in situations defined by law. Indication of family members or other persons does not release a doctor from providing information to the patient, but exempts from the obligation to maintain secrecy. Doctor's violation of the right to information can form the basis for the sanctions to be applied by the Professional Council or the Court.