

Urszula Drozdowska

Uniwersytet w Białymstoku
e-mail: urszula.drozdowska@wp.pl
telefon: +48 85 745 71 93

DOI: 10.15290/mhi.2014.13.02.16

Status prawny partnera pacjenta w świetle uregulowań polskiego prawa medycznego

SUMMARY

The legal status of a patient's partner in Polish medical law

The legal status of a patient's partner in Polish medical law is determined by entitlements granted to "real guardian" and to "close person". The items are not unambiguously defined in art. 3, section 2, points 1 and 2, of the Patient's Rights and Patient's Rights Ombudsman Act. In the author's opinion based on the act, the patient's partner might be recognized as the guardian and/or close person. The guardian's rights are limited to express a substitute permission for basic examination, whereas the close person has the right to decide on medical intervention if the situation requires. The access to medical records is restricted only to the people authorized by the patient.

Key words: patient's partner, real guardian, close person, the right to be informed, the right of access to medical records

Słowa kluczowe: partner pacjenta, opiekun faktyczny, osoba bliska, prawo do uzyskania informacji, prawo dostępu do dokumentacji medycznej

1. Uwagi wstępne

Celem publikacji jest próba określenia statusu partnera pacjenta, przez którego należy rozumieć osobę, która pozostaje z pacjentem w pozaprawnym związku, co oznacza, iż nie jest to związek małżeński w rozumieniu polskiego prawa rodzinnego¹. Tytułowe określenie „partner” wypiera wcześniej używane „konkubent” czy „konkubina” dla oznaczenia osoby pozostającej w faktycz-

¹ Przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie definiują pojęcia „związku małżeńskiego”. W piśmiennictwie pojawia się w związku z tym wiele definicji małżeństwa. Zwykle określa się je jako związek mężczyzny i kobiety, będący stosunkiem prawnym o charakterze wzajemnym. Ten sposób definiowania związku małżeńskiego wyklucza związki osób tej samej płci, zob. szerzej: J. Gajda, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. XI: *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, red. T. Smoczyński, Warszawa 2009, s. 69 i nast.

nym pożyciu z pacjentem. Pojęcia te, używane przez język aktów prawnych, są często odbierane jako mające zabarwienie pejoratywne, kojarzą się bowiem z marginesem społecznym. Jakkolwiek są tworzone w języku prawniczym takie neologizmy jak „konkubinaty homoseksualny”², to coraz częściej przyjmuje się inne nazewnictwo: związek partnerski, partner homo- lub heteroseksualny. Wpływ na te zmiany semantyczne ma niewątpliwie także ustawodawstwo europejskie, gdzie funkcjonuje określenie *register partner*.

Wyznaczenie statusu partnera na gruncie polskiego prawa medycznego wymaga wskazania, czym zajmuje się prawo medyczne. Prawo medyczne to stosunkowo młoda gałąź prawa, która reguluje prawa pacjentów i odpowiadające im obowiązki personelu medycznego, a także prawa i obowiązki podmiotów wykonujących działalność leczniczą³. Prawo medyczne w ten sposób definiowane spełnia dwa podstawowe cele. Pierwszy – to ochrona interesu pacjenta, który w relacjach z lekarzem lub instytucją leczniczą z powodu braku wiedzy i umiejętności wymaga prawnego wsparcia. Drugi – to ochrona interesu lekarza i innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁴. Ochrona ta zasadza się na gwarancji legalności wykonywania profesji medycznej. Prawo wyznacza zakres prawidłowości postępowania profesjonalistów medycznych, ponieważ uprawianie medycyny niesie za sobą różnego rodzaju niebezpieczeństwa (ryzyka) dla zdrowia i życia ludzkiego⁵.

Z uwagi na ochronę interesów pacjenta, podmiotem praw przyznanych przez ustawodawcę jest z reguły sam pacjent. Definicję pacjenta odnajdujemy w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶. Zgodnie z nią pacjentem jest każda osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Jeśli pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony, prawo przewiduje możliwość jego reprezentacji przez określone podmioty prawa⁷.

² Zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z 23 lutego 2007 r., I ACA 590/06, OSAB 2007, nr 1, poz. 10.

³ Zob. szerzej: L. Kubicki, *Prawo medyczne i jego zakres*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 1–7.

⁴ Podmioty wykonujące działalność leczniczą określa ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 113, poz. 658 ze zm.).

⁵ Zob. A. Górski, P. Dzieńis, U. Drozdowska, C. Kulesza, A. Zemke-Górecka, M. Pannert, A. Bieliński, J. A. Piątkiewicz, M. Perkowski, *Słowo wstępne od autorów*, [w:] *Regulacje prawne ochrony zdrowia*, red. A. Górski, P. Dzieńis, Białystok 2006, s. 7.

⁶ Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm., dalej w skrócie: ustawa o prawach pacjenta.

⁷ Małoletniego przed ukończeniem 16. roku życia oraz ubezwłasnowolnionego całkowicie reprezentuje przedstawiciel ustawowy. Wyraża on zgodę zastępczą na leczenie oraz ma prawo do pełnej informacji o stanie zdrowia podopiecznego. Polskie prawo medyczne wprowadza rozwiązania pozwalające na uczestnictwo podmiotów, które w świetle ogólnych reguł prawa cywilnego nie mają zdolności do czynności prawnych lub zdolność tę mają ograniczoną, zob. szerzej: B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 445 i nast.

W pewnych sytuacjach (np. w razie stanu nieprzytomności czy braku kontaktu pozwalającego na uzyskanie poinformowanej zgody) także pacjenci pełnoletni i nieubezwalnowolnieni wymagają reprezentowania ich interesów. Jest to kategoria osób niezdolnych do wyrażenia swej woli z powodu faktycznej niemożliwości przy zachowanej pełnej zdolności do czynności prawnych. Powstaje pytanie, kto powinien reprezentować interesy tej kategorii osób.

Możliwe są różne rozwiązania. W sytuacjach niecierpiących zwłoki to zwykle lekarz stoi na straży interesu zdrowotnego pacjenta; jeśli jednak nie jest to sytuacja nadzwyczajna, prawo przyznaje kompetencje różnym podmiotom prawa, w tym samemu pacjentowi, który na mocy swoistego „testamentu życia” (*living will*) określa, jakie interwencje mogą być wobec niego przeprowadzone na wypadek braku świadomości⁸. W wielu krajach funkcjonuje też pojęcie osoby zaufanej, którą wskazuje sam pacjent⁹.

W polskim prawie medycznym – co do zasady – kompetencje w zakresie zezwolenia na interwencję medyczną przypisuje się sądowi opiekuńczemu. Z pewnych uprawnień korzysta także tzw. osoba bliska oraz „opiekun faktyczny”. Pojęcia tych podmiotów prawa są zdefiniowane na gruncie wspomnianej już ustawy o prawach pacjenta. Nie są one jednak jednoznaczne, a ich interpretacja budzi wątpliwości. W szczególności powstaje zagadnienie, czy tytułowy partner pacjenta może być opiekunem faktycznym i/lub osobą bliską. Udzielenie odpowiedzi na to pytanie pozwala przypisać partnerowi pacjenta określone uprawnienia. One zaś wyznaczają *de lege lata* status partnera pacjenta.

2. Pojęcia opiekuna faktycznego i osoby bliskiej na gruncie prawa medycznego

Przepis art. 3 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta w punkcie pierwszym definiuje opiekuna faktycznego jako osobę sprawującą bez obowiązku ustawowego stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. W literaturze podkreśla się, że nie każda osoba bliska może być uznana za opiekuna faktycznego. Nie wystarczy tu związek krwi czy też istnienie związku emocjonalnego, koniecznym elementem jest stała piecza nad pacjentem¹⁰. O stałej pieczy można mówić

⁸ Kwestia tzw. oświadczeń *pro futuro* w Polsce nie została uregulowana. Jakkolwiek orzecznictwo przyjęło moc wiążącą takich oświadczeń w przypadku pełnoletnich Świadców Jehowy, którzy z przyczyn konfesyjnych odmawiają zgody na transfuzję krwi, zob. postanowienie SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05, publ. „Jurysta” 2006, nr 5, s. 36 i nast.

⁹ Szerzej o tym dalej.

¹⁰ Tak M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 57; T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” (dalej: PiM) 2000, nr 6–7, s. 84; P. Konieczniak, *Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym*, PiM 2014, nr 2, s. 69–70.

wówczas, gdy dana osoba sprawuje ją przez cały czas występowania okoliczności ją usprawiedliwiającej. Dla przyjęcia stałości pieczy nie ma znaczenia jej długotrwałość. *In casu* zatem opiekunem faktycznym pacjenta może być sąsiadka, opiekun, który bez obowiązku ustawowego sprawuje tego typu pieczę nad pacjentem (np. opiekun kolonijny w odniesieniu do dzieci, czy opiekun w domu pomocy społecznej). Bez wątplenia więc opiekunem faktycznym może być partner pacjenta, jeśli sprawowana przez niego piecza ma charakter stały.

Faktyczna piecza tym się różni od prawnej, że nie wyznaczają jej przepisy ustawowe (tak jak się to dzieje w odniesieniu do osób, wobec których istnieje prawny obowiązek pieczy¹¹), lecz okoliczności wynikające z danego stanu faktycznego. W tym kontekście można twierdzić, że objęcie zakresem pojęcia opiekuna faktycznego partnera pacjenta nie powinno budzić wątpliwości. Paradoksalnie, pojawiają się one w stosunku do współmałżonka czy dorosłych dzieci pacjenta. Zdaniem A. Dudzińskiej, literalna wykładania cytowanego art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta nie pozwala uznać za opiekuna faktycznego małżonka czy dzieci pacjenta ze względu na wykonywanie przez te osoby pieczy na mocy obowiązku ustawowego¹². Zgodnie bowiem z art. 23 k.r. i o. małżonkowie są zobowiązani do wzajemnej pomocy, podobnie art. 87 k.r. i o. stanowi, że rodzice i dzieci mają obowiązek wspierać się wzajemnie¹³. Należy zaznaczyć, że autorka krytykuje taką sytuację, proponując *de lege ferenda* zmianę przepisu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta.

Odnosząc się do zaprezentowanego poglądu, można podnieść, iż definicja opiekuna faktycznego na gruncie prawa medycznego ma na celu objęcie możliwie najszerzego kręgu podmiotów, a zatem również tych osób, które bez obowiązku ustawowego sprawują stałą pieczę nad pacjentem. Podkreślenie elementu faktycznej i stałej opieki eliminuje osoby przypadkowe z grona osób, które zajmują się pacjentem. Jeśli więc ustawodawca uznaje za opiekunów faktycznych osoby niemające obowiązku ustawowego w sprawowaniu opieki, tym bardziej należy zaliczyć do tego kręgu osoby, które z mocy prawa sprawują taką (faktyczną) pieczę nad pacjentem. W innym przypadku, żona sprawująca stałą opiekę nad mężem (np. chorym na alzheimera) byłaby w gorszej sytuacji prawnej od partnera hetero- lub homoseksualnego. Podobnie dorosłe dzieci sprawujące stałą pieczę nad rodzicami zostałyby pozbawione statusu opiekuna faktycznego¹⁴. Warto w tym miejscu wskazać, wyprzedzając później-

¹¹ Piecza jest sprawowana przez przedstawicieli ustawowych lub opiekunów prawnych.

¹² Ustawa z 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 ze zm.). W skrócie k.r. i o.

¹³ A. Dudzińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 9, s. 99 i nast.

¹⁴ Zob. T. Dukiet-Nagórska, op. cit., s. 85. Autorka uznaje za opiekuna faktycznego dorosłe dzieci, które przywożą do szpitala ojca z otępieniem starczym, a także męża pacjentki, pod warunkiem, że aktywność tych osób wobec pacjenta w zakresie opieki nie jest sporadyczna, ale istnieje przez cały okres utrzymywania się przyczynny sprawowania opieki.

sze rozważania, że opiekun faktyczny w świetle przepisów prawa medycznego wyraża zgodę na badanie osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody¹⁵, co w sytuacji braku przedstawiciela ustawowego (a tak się dzieje, gdy mamy do czynienia z pacjentem pełnoletnim i nieubezpieczeniowym) jest rozwiązaniem bardzo praktycznym. Pozwala bowiem uniknąć realizacji procedury pozyskiwania zastępczej zgody sądu opiekuńczego na badanie, a zatem na wykonanie najprostszej interwencji medycznej. Sądzę zatem, że także argumenty natury funkcjonalnej i celowościowej pozwalają rozszerzyć pojęcie opiekuna faktycznego również na osoby, które z mocy przepisów k.r. i o. sprawują nie tylko faktyczną, ale i prawną pieczę nad pacjentem¹⁶.

Przechodząc do definicji osoby bliskiej, warto wskazać, że w odróżnieniu od pojęcia opiekuna faktycznego, którym posługiwała się także wcześniejsza ustawa o zawodzie lekarza z 28 października 1950 roku¹⁷, pojęcie osoby bliskiej pojawiło się dopiero na gruncie ustawy o prawach pacjenta (ustawa weszła w życie 5 czerwca 2009 roku). Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy osobą bliską jest małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Ze względu na zakres tematyczny publikacji przedmiotem zainteresowania są podmioty wskazane w ostatniej części przepisu: osoba wskazana przez pacjenta oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

Nie ulega wątpliwości, że partner zawsze może się znaleźć w kręgu osób upoważnionych przez pacjenta. Pacjent ma bowiem prawo upoważnić kogo zechce¹⁸. Jeśli pacjent w sposób świadomy wskazał daną osobę jako upoważnioną do uzyskania informacji, to jego oświadczenie jest decydujące. Podobnie w sytuacji, gdy pacjent określił osoby, którym zakazuje podawania informacji, nawet jeśli te osoby należą do kręgu osób bliskich; zakaz taki powinien być przez personel medyczny respektowany¹⁹. Można zatem twierdzić, że wola pacjenta w zakresie decydowania o tym, kto jest dla niego osobą bliską wyprzedza uregulowania ustawowe. Jeśli zatem pacjent żyje w związku partnerskim i sprzeciwia się informowaniu dzieci czy też małżonka, a wyraża swoją wolę w zakresie informowania partnera, jego decyzja jest dla personelu medycznego wiążąca. Postanowienia rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu

¹⁵ Por. art. 32 ust. 3 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.). Dalej w skrócie: ustawa o zawodzie lekarza.

¹⁶ Na marginesie można zauważyć, że inna wykładnia paradoksalnie zmierzałaby do pogorszenia statusu prawnego współmałżonka w porównaniu do statusu prawnego partnera.

¹⁷ Dz. U. Nr 50, poz. 458.

¹⁸ Zgadzam się z M. Boratyńską, która wskazuje, iż pacjentowi wolno obdarzyć zaufaniem dowolną osobę bez względu na relację rodzinną, towarzyską bądź status zawodowy, zob. M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, PiM 2014, nr 1, s. 64–65.

¹⁹ Zob. T. Dukiet-Nagórska, op. cit., s. 83.

jej przetwarzania²⁰ precyzują, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, którą ma obowiązek prowadzić każdy podmiot leczniczy zamieszcza się oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej (ewentualnie oświadczenie o braku takiego upoważnienia) do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej. Warto podkreślić, iż upoważnienia te nie blokują wykonywania uprawnień przez pacjenta w sposób samodzielny.

Oświadczenie woli pacjenta upoważniające daną osobę do informacji oraz do dostępu do dokumentacji medycznej może być zmienione w każdym czasie. Oświadczenie to może być wyrażone zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej (a nawet *per facta concludentia*; np. gdy pacjent rozmawia z lekarzem o swoim stanie zdrowia w obecności osoby bliskiej²¹). W przypadku ustnego upoważnienia fakt ten powinien jednak zostać odnotowany, najlepiej w dokumentacji medycznej pacjenta. Pewien rygoryzm w tym zakresie należy tłumaczyć obowiązkiem przestrzegania tajemnicy zawodowej przez personel medyczny²².

W sytuacji braku odpowiedniego upoważnienia, osobą bliską w myśl art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta jest m.in. osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z pacjentem. Określenie „osoby pozostającej we wspólnym pożyciu” budzi rozliczne wątpliwości.

Pojęcie „osoby pozostającej we wspólnym pożyciu” można odnaleźć na gruncie art. 115 §11 kodeksu karnego, który definiuje osobę najbliższą²³. W doktrynie prawa karnego wskazuje się, iż pojęcie „wspólne pożycie” odnoszone jest wprawdzie do konkubinatu, który jest związkiem osób o różnej płci, odpowiadającym od strony faktycznej stosunkowi małżeństwa (którym w rozumieniu art. 18 Konstytucji RP jest wyłącznie związek osób różnej płci). Jeżeli jednak pomiędzy osobami tej samej płci zachodzą te same więzy, jak w przypadku osób o różnej płci, żyjących w konkubinacie, to brak jest podstaw do odmowy przyznania takim osobom statusu osoby najbliższej²⁴. Należy podkreślić, iż o wspólnym pożyciu decydują następujące względy: pożycie fizyczne i psychiczne, wspólnota ekonomiczna, trwałość związku. W świetle powyższych

²⁰ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

²¹ Jakkolwiek w tym przypadku nakazuje się ostrożność, ponieważ samo znoszenie przez pacjenta cudzej obecności nie pozwala jeszcze na uznanie dorozumianego upoważnienia informacyjnego. Upoważnienie to powinno mieć charakter wyraźny, a wątpliwości należy tłumaczyć w kierunku jego braku, tak: M. Boratyńska, op. cit., s. 65.

²² Przepis art. 266 §1 kodeksu karnego (ustawa z 6 czerwca 1997 r., Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) penalizuje ujawnienie tajemnicy lekarskiej, polegające na udzieleniu informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie nieuprawnionej.

²³ Zwraca uwagę bliskość (lecz nie tożsamość) od strony semantycznej określeń: osoba bliska – osoba najbliższa. Osobą najbliższą w rozumieniu kodeksu karnego jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia, oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (art. 115 §11 k.k.).

²⁴ Tak M. Jachimowicz, *Prawo do odmowy składania zeznań przez osobę najbliższą*, „Prokurator” 2007, nr 1, s. 69 i nast.

poglądów nie ma przeciwwskazań, aby uznać za osobę bliską partnera pacjenta, i to zarówno ze związku hetero-, jak i homoseksualnego. Na marginesie można jedynie odnotować, iż w porównaniu z definicją „osoby najbliższej” zakres pojęcia „osoby bliskiej” w prawie medycznym jest zdecydowanie węższy²⁵.

Z kolei w doktrynie prawa cywilnego przyjmuje się stosunkowo szerokie pojmowanie „osoby pozostającej we wspólnym pożyciu”, wskazując, że chodzi o bycie we wspólnocie domowej, duchowej, gospodarczej i fizycznej, przy czym tej ostatniej nie należy przyznawać wiążącego i obligatoryjnego charakteru²⁶. Problem, czy zakresem tej wspólnoty *in casu* są objęte osoby pozostające w związkach homoseksualnych należy rozpatrywać na tle konkretnych przepisów kodeksu cywilnego²⁷. W wyroku SN z 20 listopada 2009 roku²⁸ wydanym na tle art. 691 §1 k.c. czytamy, iż faktyczne wspólne pożycie oznacza więź łączącą dwie osoby pozostające w takich relacjach jak małżonkowie²⁹. Wykazanie więc odpowiedniego charakteru pożycia przed sądem byłoby przede wszystkim kwestią dowodową. Moim zdaniem udowodnienie „wspólnego pożycia” na wzór pożycia małżeńskiego pozwala na przyznanie określonych uprawnień także osobom pozostającym w związkach homoseksualnych³⁰.

²⁵ Zwraca uwagę brak rodzeństwa – literalnie rzecz ujmując, przepis art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta wymienia bowiem krewnych i powinowatych w linii prostej. W literaturze przedmiotu wskazuje się, co prawda, że przez krewnych należy rozumieć zarówno krewnych w linii prostej, jak i bocznej. Jak się wydaje, jest to jednak wynik celowościowej, a nie literalnej wykładni przepisu (tak np. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, wyd. 2, s. 74). Można zatem znów paradoksalnie odnotować, że status partnera pacjenta mniej budzi wątpliwości niż np. status rodzeństwa pacjenta. Zwłaszcza w sytuacji pacjentów samotnych, bezdzietnych i niezamężnych/nieżonatych może okazać się, że to właśnie rodzeństwo jest jedyną osobą bliską (osoby starsze wszak, nie posiadając męża i dzieci, nie mają krewnych i powinowatych w linii prostej). Przepis zatem wymaga nowelizacji.

²⁶ Tak: H. Ciepła, *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, ks. III, t. 2, praca zbiorowa, Warszawa 2007, s. 317.

²⁷ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.). Z „osobą pozostającą we wspólnym pożyciu” spotykamy się na gruncie art. 691 §1 k.c. W przepisie tym osoba ta ma uprawnienie do wstąpienia w stosunek najmu w razie śmierci najemcy lokalu pod warunkiem, że w chwili śmierci z nim zamieszkiwała. Inne przepisy prawa cywilnego operują pojęciem osoby bliskiej czy osoby będącej najbliższym członkiem rodziny (np. art. 446 §2 k.c. przyznaje uprawnienie do żądania renty osobie bliskiej zmarłego, której zmarły dobrowolnie i stale za życia dostarczał środków utrzymania). Jednakże przepisy k.c. nie definiują tych pojęć, a ich wykładnia dokonywana jest *in casum*. Co więcej, wskazuje się, iż nie należy tworzyć zamkniętego katalogu osób bliskich, zob. szerzej na temat wykładni pojęcia osoby bliskiej: J. Haberko, *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, „Przeгляд Sądowy” 2011, nr 3, s. 65 i nast.

²⁸ III CZP 99/09, OSNC 2010, nr 5, poz. 74.

²⁹ Na tle art. 691 §1 k.c. prezentowany jest pogląd, iż przepis ten nie obejmuje swym zakresem związków homoseksualnych, wynika to z restrykcyjnej wykładni tego unormowania, które zakłada wstąpienie w stosunek najmu po śmierci najemcy tylko wąskiego kręgu osób (zob. J. Panowicz-Lipska, [w:] *System prawa prywatnego*, red. J. Panowicz-Lipska, t. VIII, Warszawa 2004, s. 91).

³⁰ K. Pietrzykowski wskazuje na konieczność szerokiego rozumienia przesłanki pozostawania z najemcą w faktycznym pożyciu w związku z wyrokiem ETPCz z 2 marca 2010 r. w sprawie Kozak v. Polska (13102/02), K. Pietrzykowski, [w:] *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, red. K. Pietrzykowski, t. II, Warszawa 2011, s. 528.

3. Uprawnienia partnera pacjenta jako opiekuna faktycznego

Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta opiekun faktyczny ma prawo – w razie braku przedstawiciela ustawowego – do wyrażenia zgody zastępczej na badanie w stosunku do małoletniego poniżej 16 lat, pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego lub pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody. Analogiczne rozwiązanie odnajdujemy w art. 32 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza³¹. Problematyka zgody zastępczej opiekuna faktycznego małoletniego i pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego nie mieści się w zakresie tematycznym niniejszej publikacji, dlatego uwagę należy skupić na pacjencie niezdolnym do świadomego wyrażenia zgody.

Pacjentem niezdolnym do świadomego wyrażenia zgody może być osoba nieprzytomna, jak również taka, której stan zdrowia stoi na przeszkodzie w odbieraniu bodźców z otoczenia i reagowaniu na nie w sposób adekwatny (np. w przypadku starczej demencji, zaawansowanej choroby Alzheimera czy innej choroby psychicznej³²). Świadomą zgodę może wyrazić bowiem tylko taki pacjent, który jest w stanie zrozumieć znaczenie informacji. Ocena świadomości pacjenta należy do lekarza. Marek Safjan wskazuje, iż brak zdolności do świadomego wyrażenia zgody jest stanem pełnego braku świadomości, a nie tylko utrudnionego kontaktu ze światem zewnętrznym lub ograniczonej percepcji³³. W konsekwencji autor podnosi, iż dylematy co do faktycznej zdolności do wyrażenia zgody należy rozstrzygać na rzecz poszanowania autonomii pacjenta i uznawać, że wyrażenie zgody jest konieczną przesłanką dokonania czynności leczniczej³⁴. A zatem dopiero w sytuacji braku faktycznej możliwości wyrażenia świadomej zgody pojawia się potrzeba uzyskania zgody zastępczej. Cytowane przepisy ustawodawstwa medycznego wyraźnie wskazują, że partner pacjenta, będący opiekunem faktycznym, może wyrazić zgodę wyłącznie na badanie. W związku z badaniem może także uzyskać stosowną informację. Przez badanie należy rozumieć oględziny ciała i badanie fizykalne.

Warto w tym miejscu wskazać, że inne rozwiązanie przewidywała ustawa o zawodzie lekarza z 1950 roku. Opiekun faktyczny mógł wyrazić zgodę nie tylko na badanie, ale także na zabieg operacyjny (art. 17). Reminiscencje sta-

³¹ Różnica polega na tym, że przepis art. 32 ust. 3 odwołuje się do ust. 2, w którym oprócz sytuacji braku przedstawiciela ustawowego wyróżniono niemożliwość porozumienia się z przedstawicielem ustawowym. Z punktu widzenia osób małoletnich oraz ubezwłasnowolnionych całkowicie, które mają swoich przedstawicieli ustawowych, regulacja art. 32 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza jest poprawniejsza od strony legislacyjnej od regulacji zawartych w ustawie o prawach pacjenta.

³² W przypadku jednak chorób psychicznych należy mieć na względzie uregulowania ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 ze zm.).

³³ M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 43.

³⁴ Ibidem.

rych regulacji prawnych można spotkać do tej pory. Na przykład częstą praktyką na oddziałach intensywnej terapii jest pytanie o zgodę rodziny pacjenta. Nie dość, że praktyka ta jest niezgodna z literą obowiązującego prawa, to dodatkowo pojęcie opiekuna faktycznego jest interpretowane zawężająco. Zdarza się, że za opiekuna faktycznego uważa się tylko członka najbliższej rodziny (małżonka, dzieci, rodziców). Ta właśnie nieprawidłowa praktyka tłumaczy rozgoryczenie i zarzuty zgłaszane przez partnerów pacjentów odnośnie do ich dyskryminacji przez personel medyczny.

Można zastanawiać się, czy przyjęte współcześnie rozwiązanie jest prawidłowe. Czy zakres kompetencji opiekuna faktycznego wyrażającego zgodę wyłącznie na najprostszą interwencję medyczną nie jest za wąski. Czy względy słuszności, swoiste poczucie współodpowiedzialności za los osoby, wobec której jest się opiekunem faktycznym nie powinno skutkować poszerzeniem kompetencji. Można też podnieść argumenty natury utylitarnej. Obowiązujące rozwiązania powodują utrudnienia w zakresie wykonywania praktyki leczniczej (zwłaszcza w hospicjach czy na oddziałach intensywnej terapii, gdzie przebywają pacjenci niezdolni do świadomego wyrażenia zgody). Za wyjątkiem stanów nagłych³⁵, na wszystkie interwencje medyczne (z wyjątkiem badania) personel medyczny powinien uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego³⁶.

Zdaniem M. Świdorskiej zmiana obowiązujących przepisów w tym zakresie byłaby jednak zabiegiem niefortunnym, przede wszystkim dlatego, że mogłaby spowodować obniżenie poziomu ochrony autonomii woli pacjenta, ustalonego w ustawie³⁷. Podobnie M. Safjan, który wskazuje, że opiekun faktyczny nie może być traktowany na równi z przedstawicielem ustawowym i wobec tego jego kompetencje mogą dotyczyć tylko rutynowych i niestwarzających ryzyka czynności medycznych³⁸.

Należy zgodzić się z prezentowanymi poglądami; praktyka wskazuje, że nie zawsze opiekun faktyczny działa w najlepszym interesie pacjenta. Wyrażając zgodę jedynie na badanie, nie ma możliwości blokowania (opóźniania) innych interwencji medycznych, które są podejmowane w interesie pacjenta. Ingerencja sądu opiekuńczego jest konieczna zwłaszcza w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, gdy stan pacjenta nie uprawnia lekarza do samodzielnego działania (w tzw. sytuacjach emergentnych). Można jednak, moim zdaniem, zastanowić się *de lege ferenda* nad rozwiązaniem, gdzie zakres kompetencji opiekuna faktycznego objąłby wszystkie interwencje medyczne o niepodwyż-

³⁵ W tzw. sytuacji emergentnej (niecierpiącej zwłoki), zwłaszcza w razie wystąpienia stanu zagrożenia życia lub zdrowia, lekarz na podstawie upoważnienia ustawowego (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza) ma prawo wykonać interwencję medyczną bez zezwolenia sądu opiekuńczego. Wówczas jednak zawiadamia o tym opiekuna faktycznego.

³⁶ Zob. art. 32 ust. 2 oraz 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza.

³⁷ M. Świdorska, op. cit., s. 59.

³⁸ Zob. M. Safjan, op. cit., s. 45.

szonym ryzyku. Już teraz definicja doktrynalna badania (przedstawiona przez M. Safjana) wskazuje, że polega ono na rutynowych i niestwarzających ryzyka czynnościach medycznych. A zatem takie czynności, jak pobranie krwi czy innych wydzielin ciała nie powinno łączyć się z ryzykiem działania poza wyznaczonymi ramami prawa (obecnie interwencje te nie mieszczą się w pojęciu „badania”). W tym celu należałoby wprowadzić do ustawy o prawach pacjenta poszerzoną definicję badania, tak aby praktyka stosowania prawa nie odbiegała znacząco od jego litery³⁹ albo znowelizować cytowane przepisy art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta (analogicznie art. 32 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza) poprzez wskazanie, że opiekun faktyczny wyraża zgodę na badanie oraz na inne interwencje medyczne o niepodwyższonym ryzyku.

W literaturze proponuje się także (wzorem innych porządków prawnych) wprowadzenie rozwiązań prawnych, które dawałyby możliwość wskazania osoby uprawnionej do udzielenia zgody na wypadek stanu braku zdolności pacjenta do jej wyrażenia⁴⁰. Byłby to rodzaj oświadczenia *pro futuro* (antycypujący przyszły stan braku świadomości) wyrażony w formie pisemnej. Osoba upoważniona (w prawie francuskim jest to *personne de confiance*) miałaby prawo towarzyszyć pacjentowi w czasie zabiegów, być obecna podczas rozmów z lekarzem, aby potem reprezentować interesy pacjenta w zakresie podjęcia za niego decyzji⁴¹. Rozwiązanie to niewątpliwie uwzględnia autonomię woli pacjenta; pacjent przed utratą świadomości sam wskazuje osobę uprawnioną do wyrażenia za niego zgody. Z drugiej jednak strony rodzi niebezpieczeństwa z punktu widzenia interesu zdrowotnego pacjenta. Jak się wydaje, uprawnienia *personne de confiance* w określonych sytuacjach (gdy np. odmawia ona zgody na leczenie) należałoby jednak poddać kontroli sądu opiekuńczego.

4. Uprawnienia partnera pacjenta jako osoby bliskiej

Partner jako osoba bliska na gruncie przepisów prawa medycznego ma prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych⁴². Zgodnie z art. 31 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza, jeśli

³⁹ Autorce publikacji znany jest przykład odmowy rozpatrzenia sprawy przez sąd opiekuńczy z uzasadnieniem, że lekarze powinni sami zdecydować, co jest dobre dla pacjenta, ponieważ interwencja nie przedstawia poważnego ryzyka dla pacjenta.

⁴⁰ M. Świdarska, op. cit., s. 62.

⁴¹ Ibidem, s. 61. Świdarska wzoruje się na rozwiązaniach francuskich, zawartych w art. L 1111-6 francuskiego kodeksu zdrowia publicznego.

⁴² Ustawa nakazuje informowanie o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych oraz leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza).

pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta.

Warto wskazać, iż w obowiązującym przed 2009 rokiem stanie prawnym uprawnionym w myśl art. 31 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza był opiekun faktyczny. Zmiana z opiekuna faktycznego na osobę bliską miała na celu dopuszczenie do informacji osób, które nie sprawowały stałej pieczy (z uwagi na wiek lub stan zdrowia), lecz z racji bliskich relacji rodzinnych lub emocjonalnych domagały się uzyskania informacji. Tytułem przykładu można wskazać sytuację partnera żądającego informacji o stanie zdrowia nieprzytomnej przywiezionej do szpitala pacjentki. Zakładamy, że pacjentka nie zdążyła z racji stanu nieprzytomności upoważnić partnera do informacji. W tym stanie faktycznym partnera pacjentki nie można określić mianem opiekuna faktycznego, ponieważ nie sprawował nad partnerką stałej pieczy (pacjentka przed wypadkiem jako osoba zdrowa i pełnoletnia takiej pieczy nie wymagała). Zmiana zatem podmiotu uprawnionego do informacji z „opiekuna faktycznego” na „osobę bliską” była uzasadniona relacjami bliskości, potrzebą wzięcia pod uwagę interesów osób bliskich dla pacjenta.

W tym kontekście powstaje pytanie o wzajemny stosunek pojęć: opiekun faktyczny i osoba bliska. Gdy osoba bliska sprawuje jednocześnie stałą pieczę nad pacjentem, jest opiekunem faktycznym⁴³. Może jednak zaistnieć sytuacja, gdy opiekunem faktycznym będzie osoba spoza kręgu osób określonych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta (np. stałą pieczę sprawuje sąsiadka, opiekunka, rodzeństwo, ciocia). Wówczas osoby te będą miały ograniczone prawo do informacji (jedynie w zakresie badania), co nie wydaje się być rozwiązaniem prawidłowym. Z racji bowiem stałej pieczy stały się „osobami bliskimi” w rozumieniu powszechnym. Problem po części rozwiązuje możliwość wskazania przez pacjenta opiekuna faktycznego jako osoby bliskiej (byłaby to osoba upoważniona przez pacjenta). W razie jednak niemożliwości wyrażenia w tym zakresie woli przez pacjenta, opiekun faktyczny – w zakresie prawa do informacji – miałby mniejsze uprawnienia niż osoba bliska⁴⁴.

Należy podkreślić, że w przypadku braku odpowiedniego upoważnienia, każda osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta ma identyczne prawa. Skorzystanie z praw przysługujących jednej osobie nie pozbawia pozostałych prawa żądania realizacji swoich uprawnień⁴⁵. A zatem

⁴³ Mamy do czynienia ze stosunkiem wzajemnego krzyżowania się pojęć. Każda osoba bliska może być jednocześnie opiekunem faktycznym. Nie każdy jednak opiekun faktyczny jest osobą bliską.

⁴⁴ Opiekun faktyczny, wyrażając zgodę na badanie, ma prawo do informacji w zakresie potrzebnym do wypracowania stanowiska w przedmiocie zgody.

⁴⁵ Tak też: D. Karkowska, op. cit., s. 75.

np. udzielenie informacji matce pacjenta nie pozbawia partnera pacjenta jego uprawnień w tym zakresie.

Przechodząc do następnego prawa: dostępu do dokumentacji medycznej, na wstępie warto podkreślić, że prawo to jest pochodną prawa do informacji. Czasem określa się je jako prawo do tzw. informacji *a posteriori*⁴⁶. Pacjent ma prawo do wiedzy o treści gromadzonych o nim informacji, wynika to z treści art. 51 Konstytucji RP. Nie ma jednak wyłączności dostępu. Oprócz pacjenta dostęp do dokumentacji medycznej ma wiele podmiotów prawa (por. treść art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta). Przepisy ustawy o prawach pacjenta oraz przepisy ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych⁴⁷ wyznaczają ramy prawne dla legalnego przetwarzania danych medycznych⁴⁸.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W ust. 2 cytowanego przepisu czytamy, że po śmierci pacjenta prawo wglądu⁴⁹ w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia⁵⁰. Jeśli zatem idzie o wskazanie kręgu osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej, ustawodawca określił je wyłącznie na podstawie upoważnienia pacjenta.

Regulacja ta budzi liczne wątpliwości. W literaturze podnosi się, że w razie śmierci pacjenta, przy jednoczesnym braku stosownego upoważnienia, osoby bliskie są pozbawione możliwości wglądu w dokumentację medyczną⁵¹. Brakuje uregulowania, które na wzór omówionego art. 31 ust. 6 ustawy o prawach pacjenta upoważniałoby osoby bliskie do dostępu do dokumentacji medycznej

⁴⁶ Tak też w prawie obcym, zob. przytoczone przez M. Nesterowicza rozwiązania państw obcych, M. Nesterowicz, *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, PiM 2012, nr 1, s. 10 i nast.

⁴⁷ Tekst jedn. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.

⁴⁸ Zob. szerzej: U. Drozdowska, W. Wojtal, [w:] *Dokumentacja medyczna*, red. U. Drozdowska, Warszawa 2012, s. 53 i nast.

⁴⁹ W orzecznictwie sądów administracyjnych został przyjęty pogląd, iż wgląd oznacza także sporządzanie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej zgodnie z treścią art. 27 ustawy o prawach pacjenta. Tak WSA w Rzeszowie w wyroku z 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10.

⁵⁰ Przy tym, obecna linia orzecznictwa sądów administracyjnych wskazuje, że nie musi to być upoważnienie na wypadek śmierci. Pełnomocnictwo udzielone na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta nie wygasa z chwilą śmierci mocodawcy (tak jak to się dzieje na gruncie art. 101 §2 k.c.), lecz trwa nadal, a osoba uprawniona wstępuje w prawa pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej, zob. cytowane już w przyp. poprzedzającym orzeczenie WSA w Rzeszowie oraz wyrok WSA w Warszawie z 13 lutego 2013 r., VII Sab/Wa 217/12, w którego tezie czytamy, iż rodzina pacjenta może mieć wgląd w dokumentację, nawet jeśli zostawił on dla niej upoważnienie w innym szpitalu niż zmarł.

⁵¹ Tak zwłaszcza M. Nesterowicz, *Prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznych i ochrony danych*, [w:] *Rozprawy prawnicze. Księga Pamiątkowa ku czci Prof. M. Pazdana*, Kraków 2005, s. 1212.

w sytuacji braku umocowania⁵². Najbardziej dotkliwie brak ten jest odczuwalny w razie śmierci pacjenta i prób realizacji przez osoby bliskie własnych praw podmiotowych (np. w związku z dochodzeniem roszczeń z art. 446 k.c.⁵³).

Problemu nie rozwiązują uregulowania zawarte w art. 26 ust. 3 pkt 3 i 9 ustawy o prawach pacjenta, które wskazują na możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej sądom i prokuraturze (pkt 3), a także wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (pkt 9) w związku z prowadzonym przez te organy postępowaniem. Osoba bliska (partner) musi bowiem podjąć trud wszczęcia postępowania karnego lub cywilnego bez znajomości dokumentacji medycznej. Z kolei w razie podjęcia decyzji o postępowaniu przed wojewódzką komisją ds. zdarzeń medycznych partner musi stać się spadkobiercą, aby zainicjować ten szczególny sposób ustalania prawa do kompensacji⁵⁴. Podobnie na gruncie art. 57 ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich⁵⁵ osoba bliska w razie śmierci pacjenta staje się stroną postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza. We wszystkich tych przypadkach dostęp do dokumentacji medycznej następuje za pośrednictwem wymienionych organów, może zatem okazać się, że wszczęcie tych postępowań było zbędne, a ryzyko (w tym finansowe) niepotrzebnie zostało poniesione.

Potrzebna jest zatem nowelizacja prawa. Mirosław Nesterowicz proponuje dodanie do art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta zdania: „W braku upoważnienia w razie śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje małżonkowi, zstępny, rodzicom, rodzeństwu oraz osobie pozostającej we wspólnym pożyciu, chyba że pacjent dokonał odpowiedniego zastrzeżenia”⁵⁶. Zwróćmy uwagę na fakt, że propozycja nowelizacji wymienia określone podmioty, nie operuje zaś pojęciem „osoby bliskiej”, które na tle art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta budzi wątpliwości. Można zatem

⁵² W literaturze formułowany jest także pogląd, iż skoro prawo dostępu do dokumentacji medycznej jest emanacją prawa do informacji, to osoby bliskie byłyby legitymowane do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej, nawet jeśli pacjent nie udzielił im wcześniej stosownego upoważnienia, tak: G. Ladrowska, *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, PiM 2012, nr 1, s. 27.

⁵³ Na gruncie art. 446 k.c. od osoby odpowiedzialnej (tj. od podmiotu leczniczego), jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, można domagać się zwrotu kosztów leczenia oraz pogrzebu (roszczenie przysługuje temu, kto te koszty poniósł), renty (również w sytuacji, gdy zmarły dobrowolnie dostarczał danej osobie środków utrzymania), a następnie jednorazowego odszkodowania i zadośćuczynienia. Te ostatnie roszczenia przysługują najbliższemu członkowi rodziny. Może zatem pojawić się problem, czy partner zmarłego jest najbliższym członkiem rodziny. Jednakże orzecznictwo przyjęło ten status wobec osób związanych więzami bliskości i wspólności osobistej i gospodarczej, należy zatem sądzić, że podobne stanowisko zostanie przyjęte także w odniesieniu do partnera homoseksualnego, zob. wyrok SN z 13 kwietnia 2005 r., IV CK 648/04, OSNC 2006, nr 3, poz. 54.

⁵⁴ Zob. rozdz. 13a ustawy o prawach pacjenta.

⁵⁵ Dz. U. Nr 219, poz. 1798 ze zm.

⁵⁶ M. Nesterowicz, *Prawa pacjenta...*, s. 8.

uzupełnić wskazaną lukę także w inny sposób. Należałoby poprawić definicję „osoby bliskiej” poprzez doprecyzowanie kręgu podmiotów (tak aby nie budziło wątpliwości, że osoba bliska to także rodzeństwo oraz partner homoseksualny), a w ustępie 2 art. 26 dodać zdanie: „W braku upoważnienia w razie śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje osobie bliskiej”.

Innym uprawnieniem partnera jako osoby bliskiej jest prawo do obecności przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego (art. 21 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta). Uprawnienie to może doznawać wyłączenia jedynie w sytuacji istnienia prawdopodobieństwa zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne samego pacjenta. Odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

5. Podsumowanie

Status prawny partnera pacjenta w polskim prawie medycznym wyznaczają uprawnienia przyznane przez ustawodawcę osobom, które określa się jako opiekuna faktycznego lub osobę bliską. Wprowadzenie do ustawy o prawach pacjenta tych pojęć powinno skutkować przyjęciem pewnej w miarę jednolitej siatki pojęciowej przy określaniu poszczególnych uprawnień. Z ubolewaniem należy stwierdzić, że prawo medyczne nie jest przejrzyste od strony terminologicznej. Na przykład art. 4 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta wskazuje, że w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego zasądzić odpowiednią sumę na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. Z kręgu osób uprawnionych do wniesienia powództwa o zasądzenie odpowiedniej sumy na cel społeczny w tym trybie została wyłączona osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z pacjentem, a zatem partner hetero- lub homoseksualny pacjenta. Nie należy sądzić, że jest to zamierzony cel ustawodawcy. Jest to raczej wynik przeoczenia, a nie celowa polityka dyskryminująca te podmioty. Jak wskazują liczni autorzy, ustawy medyczne nie stanowią szczytowego osiągnięcia naszego ustawodawcy⁵⁷. Podstawową przyczyną poczucia dyskryminacji u osób, które żyją w związkach partnerskich jest brak przejrzystości polskich regulacji prawnych. Dopiero odpowiednia wykładnia pojęć, a w szczególności „osoby pozostającej we wspólnym pożyciu”, pozwala uznać partnera za osobę bliską pacjenta. Mniej wątpliwości – z perspektywy uprawnień partnera pacjenta – budzi definicja opiekuna faktycznego. Jeśli partner

⁵⁷ Tak: M. Safjan, op. cit., s. 40; T. Dukiet-Nagórska, op. cit., s. 79; D. Karkowska, op. cit., s. 75.

sprawuje stałą pieczę nad pacjentem, status opiekuna faktycznego nie powinien budzić wątpliwości⁵⁸.

Tytułem podsumowania należy wskazać, iż partnerowi jako opiekunowi faktycznemu przysługuje przede wszystkim uprawnienie do wyrażenia zgody na badanie pacjenta, który jest niezdolny faktycznie do wyrażenia tej zgody. W tym zakresie opiekunowi faktycznemu służy prawo do informacji. Opiekun faktyczny nie ma żadnych praw decyzyjnych w przypadku innych zabiegów medycznych. W sytuacji emergentnej, gdy lekarz działa na podstawie upoważnienia ustawowego określonego w art. 33 ust. 1, ewentualnie w art. 34 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza, opiekun faktyczny jest informowany wyłącznie o wykonanych interwencjach medycznych. Z kolei uprawnienia partnera jako osoby bliskiej sprowadzają się do prawa do informacji (nawet bez odpowiedniego upoważnienia) oraz do prawa do obecności przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Partner może także zostać upoważniony przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.

Bibliografia

- Boratyńska M., *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1.
- Ciepła H., [w:] *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, ks. III, t. 2, praca zbiorowa, Warszawa 2007.
- Drozdowska U., Kowalewska-Borys E., Bieliński A., Wojtal W., *Dokumentacja medyczna*, red. U. Drozdowska, Warszawa 2012.
- Dudzińska A., *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 9.
- Dukiet-Nagórska T., *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7.
- Gajda J., [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. XI: *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, red. T. Smyczyński, Warszawa 2009.
- Górski A., Dzienis P., Drozdowska U., Kulesza C., Zemke-Górecka A., Pannert M., Bieliński A., Piątkiewicz J. A., Perkowski M., *Słowo wstępne od autorów*, [w:] *Regulacje prawne ochrony zdrowia*, red. A. Górski, P. Dzienis, Białystok 2006.
- Haberko J., *Pojęcie osoby bliskiej w polskim prawie cywilnym*, „Przegląd Sądowy” 2011, nr 3.

⁵⁸ Paradoksalnie wątpliwości te pojawiają się wobec żony/męża pacjenta. W związku z tym definicja opiekuna faktycznego także powinna zostać poprawiona.

- Jachimowicz M., *Prawo do odmowy składania zeznań przez osobę najbliższą*, „Prokurator” 2007, nr 1.
- Janiszewska B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrzssystemowe*, Warszawa 2013.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Konieczniak P., *Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 2.
- Kubicki L., *Prawo medyczne i jego zakres*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003.
- Ladrowska G., *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Nesterowicz M., *Prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznych i ochrony danych*, [w:] *Rozprawy prawnicze. Księga Pamiątkowa ku czci Prof. M. Pazdana*, Kraków 2005.
- Nesterowicz M., *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Panowicz-Lipska J., [w:] *System prawa prywatnego*, red. J. Panowicz-Lipska, t. VIII, Warszawa 2004.
- Pietrzykowski K., *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, red. K. Pietrzykowski, t. II, Warszawa 2011.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Świdorska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.