

Agnieszka Kowalska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ORCID: 0000-0001-5174-4913

agnieszkakowalska250@gmail.com

Prawa pacjenta w czasie pandemii – wybrane zagadnienia

Wprowadzenie

W Polsce podstawowym aktem prawnym regulującym prawa pacjenta jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹. Zawiera ona katalog praw pacjenta, który obejmuje:

- 1) prawo doświadczeń zdrowotnych,
- 2) prawo do informacji,
- 3) prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- 4) prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem,
- 5) prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- 6) prawo do poszanowania intymności i godności,
- 7) prawo do dokumentacji medycznej,
- 8) prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- 9) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- 10) prawo do opieki duszpasterskiej,
- 11) prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Katalog praw pacjenta nie ma jednak charakteru zamkniętego. U.p.p. reguluje podstawowe, a zarazem najważniejsze prawa pacjenta. Jednakże inne ustawy również, w mniejszym stopniu, odwołują się do powyższej problematyki. Przykładem może być ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej² (w zakresie m.in. prawa do świadczeń zdrowotnych lub listy oczekujących) czy ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³. Pod-

¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849), dalej jako u.p.p.

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 711).

³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 685).

kreślenia wymaga, że podstawowym aktem prawnym, z którego wynikają prawa pacjenta, jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej⁴.

Kluczową rolę odgrywa jednak u.p.p., której uchwalenie spowodowało uporządkowanie zagadnień dotyczących praw pacjenta i skumulowanie najważniejszych praw w jednym miejscu⁵. Zgodnie z art. 2 u.p.p. podmiotami zobligowanymi do przestrzegania praw pacjenta są: organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Należy zwrócić uwagę, że w praktyce prawa pacjenta mogą zostać naruszone także przez osoby trzecie, które nie mieszczą się w katalogu podmiotów wymienionych w cytowanym przepisie. Możliwa jest bowiem sytuacja, kiedy naruszenia prawa pacjenta dopuszcza się inny pacjent lub osoba go odwiedzająca. W relacjach z tymi osobami pacjent nie występuje jednak w roli „pacjenta”. Z uwagi na to należy uznać, że „w każdym przypadku naruszenia dobra osobistego człowieka, z istoty bezwzględного charakteru praw osobistych chroniących te dobra wynika, że każdy kto je naruszy albo im bezprawnie zagrozi może ponieść odpowiedzialność cywilną na podstawie art. 24 KC, a jeżeli naruszenie było zawinione także na podstawie przepisów prawa deliktowego”⁶.

Istotną kwestią z perspektywy omawianego tematu jest fakt, że zgodnie z art. 5 u.p.p. kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Przyjęcie przez ustawodawcę wskazanego rozwiązania ma na celu realizację interesu publicznego, który w tym przypadku będzie realizowany przez ograniczenie korzystania z praw pacjenta określonych w u.p.p. oraz przepisach odrębnych. Kluczowe dla podjętych rozważań jest wystąpienie zagrożenia epidemicznego, które zostało zdefiniowane w ustawie o zapobieganiu chorobom oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁷. Zgodnie z art. 2 pkt 31 powołanej ustawy zagrożenie epidemiczne oznacza zaistnienie na danym obszarze warunków lub prze-

⁴ Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1997 r., poz. 78 z późn. zm.).

⁵ Weześniej, przed uchwaleniem u.p.p., prawa pacjenta rozmieszczone były w licznych ustawach. Aby ułatwić pacjentom korzystanie z przysługujących praw, opracowywano Kartę praw pacjenta. Nie miała ona jednak charakteru aktu prawnego. Była postrzegana jako poradnik, który w jednym miejscu skupiał prawa pacjenta rozsiane w różnych ustawach.

⁶ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 22.

⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1845 z późn. zm.).

słanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii. Jednocześnie w pkt 22 zdefiniowano stan epidemii (wprowadzony 20 marca 2020 r.) jako sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Tym samym ogłoszenie przez WHO pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 oraz stanu epidemii na terenie Polski⁸ w pełni wyczerpuje wskazaną przesłankę, która stanowi przyczynę do ograniczenia praw pacjenta. Należy wskazać, że art. 5 u.p.p. jednoznacznie nie precyzuje, iż ograniczenie przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez niego lekarza korzystania z praw pacjenta jest ciężącym na nich obowiązkiem, a nie uprawnieniem wskazanych osób. Podkreślenia wymaga jednak, że w doktrynie wskazuje się, iż powołany art. 5 u.p.p. nakłada obowiązek, a nie uprawnienie wprowadzenia ograniczeń w celu realizacji bezpieczeństwa publicznego. „Przepis ten jest zatem uznawany za klauzulę limitacyjną, która konkretyzuje na poziomie ustawy normę wynikającą art. 31 ust. 3 Konstytucji RP”⁹. Celem takiego rozwiązania jest przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa zdrowotnego, które obecnie wynika z szerzącej się choroby zakaźnej COVID-19¹⁰. Oczywiście w każdej sytuacji należy rozważyć racje wszystkich stron, których wprowadzone ograniczenia będą dotyczyły. Z jednej bowiem strony kierownik podmiotu leczniczego ma obowiązek zapewnić bezpieczeństwo wszystkim pacjentom, z drugiej strony każdy z tych pacjentów może domagać się realizacji swoich praw. Do tego dochodzą jeszcze osoby trzecie, np. członkowie rodziny, które w sposób pośredni biorą udział w realizowaniu praw pacjenta, przykładowo odwiedzając swoich bliskich. Nie można również pominąć innych pacjentów, którym przysługują analogiczne prawa, co powoduje, że należy szukać takich rozwiązań, aby realizacja praw pacjenta względem jednej osoby nie naruszała analogicznych praw przysługujących innym pacjentom. Każdorazowo należy zatem dokonać oceny sytuacji stosownie do aktualnej sytuacji epidemiologicznej. „Ocena czy dane ograniczenie może być uznane za uzasadnione, jest dokonywana z perspektywy zasady proporcjonalności (...). Kontrola tego, czy w danym przypadku pierwszeństwo miały środki wystarczające dla osiągnięcia celów, a jednocześnie jak najmniej dolegliwe dla interesów jednostki, jest przeprowadzana za pomocą tzw. testu proporcjonalności, przeprowadzanego według trzech kryteriów: przydatności (zdatności) zastosowanego środka, jego konieczności (niezbędności) oraz proporcjonalności sensu stricto, czyli zbadania, czy zosta-

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 491).

⁹ B. Janiszewska, *Prawa pacjenta w dobie pandemii*, XXII Konferencja Wydziałowa „Prawo w czasie pandemii Covid-19”, Warszawa 2021, s. 37, <https://www.wpia.uw.edu.pl/uploads/media/6049dd9a81ac4/broszura-prawo-w-czasie-pandemii-covid-19.pdf?v1> (data dostępu: 18.10.2021).

¹⁰ L. Bosek, op. cit., s. 112.

ła zachowana proporcja między pozytywnym efektem zastosowanego środka a ciężarem dla dotkniętej nim jednostki¹¹. W orzecznictwie wskazuje się, że powołana zasada proporcjonalności¹² wymaga „ograniczania w najmniejszym możliwym stopniu sfery prawnej drugiej strony stosunku prawnego przy wykonywaniu przysługującego komuś prawa albo uprawnienia”¹³. W praktyce jest to sytuacja często bardzo trudna, tym bardziej że wszelkie ograniczenia związane z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 przez część społeczeństwa są odbierane jako naruszenie zasad konstytucyjnych. Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Z punktu widzenia omawianej problematyki szczególną rolę odgrywa ust. 4 powołanego artykułu, w myśl którego władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych. Tym samym art. 5 u.p.p., mający na celu ochronę zdrowia publicznego, stanowi wykonanie obowiązków konstytucyjnych. Istotne jest, że Konstytucja RP nie określa, w jaki sposób zwalczane mają być choroby epidemiczne. Ponadto nie rozstrzyga również, czy stosowane środki powinny być stosowane na zasadzie dobrowolności, czy też przymusowo. Nie ma jednak wątpliwości co do tego, że powołany art. 68 ust. 4 Konstytucji RP zobowiązuje ustawodawcę do określenia podstaw normatywnych i organizacyjnych zwalczania chorób epidemicznych i zakaźnych. Wykonaniem tego zobowiązania jest m.in. art. 5 u.p.p.¹⁴ Część doktryny podejmuje jednak rozważania dotyczące zgodności art. 5 u.p.p. z Konstytucją RP¹⁵. Niezależnie od powyższego, w obecnym stanie prawnym prawa pacjenta są ograniczane przez kierowników podmiotów leczniczych. Należy jednak zwrócić uwagę, że w oparciu o powołany przepis kierownik podmiotu leczniczego lub wskazany przez niego lekarz nie może ograniczyć wszystkich praw pacjenta. Wynika to z tego, że „w katalogu praw pacjenta zostały skodyfikowane różne prawa, z których część pozostaje w silnej korelacji z prawami i wolnościami konstytucyjnymi oraz prawami człowieka, stanowiąc element ich gwarancji w systemie ochrony zdrowia. Tytułem przykładu można wskazać prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do wyrażenia zgody, prawo do informacji czy prawo do poszanowania intymności i godności, które mają swoje źródło w konstytucyjnym poszanowaniu godności ludzkiej, prawie do ochrony życia i zdrowia oraz prawie do ochrony życia prywatnego i rodzinnego oraz decydowania o życiu osobistym. Prawa te mają charakter praw bezwzględnych (*ius cogens*), skutecznych *erga omnes*, ich

¹¹ B. Janiszewska, op. cit., s. 37.

¹² Szerzej zob. T. Sroka, *Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego*, „Palestra” 2020, nr 6, <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/6-2020/artukul/ograniczenia-praw-i-wolnosci-konstytucyjnych-oraz-praw-pacjenta-w-zwiazku-z-wystapieniem-zagrozenia-epidemicznego> (data dostępu: 18.10.2021).

¹³ Wyrok SN z 17 września 2014 r., sygn. akt I CSK 439/13.

¹⁴ Szerzej: L. Bosek, op. cit., s. 113

¹⁵ Zob. ibidem; T. Sroka, op. cit.

ograniczenie zaś jest dopuszczalne jedynie w sytuacjach i na zasadach ściśle określonych w przepisach rangi ustawowej¹⁶.

Z uwagi na powyższe przedmiotem opracowania jest wskazanie ograniczeń praw pacjenta w oparciu o art. 5 u.p.p. i analiza wpływu tych ograniczeń na realizację innych praw pacjenta, które nie są bezpośrednio ograniczane decyzją kierownika podmiotu leczniczego lub wskazanego przez niego lekarza.

Niniejsze opracowanie obejmuje stan prawny na dzień 18 października 2021 r.

Prawa pacjenta ograniczane w czasie pandemii przez kierowników podmiotów leczniczych

Możliwość ograniczeń w korzystaniu z praw pacjenta nie przesądza o tym, że wszystkie prawa w równym zakresie podlegają ograniczeniom. Obecna sytuacja jednoznacznie wskazuje, że ograniczenia są bardzo zróżnicowane i jednocześnie wywołują skutki o różnym natężeniu. Niektóre są praktycznie niezauważalne, inne natomiast są bardzo dotkliwe dla pacjentów i innych osób pośrednio zainteresowanych. Poniższe opracowanie dotyczy jedynie ograniczeń wynikających z omówionego art. 5 u.p.p. Tym samym pominięte zostaną zagadnienia dotyczące m.in. teleporad i wszelkich ograniczeń związanych z dostępnością do świadczeń zdrowotnych. W tym zakresie bowiem decyzje podejmowane były przez ustawodawcę, a nie kierowników podmiotów leczniczych¹⁷.

Ograniczenia wynikające natomiast z art. 5 u.p.p. dotyczą przede wszystkim prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz prawa do opieki duszpasterskiej. Wprowadzane w oparciu o art. 5 u.p.p. zakazy odwiedzin pośrednio mają wpływ również na realizację prawa do informacji, prawa do dokumentacji medycznej oraz wynikającego z prawa do poszanowania intymności i godności umierania w spokoju i godności, a także obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. W katalogu podmiotów uprawnionych do informacji – obok pacjenta – należy wskazać również przedstawiciela ustawowego i osobę upoważnioną, którzy realizują prawo przysługujące pacjentowi. Przedstawicielem ustawowym jest osoba umocowana do działania w imieniu i na rzecz pacjenta na podstawie przepisów ustawy. W przypadku dziecka jego przedstawicielami ustawowymi są rodzice, a w przypadku ich braku bądź ograniczenia lub po-

¹⁶ T. Sroka, op. cit., s. 90.

¹⁷ Przykładem mogą być teleporady, których zasady udzielania zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r., poz. 1395 z późn. zm.).

zbawienia ich praw opiekuna wskazuje sąd opiekuńczy. Natomiast w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, opiekun jest wyznaczony przez sąd opiekuńczy (art. 14 § 2 k.c.). Przedstawicielem pełnoletniej osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator (art. 16 § 2 k.c.)¹⁸.

Prawo do informacji nie podlega bezpośrednio ograniczeniom przez kierownika podmiotu leczniczego, a jedynie w określonych sytuacjach, w związku z ograniczeniem dostępu do personelu medycznego, na skutek zakazu odwiedzin ulega zmianie sposób przekazywania informacji. Ta sytuacja rzadziej dotyczy samych pacjentów, w większości przypadków dotyczy natomiast przedstawicieli ustawowych i osób upoważnionych. To właśnie ci ostatni, z uwagi często na brak bezpośredniego dostępu do personelu medycznego, są również pozbawieni możliwości bezpośredniego realizowania prawa do informacji przysługującego pacjentowi. W tym kontekście pojawia się problem dotyczący udzielania informacji na odległość osobom upoważnionym i przedstawicielom ustawowym. Podkreślenia wymaga, że u.p.p. również przed pandemią nie zabraniała udzielania informacji np. telefonicznie. Nie ulega jednak wątpliwości, że personel medyczny, nie mając konkretnej regulacji ustawowej w tym zakresie, unikał telefonicznego udzielania informacji na temat np. stanu zdrowia hospitalizowanych pacjentów. Rzeczywistość jednak zweryfikowała dotychczasową praktykę i tak naprawdę zmusiła personel medyczny do podejścia w tym zakresie. „W czasie pandemii liczba informacji udzielanych zdalnie, podobnie jak teleporad, gwałtownie wzrosła. Co prawda normy prawne określają osoby uprawnione oraz sytuacje w jakich mogą one uzyskać dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, ale dotychczas stosowano je zwykle w kontakcie bezpośrednim”¹⁹. Z uwagi na liczne wątpliwości natury praktycznej wydane zostały *Wytyczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość*²⁰. Powołane wytyczne, firmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta i Urząd Ochrony Danych Osobowych, zawierają rekomendowane rozwiązania, które pozwolą na realizację prawa osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia pacjenta z uwzględnieniem zasad wynikających z regulacji ochrony danych osobowych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. W przedmiotowym dokumencie podkreślono, że kontakt na odległość (rozmowa telefoniczna, wideorozmowa) stanowi formę przekazywania informacji między zainteresowanymi.

¹⁸ J. Zajdel-Całkowska, *Prawo medyczne*, Warszawa 2019, s. 391.

¹⁹ J. Ojczyk, *Są wytyczne o zdalnym udzielaniu informacji o stanie pacjentów*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/jak-przez-telefon-i-zdalnie-informowac-o-stanie-zdrowia-pacjenta,504910.html?fbclid=IwAR1VzLPje28DBXQKXALhAIIfAcG34laSV2FOlaBtI01lhincQSesV7RLyNw> (data dostępu: 18.10.2021).

²⁰ *Wytyczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość*, <https://www.gov.pl>, RzPP-DSD.42074.2020 (data dostępu: 18.10.2021), dalej jako wytyczne.

Podkreślenia wymaga, że obowiązujące w tym zakresie przepisy w czasie pandemii nie zostały zmienione, a to jednoznacznie przemawia za wcześniej powołanym stwierdzeniem, iż żaden z przepisów u.p.p. nie zakazuje komunikacji na odległość, która powinna się odbywać z poszanowaniem zasad prawa, doświadczenia zawodowego i zdrowego rozsądku. Kontakt na odległość powinien odbywać się z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Wskazuje się, że nie powinno się w tym celu używać prywatnych telefonów personelu medycznego. Kluczową kwestią w przypadku wykorzystania środków porozumiewania na odległość powinno być potwierdzenie tożsamości rozmówcy. Należy dołożyć wszelkich starań, aby upewnić się, czy informacje są przekazywane osobie uprawnionej. W tym miejscu wymaga podkreślenia, że osobą dzwoniącą może być osoba upoważniona przez pacjenta lub przedstawiciel ustawowy, bądź osoba bliska²¹, która nie jest upoważniona przez pacjenta. Niewykluczone, że dzwoniącym może być również dowolna inna osoba. Po odebraniu połączenia z żądaniem informacji o stanie zdrowia pacjenta kluczową kwestią jest zwerifikowanie, czy dzwoniący jest osobą uprawnioną do otrzymania informacji. W tym celu należy sprawdzić, czy dzwoniący został upoważniony przez pacjenta do informacji. Takie upoważnienie mogło być złożone np. przy przyjęciu pacjenta do szpitala lub za pośrednictwem internetowego konta pacjenta (dalej jako IKP). Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²² oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji, złożone w inny sposób niż za pośrednictwem IKP, zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Niewykluczone jest jednak, że stosowne upoważnienie pacjent złożył w innym podmiocie i zainteresowany przedstawi kopię takiego upoważnienia. „Personel podmiotu leczniczego powinien poinformować zainteresowaną osobę o możliwości przedstawienia upoważnienia, które zawiera oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, które zostało złożone przez pacjenta w innej placówce medycznej i nieodwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany). Złożone oświadczenie przez pacjenta zachowuje swoją moc również w innych placówkach medycznych. Takie oświadczenie można okazać w czasie wideorozmowy lub przesłać na adres e-mail wskazany przez podmiot leczniczy z zachowaniem stosownych zabezpieczeń”²³. W przypadku osób bliskich nieupoważnionych podkreślenia wymaga, że osoby te, zgodnie z art. 31 ust. 6

²¹ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 osobą bliską jest małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r., poz. 666 z późn. zm.), dalej jako rozp. dok. med.

²³ *Wytyczne w sprawie realizacji...*, s. 9.

ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁴, mają prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta w przypadku pacjenta, który nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji.

Z uwagi na powyższe, w przypadku kontaktu na odległość w celu uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta, kluczowe z punktu widzenia personelu medycznego jest sprawdzenie, czy osoba dzwoniąca ma do tego prawo i czy jest przedstawicielem ustawowym pacjenta, osobą upoważnioną, czy w określonych wyżej przypadkach osobą bliską. Upoważnienie do informacji, podobnie jak upoważnienie do dokumentacji medycznej, może przybrać różną postać i nie wymaga żadnej formy szczególnej. Jeżeli pacjent nie złożył stosownego upoważnienia za pośrednictwem IKP, istotne jest, zwłaszcza w dobie pandemii, aby przy przyjęciu do szpitala lub w czasie pierwszej wizyty w poradni odebrać stosowne informacje. Zgodnie z wytycznymi przy przyjęciu pacjenta należy poprosić o wskazanie osób (wraz z danymi umożliwiającymi kontakt, np. numer telefonu, adres e-mail), które upoważnia do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia. W wytycznych zaleca się również, w celu ułatwienia późniejszej weryfikacji osoby dzwoniącej, ustalenie systemu hasłowego (np. numer książki głównej lub kodu/hasła) i zaleca się przekazanie ustalonych kodów kontaktu do osób upoważnionych²⁵. W wytycznych podkreśla się również, że pacjenta należy poinformować o możliwości upoważnienia więcej niż jednej osoby²⁶. Zgodnie z literalnym brzmieniem art. 9 ust. 3 pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom. Ustawodawca nie precyzuje jednak, ile osób może zostać upoważnionych przez pacjenta i jednocześnie nie ogranicza tego upoważnienia w stosunku do jednej osoby. W praktyce podmiotów leczniczych często zwraca się uwagę na ograniczenie miejsca niezbędnego do wpisania w dokumentacji medycznej osób upoważnionych. Należy zwrócić uwagę na możliwość późniejszego upoważnienia wskazanej osoby do informacji. Pacjent może to zrobić np. ustnie już w czasie hospitalizacji. W takiej sytuacji obowiązkiem personelu medycznego jest odnotowanie powyższego w dokumentacji medycznej. Taka adnotacja ma tę samą moc jak oświadczenie podpisane przez pacjenta.

Rzecznik Praw Pacjenta w opracowanych wytycznych wskazuje, że udzielenie informacji telefonicznie może mieć miejsce za pośrednictwem telefonów służbowych (wyłączone jest korzystanie z prywatnych telefonów personelu medycznego) lub z wykorzystaniem telefonu samego pacjenta w jego obecności,

²⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 790).

²⁵ W praktyce często jednak, z uwagi na wiek pacjenta, jego stan czy liczbę pacjentów na izbie przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym, ustalanie kodów i hasel jest niemożliwe lub bardzo utrudnione.

²⁶ W przypadku upoważnienia więcej niż jednej osoby, zgodnie z wytycznymi, udzielenie informacji jednej z osób z kręgu osób uprawnionych nie zwalnia z udzielenia takich informacji innym osobom upoważnionym.

np. poprzez zestaw głośnomówiący lub zestaw słuchawek dostarczony przez podmiot leczniczy. Biorąc pod uwagę realia polskich szpitali, zapewne trudno jest zrealizować rozmowę przy użyciu telefonu pacjenta i słuchawek podmiotu leczniczego. Odnosząc się natomiast do korzystania z zestawu głośnomówiącego w telefonie pacjenta, w wytycznych podkreślone zostało, że powinno się to odbywać przy zapewnieniu poufności rozmowy, co w salach wieloosobowych raczej jest niemożliwe. Z uwagi na powyższe, w praktyce polskich szpitali telefoniczne udzielanie informacji najczęściej odbywa się w gabinecie lekarskim.

Wracając do kluczowej kwestii weryfikacji rozmówcy, jest ona uzależniona od konkretnej sytuacji. W przypadku pacjenta przytomnego można go poprosić o potwierdzenie tożsamości osoby dzwoniącej. W przypadku wideorozmowy można poprosić osobę dzwoniącą o okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość. W sytuacjach kiedy przy przyjęciu do podmiotu leczniczego ustalone zostały kody lub hasła, mogą one posłużyć do weryfikacji rozmówcy. Problem pojawia się, gdy potwierdzenie tożsamości osoby dzwoniącej w powyższy sposób jest niemożliwe. Dotyczy to zarówno osób upoważnionych, jak i innych osób bliskich, które w określonych sytuacjach, o czym była już mowa, realizują prawo pacjenta do informacji. W takich sytuacjach Rzecznik Praw Pacjenta sugeruje zadanie pytań kontrolnych. W wytycznych wskazane zostały przykładowe pytania kontrolne:

- 1) Jaki jest stopień pokrewieństwa z pacjentem?;
- 2) Proszę podać numer PESEL pacjenta;
- 3) Proszę podać miejsce urodzenia pacjenta;
- 4) Proszę podać drugie imię pacjenta;
- 5) Proszę wskazać czy pacjent posiada znaki szczególne (np. tatuaż w widocznym miejscu) lub opisać dokładny wygląd pacjenta;
- 6) Proszę podać numer telefonu pacjenta;
- 7) Proszę opisać, w co był ubrany pacjent (w przypadku gdy osoba dzwoniąca na co dzień przebywa z pacjentem i pacjent trafił do podmiotu leczniczego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego);
- 8) Proszę okazać dokument uprawdopodobniający wspólną relację (np. akt stanu cywilnego) – w przypadku wideorozmowy.

Autorka niniejszego artykułu uważa, że powyższe pytania należy traktować jedynie jako pomocnicze i każdy podmiot leczniczy we własnym zakresie, w oparciu o procedury wewnętrzne i dotychczasowe doświadczenie, wypracowuje najdogodniejszy sposób weryfikacji rozmówcy w czasie połączenia telefonicznego. Często zdarza się, że po pierwszej rozmowie z osobą uprawnioną do informacji lekarz ustala indywidualnie sposób i czas kontaktu. Aby uniknąć problemów z nawiązaniem połączenia, często personel ustala z rodziną pacjenta, że to lekarz o określonej godzinie sam będzie się kontaktował z zainteresowanym. W takiej sytuacji kwestia weryfikacji rozmówcy jest drugoplanowa.

W wytycznych podkreślone zostało, że w ramach weryfikacji osoby dzwoniącej nie należy dokonywać nadmiernego pozyskiwania danych, jak również należy uwzględnić, iż sposób weryfikacji tożsamości nie może wpłynąć na udzielanie informacji bez zbędnej zwłoki. Zalecenie, aby nie stosować nadmiernie skomplikowanego sposobu weryfikacji tożsamości dzwoniącego, jednak nie zawsze idzie w parze z pytaniami, które zostały zaproponowane w wytycznych. Jako przykład można podać okazanie aktu stanu cywilnego w czasie wideorozmowy czy opisanie szczegółowego wyglądu lub ubrania pacjenta.

Z powyższych rozważań wynika, że prawo do informacji nie zostało ograniczone w zakresie przedmiotowym dotyczącym elementów, które składają się na zakres informacji. Nie ma też ograniczeń podmiotowych; katalog podmiotów uprawnionych do informacji jest analogiczny jak przed pandemią. Ograniczenia w realizacji prawa do informacji uwidoczniły się natomiast głównie w sposobie przekazywania informacji osobom uprawnionym. Z uwagi na okoliczności i dynamiczną sytuację epidemiologiczną informacja udzielana innym osobom niż pacjent może być z reguły udzielana zdalnie, najczęściej w czasie rozmowy telefonicznej.

Kolejne prawo do poszanowania intymności i godności nie może być ograniczane w oparciu o art. 5 u.p.p. ponieważ wynika ono z niepodlegającej ograniczeniom zasady poszanowania godności ludzkiej, która ma swoje podstawy w Konstytucji RP. Zgodnie z art. 20 u.p.p. pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ust. 2 powołanego przepisu prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Istotny, z uwagi na sytuację epidemiologiczną, jest art. 21 ust. 1 u.p.p., w myśl którego na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Przy czym osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca pacjentowi świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, m.in. w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego²⁷. Biorąc pod uwagę powyższe, pewnego rodzaju ograniczenia mają charakter pośredni i dotyczą głównie obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Podobnie jak w przypadku prawa do informacji, jest powiązane z zakazem odwiedzin. W wielu placówkach medycznych wprowadzony został ogólnie zakaz obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie, w większości przypadków, wprowadzony zakaz nie ma charakteru absolutnego²⁸. Dopuszcza się m.in. obecność osoby bliskiej, w przypadku kiedy pacjent, z uwagi na stan zdrowia, wymaga

²⁷ Zob. R. Horbaczewski, *W pandemii prawo do godnego umierania też obowiązuje*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/prawa-pacjenta-ograniczone-w-czasie-pandemii,506227.html> (data dostępu: 18.10.2021).

²⁸ Zob. K. Nowosielska, *Wizyty w szpitalu nie powinny być jednoznacznie zakazane*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zakaz-odwiedzin-w-szpitalu,502702.html> (data dostępu: 18.10.2021).

pomocy innej osoby. Należy podkreślić, że przypadek każdego pacjenta powinien być rozważany indywidualnie. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, kiedy pacjent, który w normalnych warunkach funkcjonuje samodzielnie, np. z uwagi na emocje związane z nieprzychylną diagnozą, może potrzebować wsparcia i pomocy osoby bliskiej. Z drugiej strony trzeba zauważyć, że obecność osób bliskich wpływa na przepełnienie korytarzy w przychodniach, co w niektórych przypadkach może powodować brak możliwości zachowania zalecanego dystansu i tym samym wpływać na nierespektowanie praw innych pacjentów.

Prawo do umierania w spokoju i godności, zagwarantowane przez u.p.p., wiąże się również z obecnością osoby bliskiej przy odchodzącym pacjentem lub co najmniej możliwością pożegnania z umierającym pacjentem. W czasie pandemii, kiedy powszechne są zakazy odwiedzin, również w tym aspekcie dochodzi do wielu kontrowersji. Z jednej strony należy wziąć pod uwagę przede wszystkim dobro umierającego pacjenta, dla którego lęk przed śmiercią w samotności często odgrywa bardzo istotną rolę. Z drugiej strony nie sposób pominąć sytuacji osób bliskich pacjenta. Mimo że omawiane prawo przysługuje pacjentowi, to osoby bliskie również bardzo dotkliwie odczuwają konsekwencje odejścia pacjenta, który został pozostawiony sam sobie, bez kontaktu z najbliższymi, z którymi dzielił niejednokrotnie całe swoje życie. Media obieły bardzo poruszające informacje dotyczące umieszczania wokół dłoni chorego związanych ze sobą rękawiczek wypełnionych ciepłą wodą, które miały imitować ludzki dotyk²⁹. Tego typu sytuacje pozwalają uzmysłowić sobie, z jakimi dramatami zmagają się pacjenci, ich rodziny i personel w czasie pandemii.

Kluczowym prawem, które doznaje najdalej idących ograniczeń w czasie pandemii koronawirusa, jest prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. W ramach przysługującego prawa, zgodnie z art. 33 ust. 1 u.p.p., pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Podkreślenia wymaga, że prawa pacjenta, w oparciu o art. 5 u.p.p., można ograniczyć, a nie wyłączyć³⁰. Zdaniem autorki ograniczenie kontaktu osobistego, w sytuacji kiedy pozostaje kontakt telefoniczny i korespondencyjny, nie stanowi wyłączenia stosowania prawa pacjenta. Aby móc realizować prawo do kontaktu z osobami bliskimi w sposób alternatywny, wiele szpitali przystąpiło do ogólnopolskiej akcji organizowanej przez Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, które zainteresowanym szpitalom przekazuje po dwa smartfony z półrocznym pakietem darmowych

²⁹ <https://tvn24.pl/swiat/koronawirus-rekawiczki-wypelnione-ciepła-woda-imitują-dotyk-dłoni-pomysł-pielegniarki-5065629> (data dostępu: 18.10.2021).

³⁰ Zob. A. Naworska, *Jakiego prawa nie możesz ograniczyć w czasie pandemii*, „Dokumentacja Medyczna w Praktyce” 2020, nr 7(56), <https://dokmed24.pl/obsługa-pacjenta/jakiego-prawa-pacjenta-nie-możesz-ograniczyć-w-czasie-pandemii-4512.html> (data dostępu: 18.10.2021).

rozmów i danych. Z takiej możliwości skorzystały szpitale różnego szczebla, począwszy od placówek powiatowych³¹. Zgodnie z tym, co zostało wielokrotnie podkreślone, kompetencje w zakresie ograniczenia stosowania praw pacjenta leżą po stronie kierownika podmiotu leczniczego. Jednakże w tym zakresie wydawane są różne wytyczne. Przykładem mogą być zalecenia Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące odwiedzin osób bliskich i wizyt przedstawicieli handlowych oraz medycznych w szpitalach w związku z przypadkami zakażeń koronawirusem w Polsce, wydane 11 marca 2020 r.³² W powołanym dokumencie Główny Inspektor Sanitarny rekomendował wstrzymanie lub znaczne ograniczenie odwiedzin w szpitalach. Na przełomie kolejnych miesięcy zalecenia w powyższym zakresie bardzo ewaluowały. W czasie cyklicznych spotkań pełnomocników ds. praw pacjenta z Rzecznikiem Praw Pacjenta w pierwszej połowie 2021 r. wskazywano, że nie powinno się wprowadzać całkowitego zakazu odwiedzin i w ograniczonym zakresie, w reżimie sanitarnym dopuścić również odwiedziny w oddziałach covidowych. Oczywiście jest to kwestia bardzo trudna i złożona – z jednej strony kierownik podmiotu leczniczego musi przestrzegać praw pacjenta, z drugiej natomiast, co odgrywa kluczową rolę, zapewnić bezpieczeństwo wszystkich pacjentów, personelu medycznego oraz ewentualnych osób odwiedzających. Odwiedziny w dobie pandemii nastrożają również wiele problemów natury organizacyjnej, dotyczących chociażby tego, w jaki sposób postępować z odzieżą ochronną. Personel medyczny przechodził liczne szkolenia dotyczące tejże kwestii. W tym aspekcie pojawia się kolejny aspekt dotyczący tego, kto miałby ponosić odpowiedzialność za ubranie i rozebranie osób odwiedzających. Trudno jest sobie wyobrazić, aby był to obowiązek personelu medycznego, który zwłaszcza w dobie pandemii boryka się z problemami kadrowymi. Ponadto kolejna kwestia dotyczy finansowania odzieży ochronnej. Podkreślenia wymaga, że w krytycznych momentach, zwłaszcza na samym początku pandemii, podmioty lecznicze borykały się z problemami w zakresie zapewnienia odzieży ochronnej nawet personelowi. Analizując problematykę odwiedzin, należy uwzględnić także innych pacjentów. Jest to duży problem, zwłaszcza na salach wieloosobowych, gdzie inni pacjenci mogliby odczuwać duży dyskomfort czy wręcz lęk towarzyszący odwiedzinom osób wchodzących z zewnątrz. Ewentualne świetlice nie zawsze by się sprawdziły, gdyż w krytycznych momentach przemieszczanie się samych pacjentów w obrębie szpitala czy nawet oddziału było bardzo ograniczone. W przedstawionych sytuacjach kierownik podmiotu leczniczego zawsze musi stanąć przed trudnym wyborem i zdecydować, co traktować jako priorytet: zapewnienie bezpieczeństwa czy realizację prawa pacjenta do poszanowania

³¹ Zob. R. Horbaczewski, op. cit.

³² <https://www.gov.pl/web/gis/zalecenia-glownego-inspektora-sanitarnego-dot-odwiedzin-osob-bliskich-i-wizyt-przedstawicieli-handlowych-oraz-medycznych-w-szpitalach> (data dostępu: 18.10.2021).

życia prywatnego i rodzinnego. Wraz ze stabilizacją sytuacji epidemiologicznej i spadkiem liczby zachorowań oraz postępującą akcją szczepień powszechnych coraz częściej zwracano uwagę na konieczność pilnego wypracowania wytycznych dotyczących odwiedzin hospitalizowanych pacjentów, co miałyby ograniczyć uznaniową i zróżnicowaną w różnych podmiotach sytuację w zakresie realizacji tak ważnego z punktu widzenia pacjenta prawa³³. Odpowiedzią na powyższe są rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19 w związku z postępowaniem realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 z dnia 6 września 2021 r.³⁴

Analizując przedmiotowe prawo, warto wspomnieć również o prawie pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (art. 34 ust. 1 u.p.p.), która jest rozumiana jako opieka niepolegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opieka sprawowana nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pokoju. Ponadto przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Podkreślenia wymaga, że „prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej jest szersze i nie wyczerpuje się poprzez sam kontakt osobisty z pacjentem”³⁵. Zgodnie z wyrokiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 19 kwietnia 2006 r. nie powinno podlegać również ograniczeniom czasowym zawartym w regulaminie podmiotu leczniczego³⁶. Może natomiast zostać ograniczone decyzją kierownika podmiotu leczniczego na podstawie art. 5 u.p.p. Takie ograniczenie jest w sposób nieodzowny połączone z zakazem odwiedzin, gdyż w obu przypadkach jest realizowany ten sam cel, tj. wyeliminowanie potencjalnej transmisji koronawirusa na terenie szpitali wskutek kontaktu z osobami z zewnątrz. W stanowisku Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie ograniczenia możliwości przebywania rodziców w szpitalach z dnia 26 marca 2020 r. podkreślono, że jakkolwiek kontakt pacjentów z osobami z zewnątrz, także pośredni, może być dla nich bardzo poważnym zagrożeniem. Ograniczenie tego ryzyka do minimum musi być priorytetem³⁷.

³³ Zob. <https://tvn24.pl/polska/naukowcy-apeluja-do-ministra-zdrowia-adam-niedzielskiego-ws-odwiedzin-pacjentow-niecovidowych-5140975> (data dostępu: 18.10.2021).

³⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rekomendacje-ministerstwa-zdrowia-i-glownego-inspektoratu-sanitarnego-dotyczace-odwiedzin-w-szpitalach-w-zwiazku-z-postepem-realizacji-narodowego-programu-szczepien> (data dostępu: 18.10.2021).

³⁵ L. Bosek, op. cit., s. 556.

³⁶ Wyrok SOKiK z 19 kwietnia 2006 r., sygn. akt XVII Ama 126/04, Legalis.

³⁷ Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie ograniczenia możliwości przebywania rodziców w szpitalach, <https://www.gov.pl/web/rpp/stanowisko-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawie-ograniczenia-mozliwosci-przebywania-rodzicow-w-szpitalach> (data dostępu: 18.10.2021).

Od samego początku pandemii media poświęcały wiele miejsca powyższej kwestii. Wskazywano przede wszystkim na konsekwencje braku dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która w normalnych warunkach była realizowana przez rodziców, gdy pacjentem było dziecko. Problem dotyczy dzieci w różnym wieku, począwszy od noworodków, które z powodów zdrowotnych muszą dłużej pozostać w szpitalu. Psychologowie wskazują, że dzieci, których przez wiele tygodni nie mogą odwiedzać rodzice, będą ponosiły długotrwałe konsekwencje. Wskazuje się, że noworodki pozbawione kontaktu z matką przeżywają jedną z największych traum swojego życia³⁸. Z uwagi na powyższe przez długie miesiące rodzice we współpracy z różnymi stowarzyszeniami podejmowali walkę, licząc na zmianę tej niekorzystnej sytuacji³⁹. Sytuacja w kolejnych miesiącach, wraz z realizacją powszechnego programu szczepień, znacznie ewaluowała i zaszczepieni rodzice mogli przebywać na oddziale z wcześniakami.

Z zakazem odwiedzin początkowo łączyły się również ograniczenia prawa do opieki duszpasterskiej. W pierwszej fazie pandemii w wielu szpitalach także duchowni nie mogli wchodzić na oddziały szpitalne. Wraz z upływem czasu również pod tym względem sytuacja ulegała zmianie. Duchowni, którzy często są pracownikami szpitala, traktowani byli na równi z personelem. W krytycznych momentach byli regularnie testowani i szkoleni analogicznie jak personel medyczny. Kapłani mieli bezpośredni dostęp również do pacjentów covidowych, z zachowaniem wszelkich wymaganych form zabezpieczeń. Takie rozwiązania są bardzo różnie odbierane przez samych pacjentów. Niektórzy w trudnych momentach, w czasie pobytu w szpitalu, kiedy przyszłość jest niepewna, w sposób szczególny potrzebowali wsparcia ze strony kapłana i traktowali to jednocześnie jako namiastkę normalności. Są również wśród pacjentów osoby, które negatywnie odnoszą się do możliwości wejścia na oddział szpitalny kapłana, który jest postrzegany jako osoba z zewnątrz. Wśród tej grupy dominuje pogląd, że lepszym rozwiązaniem jest umożliwienie kontaktu z osobami bliskimi, a nie z duchownym. Często pojawia się pytanie, skoro ksiądz może wejść na oddział szpitalny, to dlaczego takiej możliwości nie mają członkowie rodziny pacjenta. Oczywiście powyższa kwestia nie jest tematem rozważań niniejszego opracowania i została jedynie zasygnalizowana.

Prawo do dokumentacji medycznej samo w sobie doznaje ograniczeń w czasie pandemii. Pojawiają się jedynie ograniczenia w sposobie dostępu do dokumentacji. Zgodnie art. 23 u.p.p. pacjent ma prawo do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdro-

³⁸ Szerzej K. Nowosielska, *Noworodek wymagający leczenia w czasie pandemii bez kontaktu z rodzicami*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/odwiedziny-w-szpitalu-w-czasie-epidemii,502512.html> (data dostępu: 18.10.2021).

³⁹ Zob. eadem, *Rodzice noworodków wciąż walczą o prawo do odwiedzin w szpitalu*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zasady-odwiedziny-noworodkow-w-szpitalu-w-czasie-epidemii,503732.html> (data dostępu: 18.10.2021).

wotnych. Prawo do dokumentacji medycznej jest traktowane jako kontynuacja oraz uzupełnienie i sprecyzowanie prawa do informacji⁴⁰. W doktrynie wskazuje się, że dokumentacja medyczna to określony chronologicznie uporządkowany zbiór dokumentów dotyczących stanu zdrowia i choroby pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych⁴¹.

Podmiotem uprawnionym do dokumentacji medycznej jest przede wszystkim sam pacjent. Obok pacjenta, analogicznie jak w przypadku prawa do informacji, w kręgu podmiotów uprawnionych ustawodawca wskazuje również w art. 26 ust. 1 u.p.p. przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz osobę upoważnioną przez pacjenta. Podkreślenia wymaga, że osoba upoważniona jest traktowana na równi z pacjentem lub przedstawicielem ustawowym. Nie zmienia to jednak faktu, że w sytuacji, kiedy o dokumentację medyczną występuje osoba upoważniona, realizuje ona prawo przysługujące pacjentowi. Upoważnienie do dokumentacji medycznej jest prawem, a nie obowiązkiem pacjenta lub analogicznie przedstawiciela ustawowego. Nie można zatem nikogo zmusić do upoważnienia kogokolwiek do dokumentacji medycznej⁴². Nie ma również ustawowych ograniczeń jeśli chodzi o liczbę osób upoważnionych ani krąg podmiotów, które mogą zostać upoważnione. W związku z tym pacjent może upoważnić każdą dowolną osobę, a nie tylko członka rodziny⁴³. W sytuacji, kiedy pacjent upoważnił więcej niż jedną osobę, każda z tych osób realizuje swoje uprawnienie niezależnie od pozostałych.

Oświadczenie pacjenta (odpowiednio przedstawiciela ustawowego) o upoważnieniu do dokumentacji, tak jak w przypadku upoważnienia do informacji, zgodnie z § 8 ust. 1 rozp. dok. med., złożone w inny sposób niż za pośrednictwem IKP zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Powyższe wskazuje, że pacjent może złożyć oświadczenie pisemne lub ustne⁴⁴. Należy zwrócić uwagę, iż „wyraźny charakter normy *iuris cogentis* wynikającej z art. 26 u.p.p. (jeśli nie semiimperatywnej – na korzyść pacjenta), przemawia również za dowolnością formy dla omawianej czynności prawnej”⁴⁵. Znajduje to również odzwierciedlenie w orzecznictwie⁴⁶. Z punktu widzenia pacjenta istotną kwestią jest to, że upoważnienie złożone w jednym podmiocie zachowuje moc w innym podmiocie, chyba że coś innego wynika z treści upoważ-

⁴⁰ Zob. M. Jackowski, *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, Warszawa 2018, s. 264.

⁴¹ M. Śliwka, M. Urbaniak, *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządce*, Warszawa 2018, s. 102.

⁴² J. Zajdel-Calkowska, op. cit., s. 391.

⁴³ Zob. M. Śliwka, M. Urbaniak, op. cit., s. 117.

⁴⁴ Zob. M. Nesterowicz, *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 5.

⁴⁵ G. Ladrowska, *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 24.

⁴⁶ Wyrok NSA, sygn. akt II OSK 1134/16.

nienia⁴⁷. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia praktycznego. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, kiedy osoba upoważniona zgłosi się do podmiotu leczniczego z kopią upoważnienia złożonego w innym podmiocie. Należy przyjąć, że takie upoważnienie powinno zostać uwzględnione⁴⁸.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 u.p.p. dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,

2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku⁴⁹,

3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,

4) za pośrednictwem komunikacji elektronicznej,

5) na informatycznym nośniku danych.

Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (art. 27 ust. 2 u.p.p.), natomiast dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 3 u.p.p.).

Ogólnie decyzja co do wyboru sposobu udostępnienia dokumentacji należy do podmiotu uprawnionego⁵⁰. Jednakże w czasie pandemii to w tym właśnie zakresie dochodzi do ograniczeń realizacji prawa do dokumentacji medycznej. Z uwagi bowiem na ograniczony dostęp w budynkach podmiotów leczniczych, kierownik jest uprawniony na podstawie art. 5 u.p.p. ograniczyć formy udostępniania dokumentacji medycznej. W praktyce obecnie najczęściej dokumen-

⁴⁷ Wyrok WSA w Krakowie z 29 października 2014 r., sygn. akt III SAB/Kr 42/14, Lex nr 1602627.

⁴⁸ Zob. A Kowalska, *Udostępnianie dokumentacji medycznej w aspekcie obowiązku podmiotu leczniczego*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, s. 207–228.

⁴⁹ Zgodnie z art. 3 ust. 1 u.p.p. wyciąg to skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej, odpis to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem, kopia to dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).

⁵⁰ <https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/305279990-Udostepnianie-dokumentacji-medycznej.html> (data dostępu: 18.10.2021).

tacja jest przesyłana pocztą lub elektronicznie. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych wskazuje na możliwość przesyłania dokumentacji medycznej za pośrednictwem profilu ePUAP⁵¹. Takie sposoby udostępniania są oczywiście zgodne z obowiązującymi przepisami. Należy jednak zwrócić uwagę na konieczność weryfikacji osoby uprawnionej do dokumentacji medycznej⁵². Oczywiście proces weryfikacji jest dużo prostszy w przypadku osobistego odbioru dokumentacji. Wówczas również nie ma wątpliwości, że dokumentacja trafia do rąk osoby uprawnionej. W przypadku przesyłania dokumentacji zweryfikowanie adresata jest trudniejsze, ale – jak pokazuje praktyka podmiotów leczniczych – możliwe. Z reguły podmioty lecznicze w procedurach wewnętrznych opracowują szczegółowy tryb weryfikacji. Zazwyczaj szczególną uwagę poświęca się przypadkom, kiedy dokumentacja jest przesyłana na inny adres e-mail niż podany w dokumentacji medycznej (np. adres osoby upoważnionej). Wtedy najczęściej uruchamia się dodatkowe kanały kontaktu, aby zweryfikować osobę, do której będzie wysłana dokumentacja. Dokumentacja przesyłana mailowo jest szyfrowana, a kod do niej jest przesyłany oddzielnie (najlepiej żeby do przesłania kodu korzystać z innej niż e-mail formy kontaktu, np. przesłać kod SMS-em).

Podsumowanie

Ostatnie miesiące pokazały, jak bardzo zmieniło się nasze życie. W obliczu pandemii doświadczamy wielu ograniczeń w różnych obszarach, których konsekwencje będą długo odczuwane. Szczególnie dotkliwie dotknięty został system ochrony zdrowia, zarówno w kwestii podstawowej, jaką jest dostępność do świadczeń zdrowotnych, ale również w zakresie przestrzegania praw pacjenta. Jak zostało wskazane w niniejszym opracowaniu, prawa pacjenta aktualnie podlegają licznym ograniczeniom. Tak naprawdę aktualna sytuacja pokazała w pełnym zakresie doniosłość art. 5 u.p.p., który pozwolił na dostosowanie obowiązujących przepisów do zmieniającej się rzeczywistości. Wcześniej przepis ten był stosowany stosunkowo rzadko, teraz stał się bardzo aktualny i wykorzystywany przez kierowników podmiotów leczniczych. Dzięki niemu nie ma konieczności zmiany obowiązujących przepisów, a sami kierownicy podmiotów leczniczych mogą reagować na zmieniającą się sytuację i dostosowywać procedury obowiązujące w swoich placówkach do dynamicznej sytuacji epidemiologicznej. Zgodnie z tym, co zostało wcześniej podkreślone, kierownik

⁵¹ <https://uodo.gov.pl/pl/138/1517>.

⁵² Zob. M. Bogusiak, *Czy możesz odmówić pacjentowi dostępu do dokumentacji medycznej za pomocą e-maila*, „Dokumentacja Medyczna w Praktyce” 2021, nr 2(64), <https://dokmed24.pl/obsługa-pacjenta/czy-mozesz-odmowic-pacjentowi-dostepu-do-dokumentacji-medycznej-za-pomoca-emaila-4745.html> (data dostępu: 18.10.2021).

podmiotu leczniczego ma obowiązek, a nie uprawnienie wprowadzenia stosownych ograniczeń w związku z sytuacją epidemiologiczną. Istotne jest, żewołany przepis pozostawia kierownikowi w ograniczonym zakresie luz decyzyjny, jeśli chodzi o zakres wprowadzanych ograniczeń. To z kolei sprawia, że w różnych podmiotach ograniczenia poszczególnych praw pacjenta są zróżnicowane i przyjęte rozwiązania są odmienne. Na tym etapie trudno jest jednoznacznie ocenić wprowadzane zmiany. Nie ma bowiem opracowań, które zawierałyby kompleksowe ujęcie omawianej problematyki, a wszelkie zalecenia i wytyczne zmieniają się wraz z upływem czasu. Przykładem może być chociażby początkowo rekomendowany zakaz odwiedzin, w przypadku którego aktualnie Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że nie powinno się wprowadzać całkowitego zakazu. Biorąc jednak pod uwagę fakt, iż kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za bezpieczeństwo wszystkich pacjentów, pracowników i innych osób przebywających na terenie placówki, w większości szpitali nadal utrzymany jest zakaz odwiedzin. Zazwyczaj dopuszcza się jednak możliwość krótkiego kontaktu z pacjentem, zwłaszcza gdy przemawia za tym stan jego zdrowia. W ostatnim czasie niektóre placówki zdecydowały się na przywrócenie odwiedzin tylko dla osób zaszczepionych. Takie rozwiązanie nie znalazło ostatecznie akceptacji ze strony Ministerstwa Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. Jednocześnie Minister Zdrowia zainteresował się problemem i zadeklarował wydanie wytycznych w tym zakresie.

Omówione prawa pacjenta jednoznacznie wskazują, że praktycznie wszystkie przypadki wprowadzanych ograniczeń mają bezpośredni związek z zakazem odwiedzin i maksymalnym zminimalizowaniem liczby osób przebywających na terenie podmiotu leczniczego. Podyktowane jest to przede wszystkim ograniczeniem transmisji koronawirusa i zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom. Podkreślenia wymaga, że zakaz odwiedzin w wielu przypadkach wpływa bezpośrednio na ograniczanie innych praw lub pośrednio na sposób ich realizacji.

Konsekwencje wprowadzanych ograniczeń poznane zostaną w najbliższym czasie. Nie ma jednak wątpliwości, że wielokrotnie powoływany art. 5 u.p.p. nakłada na kierownika podmiotu leczniczego obowiązek ingerencji w prawa pacjenta. W przypadkach, kiedy ta ingerencja okaże się nieuzasadniona, każdy poszkodowany pacjent będzie mógł się domagać zadośćuczynienia na podstawie art. 4 u.p.p. Co istotne, analogiczna odpowiedzialność może mieć miejsce również w przypadku nieograniczenia praw pacjenta w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego⁵³. Podjęta analiza wskazuje jednak, że kierownikowi podmiotu leczniczego nie pozostawiono niczym nieograniczonego luzu decyzyjnego. Uprawnienie w zakresie ograniczania praw pacjenta dotyczy bowiem tylko niektórych z nich. Natomiast prawa pacjenta, mające swe podłoże w konstytucyjnych prawach i wolnościach, muszą być, niezależnie od art. 5 u.p.p., ograniczane zgodnie z zasadami wynikającymi z art. 31 ust. 3 Kon-

⁵³ L. Bosek, op. cit., s. 115.

stytucji, który wymaga, aby źródłem ograniczeń była ustawa, a nie decyzja uprawnionego podmiotu.

Wykaz literatury

- Bogusiak M., *Czy możesz odmówić pacjentowi dostępu do dokumentacji medycznej za pomocą e-maila*, „Dokumentacja Medyczna w Praktyce” 2021, nr 2(64), <https://dok-med24.pl/obsługa-pacjenta/czy-mozesz-odmowic-pacjentowi-dostepu-do-dokumentacji-medycznej-za-pomoca-emaila-4745.html>.
- Bosek L. (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2020.
- Horbaczewski R., *W pandemii prawo do godnego umierania też obowiązuje*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/prawa-pacjenta-ograniczone-w-czasie-pandemii,506227.html>.
- Jackowski M., *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Janiszewska B., *Prawa pacjenta w dobie pandemii*, XXII Konferencja Wydziałowa „Prawo w czasie pandemii Covid-19”, Warszawa 2021, <https://www.wpia.uw.edu.pl/uploads/media/6049dd9a81ac4/broszura-prawo-w-czasie-pandemii-covid-19.pdf?v1>.
- Kowalska A., *Udostępnianie dokumentacji medycznej w aspekcie obowiązku podmiotu leczniczego*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50.
- Ladrowska G., *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Naworska A., *Jakiego prawa nie możesz ograniczyć w czasie pandemii*, „Dokumentacja Medyczna w Praktyce” 2020, nr 7(56), <https://dokmed24.pl/obsługa-pacjenta/jakiego-prawa-pacjenta-nie-mozesz-ograniczyc-w-czasie-pandemii-4512.html>.
- Nesterowicz M., *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Nowosielska K., *Noworodek wymagający leczenia w czasie pandemii bez kontaktu z rodzicami*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/odwiedziny-w-szpitalu-w-czasie-epidemii,502512.html>.
- Nowosielska K., *Rodzice noworodków wciąż walczą o prawo do odwiedzin w szpitalu*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zasady-odwiedziny-noworodkow-w-szpitalu-w-czasie-epidemii,503732.html>.
- Nowosielska K., *Wizyty w szpitalu nie powinny być jednoznacznie zakazane*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zakaz-odwiedziny-w-szpitalu,502702.html>.
- Ojczyk J., *Są wytyczne o zdalnym udzielaniu informacji o stanie pacjentów*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/jak-przez-telefon-i-zdalnie-informowac-o-stanie-zdrowia-pacjenta,504910.html?fbclid=IwAR1VzLPje28DBXQKXALhAIIIfAcG34laSV2FOlaBtI01lhincQsSesV7RLyNw>.
- Rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19 w związku z postępowaniem realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rekomendacje-ministerstwa-zdrowia-i-glownego-inspektoratu-sanitarnego-dotyczace-odwiedziny-w-szpitalach-w-zwiazku-z-postepem-realizacji-narodowego-programu-szczepien>.
- Sroka T., *Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego*, „Palestra” 2020, nr 6, <https://palestra.pl>

pl/czasopismo/wydanie/6-2020/arttykul/ograniczenia-praw-i-wolnosci-konstytucyjnych-oraz-praw-pacjenta-w-zwiazku-z-wystapieniem-zagrozenia-epidemicznego. Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie ograniczenia możliwości przebywania rodziców w szpitalach, <https://www.gov.pl/web/rpp/stanowisko-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawie-ograniczenia-mozliwosci-przebywania-rodzicow-w-szpitalach>. Śliwka M., Urbaniak M., *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018. Wytyczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość, <https://www.gov.pl>, RzPP-DSD.42074.2020. Zajdel-Całkowska J., *Prawo medyczne*, PZWL, Warszawa 2019.

Summary

Patient rights during a pandemic – selected issues

Keywords: law, pandemic, patient's rights, limitations, transmission, health protection.

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) announced a pandemic of the new SARS-CoV-2 coronavirus responsible for the COVID-19 disease. In Poland, the first case of the coronavirus was detected on March 4, 2020, and on March 20, 2020, an epidemic was announced in connection with SARS-CoV-2 virus infections. Since then, the daily life of people around the world has changed dramatically. To this day, we feel the consequences of the new and unpredictable epidemiological situation. Particularly severe effects of the pandemic are observed in the health care system. This applies to all countries, both those where the provision of health services is at a high level, as well as underdeveloped countries that have previously struggled with problems in this area.

The epidemiological situation also influenced the realization of patients' rights. According to Art. 5 of the Act on Patient Rights and the Patient's Rights Ombudsman, the head of the entity providing health services, or a doctor authorized by him may limit the exercise of patient rights in the event of an epidemic threat or due to the health safety of patients, and in the case of the right to personal, telephone or correspondence contact with other persons also due to the organizational possibilities of the entity.

This work analyzes the issues related to the limitation of patients' rights based on the referred Article 5. However, the subject of consideration will not be the issues related to, inter alia, with limitation of the right to health services, which were caused by changes in applicable regulations, and not by the decision of the head of the medical entity. In these cases, medical entities were obliged to comply with the applicable regulations and managers of entities providing health services were not able to make different decisions. The aim of this paper is to indicate the limitations of patients' rights under the mentioned Article and their consequences.