

WOJCIECH LIS

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Patient's Right to Respect for Private and Family Life

Abstract

Everyone, regardless of health or age, should be treated with the respect they deserve. It is particularly important in the case of sick people, especially minors, reliant on the help of others. In such situations, the role of loved ones becomes particularly apparent, thanks to whom the sick person responds better to treatment and recovers faster than without such support. Sometimes, even the feeling that one is not left alone in dealing with the hardships of the disease is more significant than medical therapy. This conviction was confirmed by the patient's right to respect for private and family life, the concretization of which is the right to contact other people and additional nursing care. The purpose of the study is to try to answer the question of whether the legal regulations relating to the patient's right to respect for private and family life guarantee the protection of the patient's autonomy and right to self-determination in the context of the rights and obligations guaranteed by the Family and guardianship code.

KEYWORDS: patient rights, decision-making autonomy, maintenance obligation, visitation rights, extra nursing care, grounds for limiting patient rights

SŁOWA KLUCZOWE: prawa pacjenta, autonomia decyzyjna, obowiązek alimentacyjny, prawo do odwiedzin, dodatkowa opieka pielęgnacyjna, przesłanki ograniczenia praw pacjenta

WOJCIECH LIS – doktor habilitowany nauk prawnych, profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, ORCID – 0000-0002-9014-0749, e-mail: wlis@kul.lublin.pl

1 | Wprowadzenie

Katalog praw pacjenta^[1] obejmuje różne aspekty potrzeb człowieka związanych z uzyskiwaniem pomocy medycznej, dotyczących jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i honorowania autonomii decyzyjnej pacjenta. Wśród nich znajduje się prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, uregulowane w rozdziale 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obejmującym przepisy dotyczące prawa do kontaktu z innymi osobami oraz sprawowania nad pacjentem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Źródłem prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego jest art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.^[2], zgodnie z którym „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. Podobnie brzmiący przepis znajduje się w art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r.^[3], z którego wynika, że „Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”. Niewątpliwie człowiek chory wymaga wsparcia psychicznego i fizycznego w staraniach o zachowanie zdrowia i życia, którego zwykle udziela mu najbliższa rodzina; jest ona źródłem siły i motywacji do przezwyciężenia choroby. Świadomy tego prawodawca zagwarantował możliwość podtrzymywania więzi rodzinnych w okresie terapii w podmiocie leczniczym, przeznaczonym dla osób wymagających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na normy zawarte w ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodziny i opiekuńczy^[4], które nakładają

¹ Pierwszym aktem normatywnym, w którym wprost odniesiono się do praw pacjenta, była ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Obecnie ochrona praw pacjenta wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 581 (dalej: PrPacU), a w przypadku pacjenta szpitala psychiatrycznego (dotyczy to również osoby przebywającej w domu pomocy społecznej) z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 917.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

³ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz. U. z 1993 r., nr 61, poz. 284.

⁴ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodziny i opiekuńczy, Dz. U. z 2023 r., poz. 2809 (dalej: KRiO).

obowiązki rodzinnoprawne na małżonków oraz rodziców i dzieci. Zgodnie z art. 23 KRiO małżonkowie są obowiązani do wzajemnej pomocy, natomiast rodzice i dzieci, zgodnie z art. 87 KRiO, są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się. W przypadku drugiego z nich obowiązek ów ma szerszy kontekst – jest częścią procesu wychowawczego dziecka. Stanowi także formę wywiązywania się z obowiązku alimentacyjnego zarówno rodziców wobec dzieci, jak dzieci wobec rodziców, sprowadzającego się do udzielania sobie wielorakiej pomocy także w sytuacjach związanych z pobytem w podmiocie leczniczym. Obowiązek alimentacyjny przyczynia się do umacniania więzi rodzinnych oraz wzajemnej odpowiedzialności za siebie w trudnych sytuacjach życiowych zdeterminowanych potrzebami zdrowotnymi. Przejawem realizacji powyższych obowiązków jest stosunek do potrzeb i oczekiwań chorego członka rodziny, gotowość udzielenia mu wsparcia i pomocy, odwiedzanie chorego przebywającego w podmiocie leczniczym, pielęgnowanie go. Celem opracowania jest próba analizy treści prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego w kontekście praw i obowiązków zagwarantowanych w KRiO. Do realizacji zamierzeń badawczych wykorzystano metody analizy krytycznej, dogmatyczno-prawną, aksjologiczną oraz hermeneutyczną.

2 | Prawo do kontaktu z innymi osobami

Konkretyzację prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego stanowi prawo do kontaktu z innymi osobami, zagwarantowane w art. 33 ust. 1 PrPacU, stosownie do którego „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”. Analogiczne prawo zagwarantowano pacjentom szpitala psychiatrycznego na mocy art. 13 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym „Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli”. Pacjentem jest każdy, kto zwraca się o udzielenie świadczeń

zdrowotnych lub korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot leczniczy lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Prawo do kontaktu z innymi osobami zapewnia pacjentowi możliwość podtrzymywania więzi rodzinnych w niesprzyjających warunkach izolacji szpitalnej. Żeby więzi mogły istnieć to muszą być pielęgnowane i podtrzymywane. Dzięki temu pacjent, mimo izolacji, może zachować i kontynuować relacje rodzinne i towarzyskie oraz nie traci kontaktu ze światem zewnętrznym. Kontynuowanie spraw podjętych przed przybyciem do szpitala, a związanych ze sferą życia rodzinnego i towarzyskiego, służy zachowaniu odpowiedniej kondycji psychicznej pacjenta, ponieważ pozwala mu uniknąć poczucia wyalienowania ze środowiska społecznego^[5]. Kontakt pacjenta z innymi osobami podczas pobytu w podmiocie leczniczym pozwala mu przezwyciężać trudności, a czasami wręcz traumę, związane z dolegliwościami chorobowymi^[6]. Obecność i wsparcie otrzymywane od osób bliskich przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Poza tym, prawo do kontaktu z innymi ludźmi, zwłaszcza z osobami bliskimi, pozwala przezwyciężać trudności związane z przebywaniem w specyficznym środowisku, poczuciem odizolowania, ułatwia walkę nie tylko z samą chorobą, ale też ze strachem, niepewnością, naruszonym poczuciem bezpieczeństwa, jakie w sposób naturalny towarzyszą stanom chorobowym i procesowi hospitalizacji. Co więcej, możliwość kontaktu z innymi osobami nie tylko sprzyja szybszej rekonwalescencji, ale również ułatwia a niekiedy w ogóle umożliwia załatwianie spraw życia codziennego, zwłaszcza o charakterze zawodowym^[7], które dzięki temu niekoniecznie muszą zostać przerwane wskutek przebywania w podmiocie leczniczym. Utrzymywanie kontaktów z innymi osobami może wręcz być konieczne z uwagi na potrzeby życia społecznego, w tym zawodowego^[8]. Dlatego tak istotne jest zapewnienie warunków, w których

⁵ Maciej Dercz, Tomasz Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2010), 143.

⁶ Wyrok Sądu Okręgowego w Elblągu z dnia 30 września 2016 r., I C 205/15, LEX nr 2527299.

⁷ Piotr Ruczkowski, „Prawo pacjenta do kontaktu osobistego z innymi osobami (prawo do odwiedzin) a kwestia ograniczeń praw pacjenta” *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio G*, vol. LXX (2023): 165.

⁸ Dorota Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2016), 571.

pacjent w trakcie terapii w podmiocie leczniczym będzie mógł przebywać w otoczeniu swoich bliskich i swobodnie się z nimi komunikować^[9].

Przy czym, prawo do kontaktu z innymi osobami nie jest obowiązkiem pacjenta, co oznacza, że to on samodzielnie wyznacza granice swojego życia prywatnego i rodzinnego. Przekonanie to znalazło potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 lutego 2020 r., w którym podkreślił, że prawo do kontaktu z innymi osobami ma pacjent, nie zaś osoba, która nie była pacjentem, a jedynie domagała się kontaktu z pacjentem^[10]. Należy bowiem zauważyć, że prawodawca zagwarantował pacjentowi prawo do kontaktu z innymi osobami, nie definiując jednak pojęcia „innych osób”, co pozostawia mu wyłączne prawo decydowania o odwiedzających go osobach. Do niego należy więc określenie kręgu osób, z którymi będzie chciał utrzymywać kontakt podczas swego pobytu w podmiocie leczniczym. Niewątpliwie będą to członkowie rodziny pacjenta, przyjaciele, współpracownicy oraz każdy, z kim pacjent będzie chciał utrzymywać kontakt. Według ustawy Katalog „innych osób” jest więc niezwykle szeroki, co więcej, ma charakter otwarty i zależy tylko od woli pacjenta.

Prawodawca wskazał także formy kontaktu pacjenta z innymi osobami w trakcie przebywania w podmiocie leczniczym, które można podzielić na dwie kategorie – kontakt bezpośredni, czyli osobisty, oraz pośredni, realizowany telefonicznie lub korespondencyjnie. Oznacza to *de facto*, że kontakt ten może być realizowany za pośrednictwem wszelkich środków porozumiewania się z innymi osobami na odległość, w każdy możliwy sposób. Nakłada to na podmiot leczniczy obowiązek zapewnienia ogólnodostępnego telefonu, pomocy w wysyłaniu i odbieraniu korespondencji, także za pośrednictwem nowoczesnych środków komunikacji.

Do obowiązków podmiotu leczniczego należy również zapewnienie warunków by kontakty te odbywały się z poszanowaniem życia prywatnego i rodzinnego pacjenta w atmosferze intymności, w przestrzeni wolnej od obecności innych osób, w której osoby bliskie mogłyby bez skrępowania wyrazić swoje uczucia. Od podmiotu leczniczego wymaga to z jednej strony podjęcia działań zmierzających do zapewnienia odpowiednich warunków do realizacji tego prawa, natomiast z drugiej strony do powstrzymania się od działań, które uniemożliwiałyby lub utrudniałyby korzystanie

⁹ Agnieszka Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne* (Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2017), 269.

¹⁰ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 lutego 2020 r., II OSK 3503/19, LEX nr 3027086.

z przysługującego pacjentowi uprawnienia. Niestety jednak realia funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce uniemożliwiają w pełni urzeczywistnienie tego prawa. Wystarczy przywołać fakt umieszczania pacjentów w wieloosobowych ciasnych salach na oddziałach szpitalnych, w których każdy z pacjentów wie na co choruje jego sąsiad, jakie przyjmuje lekarstwa, jakim zabiegom jest poddawany, jakie są rokowania, z kim i jak często się spotyka, co jest przedmiotem rozmów, w jakich pozostaje relacjach z odwiedzającymi go osobami bliskimi.

Podmiot leczniczy może określać warunki i zasady kontaktu pacjentów z innymi osobami, w tym kontaktu osobistego, zwłaszcza czas i miejsce odwiedzin, w aktach prawa zakładowego (regulaminach organizacyjnych, regulaminach odwiedzin) wydawanych przez osoby kierujące podmiotem leczniczym. Korzystanie z prawa do kontaktu, zwłaszcza odwiedzin nie może zakłócać pracy podmiotu leczniczego, dezorganizować pracy oddziału, utrudniać udzielania świadczeń zdrowotnych, naruszać praw innych pacjentów do intymności, ciszy i spokoju^[11], naruszać zasad bezpieczeństwa oraz zaburzać jego normalne funkcjonowanie. W przeciwnym razie mogłoby dojść do zakłócenia prawidłowej pracy tego podmiotu, co mogłoby stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tak samego pacjenta, jak również odwiedzających go osób. Zgadza się z tym co do istoty, należy jednak zwrócić uwagę na przypadki szczególne, zwłaszcza chorych w stanie terminalnym oraz małoletnich. W odniesieniu do tych grup chorych wszelkiego rodzaju regulacje powinny uwzględniać możliwość ich odwiedzin poza standardowymi godzinami, nawet tworzyć warunki stałej obecności przy chorych, a ewentualne ograniczenia powinny być wprowadzane tylko wyjątkowo i warunkowane zagrożeniem epidemiologicznym czy też innymi ważnymi powodami^[12].

Szczególnie trudny jest pobyt małoletniego w szpitalu, zwłaszcza małego dziecka, dla którego rozłąka z rodzicami jest sytuacją wysoce stresogenną. W tym kontekście należy podkreślić szczególną rolę rodziców, którzy są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawowy dziecka (art. 98 KRiO). Jednakże o istotnych sprawach dziecka – do takich

¹¹ Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, 571.

¹² Jerzy Umiastowski, „Prawa pacjenta w stanie terminalnym”, [w:] *Prawa pacjenta a postawa lekarza*, red. Anna Wielkuk (Kraków: PAU, 1996), 60.

niewątpliwie należy decyzja o poddaniu dziecka leczeniu szpitalnemu – rodzice rozstrzygają wspólnie, a w razie braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy (art. 97 § 2 KRiO). Przedstawicielem ustawowym małoletniego może być także opiekun, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo gdy rodzice dziecka są nieznani. Opiekuna ustanawia się także dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, czyli osoby, która ukończyła 13 lat, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Do grona przedstawicieli ustawowych zalicza się także kuratora. Pobytowi małoletniego w szpitalu zazwyczaj towarzyszy lęk i niepewność. Przy czym, chodzi zarówno o lęk przed rozdzieleniem z osobą bliską, jak również o lęk przed tym wszystkim, co wiąże się z procesem leczenia. Ów lęk może być przyczyną powstawania problemów adaptacyjnych, które wpływają na efektywność procesu leczenia.

Jedną z przyczyn powstawania problemów adaptacyjnych u dzieci hospitalizowanych może być już sam fakt wejścia w obce nieznane dziecku miejsce, pełne obcych ludzi, nowych zapachów i nieznanymi doświadczeń. [...] W sytuacji, gdy rodzic zmuszony jest opuścić dziecko i pozostawić je w sali szpitalnej, często zamyka się ono w sobie i kontakt z nim jest utrudniony. Ale są też dzieci, które na rozstanie z rodzicami reagują histerycznym płaczem, złością a nawet agresją. Buntują się i w ten sposób okazują swoje emocje związane z pozostaniem w obcym miejscu. Zdarza się też, że mały pacjent popada w melancholię a nawet w stany depresyjne. Unika kontaktu z pielęgniarką, personelem a nawet innymi dziećmi, zamyka się w sobie i sam chce sobie poradzić z uczuciem osamotnienia^[13].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że:

Strach i lęk stanowią nieodłączny element naszego życia, choć czasami kłopotliwy. Niełatwo jest opanować oddech, drżenie, napięcie mięśni czy bóle brzucha w chwili przerażenia i paniki. Trudno nam – dorosłym, a co dopiero dzieciom. Przyczyny lęków dziecięcych często są nieuchwytnie

¹³ Dorota Kochman, Leokadia Rezmerska, Anna Nowak, „Wybrane problemy w procesie adaptacji dziecka w wieku 0-6 lat do pobytu w szpitalu” *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, nr 2 (2016): 4-5.

i trudne do przewidzenia i nazwania. Żadna, nawet najlepiej funkcjonująca rodzina, nie jest w stanie uchronić dziecka przed nimi^[14].

Co więcej, choroba może wyzwolić w dziecku wiele emocji, głównie negatywnych – lęk, smutek, złość, rozdrażnienie, agresję, poczucie krzywdy, bezradność, nudę. Dziecko może zareagować wycofaniem się, apatią, płaczliwością, utratą zainteresowania i chęci utrzymywania kontaktu z otoczeniem, ale również nadmiernym pobudzeniem i nieposłuszeństwem. Stąd niezastąpiona rola rodzica, którego towarzysząca obecność przy dziecku działa na nie kojąco, daje poczucie bezpieczeństwa, łagodzi trudy związane z koniecznością przebywania w szpitalu i z procesem leczenia. Rodzic jest osobą mającą moc zmniejszyć poziom odczuwanych przez dziecko negatywnych emocji. W tym kontekście należy podkreślić coraz częstsze przykłady dobrych praktyk w postaci obecności rodzica: w trakcie badań inwazyjnych (z zachowaniem intymności dziecka), podczas przygotowania dziecka do operacji (rodzic przebywa do momentu uśnięcia dziecka, a także jest obecny zaraz po jego obudzeniu)^[15].

Nie każdy pacjent poddany hospitalizacji znosi to dobrze i dlatego może wtedy nie chcieć utrzymywać kontaktu z innymi osobami. Prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami wynika z art. 33 ust. 2 PrPacU. Przyjęte rozwiązanie potwierdza dyspozytywny charakter tego prawa i jest wyrazem ochrony życia prywatnego, zagwarantowania przestrzeni intymności, spokoju, obszaru wolnego od ingerencji innych osób. Pacjent ma więc prawo do samodzielnego decydowania o chęci utrzymywania kontaktu z innymi osobami, a podmiot leczniczy jest zobowiązany do respektowania woli pacjenta w tym zakresie i niedopuszczania do takich kontaktów poprzez podjęcie odpowiednich działań^[16]. Oznacza to, że podmiot leczniczy powinien odmówić osobie, z którą pacjent nie życzy sobie kontaktu, wstępu do miejsca, w którym on się znajduje. Przyjęte rozwiązanie ma szczególne znaczenie w sytuacjach, kiedy relacje rodzinne mogą negatywnie wpływać na stan zdrowia pacjenta. Nie można przecież wykluczyć,

¹⁴ Małgorzata Witas, *Lęk separacyjny u dzieci – kiedy powinien niepokoić?*. https://www.edziecko.pl/pierwszy_rok/7,79404,25107632,lek-separacyjny-u-dzieci-kiedy-powinien-niepokoic.html. [dostęp: 8.09.2024].

¹⁵ Katarzyna Wnęk-Joniec, Lucyna Pławecka-Stolarska, Natalia, Lipowska, *Mały pacjent: poradnik dla rodziców i personelu* (Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia, 2016), 29.

¹⁶ Albert Pielak, „Komentarz do art. 33”, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Leszek Bosek (Warszawa: C.H. Beck, 2020), 553.

że niektóre hospitalizacje spowodowane są patologicznymi relacjami panującymi w rodzinie, od której pacjent chce po prostu odopąć.

W kontekście odmowy kontaktu z innymi osobami należy zwrócić uwagę na sytuację pacjenta, który nie może wyrazić swojej woli oraz małoletniego. W jednym z rozstrzygnięć Sąd Najwyższy stwierdził, że:

oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – „wiążące”^[17].

Wyrok ten co prawda dotyczył transfuzji krwi u świadka Jehowy, jednakże z powodzeniem może zostać odniesiony także do odmowy kontaktu pacjenta z innymi osobami. W sytuacji, gdy pacjent nie złożył żadnego oświadczenia a stan jego zdrowia uniemożliwia poznanie jego woli, wówczas możliwość odwiedzin takiego pacjenta należy rozpatrywać przede wszystkim z punktu widzenia jego dobrostanu zdrowotnego oraz prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Natomiast w przypadku, gdy małoletni pacjent odmawia kontaktu ze swoimi rodzicami wówczas konieczne jest podjęcie próby poznania przyczyn zaistnienia takiej sytuacji. Niewątpliwie jest to sytuacja szczególnie delikatna ze względu na to, że to rodzice są zwykle przedstawicielami ustawowymi dziecka a w konsekwencji osobami, które decydują o dotyczących go sprawach, także leczeniu. Personel medyczny nie powinien zmuszać dziecka do tego kontaktu z rodzicami, jeżeli ono wyraźnie sobie tego nie życzy. W takiej sytuacji jedynym wyjściem jest zwrócenie się o rozstrzygnięcie do sądu opiekuńczego.

Należy zasygnalizować, że prawo pacjenta do kontaktu z innymi osobami wzmacnia prawo do obecności osoby bliskiej – na wyraźne życzenie pacjenta – przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych (art. 21 ust. 1 PrPacU). Obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wiąże się z potrzebą bliskości, zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa. Prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oznacza obecność podczas badań i zabiegów na każdym etapie leczenia niezależnie od tego, czy odbywa się ono w szpitalu czy w warunkach ambulatoryjnych. Przy czym swoją wolę w tym zakresie pacjent może zakomunikować w każdy niebudzący wątpliwości sposób. Przepis nie zawiera bowiem

¹⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, LEX nr 172101.

ograniczeń wiekowych odnośnie możliwości wyrażenia przez pacjenta życzenia obecności osoby bliskiej przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych. Zdolność do wyrażania życzeń prezentuje się inaczej niż kompetencja do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Osoba niezdolna do wyrażenia zgody może być zdolna do zakomunikowania swojego życzenia. W przypadku małoletniego pacjenta, który nie ukończył 16 lat, decyzję o możliwości towarzyszenia osoby bliskiej podejmuje przedstawiciel ustawowy, najczęściej rodzice. Prawo przedstawiciela ustawowego jest konsekwencją sprawowania władzy rodzicielskiej. Jest to całkowicie zrozumiałe – obecność osób bliskich jest korzystna dla dziecka, przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa^[18]. Profesjonalista medyczny, udzielający świadczeń zdrowotnych, może odmówić zgody na obecność osoby bliskiej tylko z dwóch tylko powodów, po pierwsze, ze względu na prawdopodobieństwo zagrożenia epidemicznego, po drugie, ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta; odmowa podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej (art. 21 ust. 2 PrPacU). Wpis taki powinien obejmować co najmniej informację o przyczynie odmowy wraz z jej uzasadnieniem. Poza tym, prawodawca gwarantuje pacjentowi prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, w tym prawo do pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego z pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (art. 34 ust. 1 i 2 PrPacU).

3 | Prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

Poczucie oparcia, czyli świadomość, że można liczyć na inne osoby, rodzinę, przyjaciół, znajomych, jest ważne dla każdego, zwłaszcza w przypadku choroby, kiedy człowiek staje się mniej samodzielny i zdany na pomoc ze strony innych osób. Prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej wobec podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, udzielających

¹⁸ Zob. uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UD 401), [https://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-1216-2019/\\$file/8-020-1216-2019.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-1216-2019/$file/8-020-1216-2019.pdf). [dostęp: 08.09.2024].

świadczeń zdrowotnych, przez personel tam zatrudniony, gwarantuje art. 34 ust. 1 PrPacU. Prawodawca przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu (art. 34 ust. 2 PrPacU). W potocznym rozumieniu opieka oznacza troszczenie się, dbanie o kogoś, pilnowanie kogoś, natomiast pielęgnowanie to dogładanie kogoś.

Opiekę pielęgnacyjną przyjęto dzielić na opiekę podstawową i opiekę dodatkową. Podstawowa opieka pielęgnacyjna obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych, którymi stosownie do art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej^[19] są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Natomiast dodatkowa opieka pielęgnacyjna obejmuje świadczenia inne niż zdrowotne, związane z utrzymaniem higieny ciała, zachowaniem lub umożliwieniem sprawności ruchowej oraz odżywianiem i pojeniem pacjenta. Wśród świadczeń związanych z utrzymaniem higieny ciała można wymienić: kąpiel pacjenta, wymianę pieluchy, zmianę bielizny, pomoc w ubieraniu się, toaletę ciała w łóżku czy ścielenie łóżka. Świadczenia mające na celu zachowanie lub umożliwienie sprawności ruchowej obejmują m.in. pomoc przy wstawaniu z łóżka, chodzeniu, przyjmowaniu dogodnej pozycji ciała, zmianę pozycji ciała pacjenta leżącego w celu zapobiegania odleżynom, transport wózkami inwalidzkimi^[20]. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej to także wsparcie psychiczne ze strony osób bliskich, przejawiające się w dobrym słowie czy chociażby samą tylko obecność przy pacjencie. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej więc zakłada wykonywanie czynności ułatwiających pacjentowi pobyt w podmiocie leczniczym, oznacza zatem pomoc niemedyczną w opiece nad pacjentem.

Podstawowa opieka pielęgnacyjna mieści się w szerszym pojęciu podstawowej opieki zdrowotnej, co oznacza, że ma charakter obligatoryjny. Pacjent nie ponosi żadnych dodatkowych kosztów z tytułu objęcia go tego rodzaju opieką. Zapewnienie pacjentom podstawowej opieki pielęgnacyjnej

¹⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 799 (dalej: DziałLeczU).

²⁰ Albert Pielak, „Komentarz do art. 34, punkt 2”, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Leszek Bosek (Warszawa: C.H. Beck, 2020).

stanowi bowiem istotę działalności podmiotów leczniczych. Podstawową opiekę pielęgnacyjną sprawują pielęgniarki oraz położne w zakresie opieki nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu. Natomiast dodatkowa opieka pielęgnacyjna ma charakter uznaniowy. O skorzystaniu z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej decyduje wyłącznie pacjent, który może powierzyć jej sprawowanie dowolnie wskazanej osobie, która nie musi posiadać do tego fachowych kwalifikacji; może to być zarówno członek jego rodziny, wykonujący ją w ramach obowiązku wzajemnej pomocy albo osoba obca, wykonująca ją za wynagrodzeniem. Kiedy pacjent jest niezdolny do wyrażenia swojej woli (małoletni, ubezwłasnowolniony), o skorzystaniu z tego prawa rozstrzyga jego przedstawiciel ustawowy, czyli rodzice, opiekun prawny, a w sytuacjach wyjątkowych opiekun faktyczny. Małoletni, który ukończył 16 lat decyzję odnośnie sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez rodzica podejmuje samodzielnie. Zakres dodatkowej opieki pielęgnacyjnej jest uzależniony jedynie od woli pacjenta oraz podmiotu świadczącego dodatkowe usługi pielęgnacyjne. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze względu na swoją specyfikę nie jest ograniczone czasowo wyznaczonymi przez podmiot leczniczy godzinami, w których możliwa jest jego realizacja, co oznacza, że może odbywać się również w porze nocnej. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że podmiot leczniczy nie może wyręczać się instytucją dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, rezygnując czy ograniczając sprawowanie podstawowej opieki pielęgnacyjnej. W przypadku skorzystania przez pacjenta z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej personel medyczny podmiotu leczniczego nie zostaje zwolniony z obowiązku troski o prawidłową pielęgnację pacjenta^[21], chociaż *de facto* stanowi odciążenie personelu medycznego od części obowiązków związanych z opieką nad pacjentem. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna ma jednak zupełnie inny charakter, więc nie zastępuje tej, do której zobowiązany jest podmiot leczniczy. Przerzucanie przez personel medyczny, co niestety stale ma miejsce w praktyce działalności podmiotów leczniczych, obowiązków wynikających ze sprawowania opieki pielęgnacyjnej zwykle na członków rodziny pacjenta stanowi naruszenie prawa do zapewnienia mu należytej opieki pielęgnacyjnej, do której podmiot leczniczy jest zobowiązany na mocy umowy o świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia finansowane ze środków publicznych.

²¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 sierpnia 2018 r., V ACA 668/17, LEX nr 2545198.

Dodatkowa opieka pielęgnacyjna w podmiocie leczniczym może być wykonywana w ramach czynności pielęgnacyjnych realizowanych przez personel medyczny, czyli pielęgniarki lub położne, albo przez osoby wskazane przez pacjenta. Prawodawca przyznał pielęgniarkom i położnym prawo do sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej na mocy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej^[22]. Zgodnie z art. 23 ust. 1 pielęgniarka i położna mogą wykonywać w podmiocie leczniczym dodatkową opiekę pielęgnacyjną na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z pacjentem, osobą bliską lub opiekunem prawnym. Pielęgniarka lub położna jest zobowiązana poinformować podmiot leczniczy, w którym będzie wykonywać dodatkową opiekę pielęgnacyjną na podstawie umowy cywilnoprawnej, najpóźniej w dniu podjęcia opieki (art. 23 ust. 2). Należy jednak odróżnić dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną przez pielęgniarkę lub położną na podstawie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej od opieki realizowanej przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. W pierwszym przypadku realizacja tego prawa następuje bowiem w wyniku zawarcia umowy, która reguluje m.in. kwestie wynagrodzenia oraz zakres obowiązków pielęgniarki lub położnej. Poza tym pielęgniarki lub położne mogą realizować taką opiekę również w ramach dodatkowych prac zleconych przez podmiot leczniczy. Wówczas stosowna umowa zawierana jest pomiędzy podmiotem leczniczym a pacjentem (osobą bliską lub opiekunem prawnym), w ramach której podmiot leczniczy zapewnia pacjentowi oprócz podstawowej także dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną przez pielęgniarkę lub położną, stanowiącą personel medyczny tego podmiotu. Przy czym realizowana przez nie dodatkowa opieka pielęgnacyjna nie może dotyczyć tych czynności, które zostały zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze szpitalem czy innym stacjonarnym podmiotem leczniczym, w którym przebywa pacjent^[23].

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 11 DziałLeczU pielęgnacja chorych należy do obowiązkowych świadczeń szpitalnych, ale jest również wykonywana w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne oraz w warunkach ambulatoryjnych i domowych (art. 2 ust. 1 pkt 12 w zw. z art. 9 DziałLeczU). Jeżeli tego rodzaju

²² Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 814 z późn. zm. (dalej: PielęgPołożU).

²³ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 października 2015 r., VII SA/Wa 1344/15, LEX nr 2327336.

usługi wykonywane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia są tożsame z usługami wykonywanymi na podstawie umowy zawartej z pacjentem (osobą bliską lub opiekunem prawnym) to pojawia się pytanie, w jaki sposób odróżnić czynności wykonywane przez pielęgniarki lub położne w ramach podstawowej i dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Personel medyczny, dzięki któremu podmiot leczniczy pielęgnuje chorych, nie zostaje przecież zwolniony ze swoich obowiązków względem pacjenta, który korzysta z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Sytuację komplikuje dodatkowo konstrukcja art. 34 ust. 2 PrPacU, który zastrzega, że dodatkowa opieka pielęgnacyjna nie może polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Tymczasem planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem zostało zaklasyfikowane jako udzielanie świadczeń zdrowotnych na mocy art. 4 ust. 1 pkt 3 PielęgPołożU, wkomponowanych w istotę tego zawodu. Co więcej, właściwe dla zawodów pielęgniarki i położnej czynności mają być wykonywane z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 ust. 1 PielęgPołożU). Wobec tego niczego nie rozstrzyga stwierdzenie, że opieka pielęgnacyjna ma charakter przepoławiony. Zasadniczo jest zaliczana do świadczeń zdrowotnych, ale już dodatkowa opieka pielęgnacyjna takim świadczeniem zdrowotnym być nie może^[24]. Konieczne jest zatem doprecyzowanie na czym konkretnie ma polegać dodatkowa opieka pielęgnacyjna realizowana przez pielęgniarki lub położne poprzez wyszczególnienie czynności wchodzących w zakres takiej opieki i określenie zasad jej sprawowania, chociażby w przepisie, który mógłby zostać dodany do art. 34 PrPacU.

Przejawem realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej jest także prawo do pobytu w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej wraz z pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (art. 34 ust. 3 PrPacU). Uprawnienie to posiada trudne do przecenienia znaczenie w kontekście obowiązku wsparcia udzielanego przez rodziców małoletnim pacjentom. Doniosłość tego rozwiązania zależy oczywiście od wieku małoletniego pacjenta. Inaczej bowiem będą traktować obecność osób bliskich dzieci, inaczej młodzież. O ile dzieci potrzebują stałej obecności osoby bliskiej,

²⁴ Pielak, „Komentarz do art. 34, punkt 2”.

o tyle ich obecność może być uznana przez młodzież za niestosowną^[25]. Wynika stąd, że dziecko ma prawo do tego, by przez czas jego pobytu w podmiocie leczniczym razem z nim przebywali jego rodzice bądź opiekunowie. W związku z tym należy stworzyć im możliwie dogodne warunki pobytu w podmiocie leczniczym, w którym przebywa dziecko oraz zachęcać i ułatwiać im realizację tego prawa. Należy powtórzyć, że obecność osób bliskich jest korzystna dla małego dziecka, zwłaszcza dla małego dziecka, przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Najtrudniejsza pod względem emocjonalnym jest sytuacja braku rodzica w otoczeniu dziecka małego do 4 roku życia. W okresie tym dziecko jest silnie przywiązane do matki, której obecności stale wymaga. Podstawowym celem wspólnego pobytu na oddziale pediatrycznym dziecka i jego rodzica jest zminimalizowanie stresu związanego z hospitalizacją i wsparcie procesu terapeutycznego^[26].

Należy dodać, że dodatkowa opieka pielęgnacyjna może przybrać formę aktywną oraz pasywną. Pierwsza z nich będzie miała miejsce w sytuacji, w której pacjentem jest dziecko posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. W takim przypadku rodzic najlepiej wie, jak w najmniej uciążliwy sposób realizować działania pielęgnacyjne względem takiego dziecka. Zna reakcje swego dziecka, wie czego się boi, ma również umiejętność porozumiewania się z nim za pomocą niejednokrotnie metod komunikacji alternatywnej. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna w formie pasywnej ma miejsce głównie w sytuacjach, w których małe dziecko znajduje się w stanie zagrożenia życia, a rodzic jest obecny w pobliżu miejsca udzielania mu świadczenia zdrowotnego, oczekując na wynik podjętych czynności na oddziale intensywnej terapii i opieki medycznej. Tego rodzaju opieka może polegać także na działaniach usprawniających dziecko podejmowanych przez rodzica, który stara się zaktywizować nieużywane mięśnie dziecka i usprawnić je. W ramach takiej formy opieki rodzic może również czuwać przy dziecku oczekując na moment jego wybudzenia się bądź też odzyskania przytomności po długotrwałej operacji, której ono zostało poddane^[27].

²⁵ Dorota Karkowska, „Komentarz do art. 35”, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Dorota Karkowska (Warszawa: Wolters Kluwer, 2021).

²⁶ Dorota Karkowska, Błażej Kmiecik, „Komentarz do art. 34, punkt 1”, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Dorota Karkowska (Warszawa: Wolters Kluwer, 2021).

²⁷ Karkowska, Kmiecik, „Komentarz do art. 34, punkt 1”.

4 | Ograniczenie korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego nie może kolidować z normalną pracą podmiotu leczniczego, utrudniać udzielania świadczeń zdrowotnych ani naruszać praw innych pacjentów, którzy mają prawo do spokoju i wypoczynku, niezbędnych w procesie hospitalizacji. Nie ulega żadnym wątpliwości, że obecność osób nie będących pacjentami może być uciążliwa tak dla personelu medycznego jak również dla pacjentów. Wobec tego prawodawca dopuścił możliwość ograniczenia korzystania z prawa do utrzymywania więzi rodzinnych ze względu na możliwości organizacyjne, wystąpienie zagrożenia epidemicznego lub bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Należy podkreślić, że prawodawca nie nakłada obowiązku ograniczenia, ale dopuszcza taką możliwość, pozostawiając decyzję kierownikowi podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionemu przez niego lekarzowi (art. 5 PrPacU). Podobne przesłanki ograniczenia wolności i praw jednostki przewiduje art. 8 ust. 2 EKPC, zgodnie z którym ingerencja w prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego jest niedopuszczalna, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób. Każdy z tych warunków uzasadnia możliwość wprowadzenia ograniczeń. Najczęściej ograniczenie korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego przejawia się w ograniczeniu czasu wyznaczonego na odwiedzin chorych poprzez określenie porządku odwiedzin, a w razie potrzeby czasowym wyłączeniu ich dopuszczalności. W razie zmiany sytuacji pierwotnie uzasadniającej zastosowanie takich ograniczeń uprawnieni do ich wprowadzenia powinni dokonać stosownych modyfikacji tychże, adekwatnej do rozwoju wypadków.

Spośród przesłanek dopuszczających możliwość wprowadzenia ograniczeń na gruncie normatywnym zdefiniowana została tylko przesłanka wystąpienia zagrożenia epidemicznego. Stosownie do art. 2 pkt 31 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób

zakaźnych u ludzi^[28] zagrożenie epidemiczne oznacza zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii. Skoro zatem ograniczenie korzystania z praw pacjenta jest możliwe w sytuacji zaistnienia zagrożenia epidemicznego, to należy uznać, że tym bardziej jest dopuszczalne w sytuacji epidemii, czyli wystąpienia na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienia zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących (art. 2 pkt 9 Zapob-ChoróbU). Pozostałe przesłanki, ze względu na swoją niedookreśloność, *de facto* uzależniają możliwość wprowadzenia ograniczeń od woli kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza. Przy czym ani kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, ani upoważniony przez niego lekarz nie mają kompetencji do tworzenia norm generalno-abstrakcyjnych, które miałyby wiązać wszystkich pacjentów, tylko do decydowania o ograniczeniu korzystania z praw pacjenta w konkretnych okolicznościach faktycznych przez konkretnych pacjentów. Z kolei bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oznacza brak stanu zagrożenia w aspekcie czynników fizycznych, psychicznych, społecznych i ekologicznych^[29]. Bezpieczeństwo zdrowotne uzależnione jest od wielu różnych czynników – zarówno tych, które mają kontekst medyczny, jak i tych, które takiego bezpośredniego odniesienia są pozbawione. Na bezpieczeństwo zdrowotne składa się ochrona zdrowia rozumiana w tradycyjny sposób, czyli diagnozowanie i leczenie, ale również działalność profilaktyczna, polegająca na kształtowaniu postaw prozdrowotnych dzięki edukacji, promowaniu zdrowego odżywiania się, prowadzeniu higienicznego stylu życia, kulturze spędzania wolnego czasu, bezpiecznym warunkom pracy, ochronie środowiska naturalnego. Bezpieczeństwo zdrowotne wymaga zatem działań wielokierunkowych, zdecentrowanych, realizowanych we wszystkich sferach życia^[30].

Przesłanki wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta stanowią także podstawę do odmowy przez osobę wykonującą zawód medyczny na obecność osoby bliskiej przy udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych już w przypadku zaistnienia

²⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 924 (dalej: Zapob-ChoróbU).

²⁹ Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, 455.

³⁰ Wojciech Lis, „Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów”, [w:] *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. Jolanta Pacian (Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017), 20.

prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 21 ust. 2 PrPacU). O ile jednak w art. 5 PrPacU jest mowa tylko o ograniczeniu korzystania z praw pacjenta, o tyle w art. 21 ust. 2 PrPacU przewidziano możliwość odmowy (czyli pozbawienia prawa pacjenta) obecności osoby bliskiej przy udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Różna jest także kategoryczność przesłanek usprawiedliwiających podjętą decyzję. W pierwszym przypadku ograniczenie korzystania z prawa pacjenta do odwiedzin jest możliwe w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego, natomiast w drugim wystarczy samo prawdopodobieństwa wystąpienia takiego zagrożenia. Stąd określenie charakteru obecności osoby trzeciej przy pacjencie ma istotne znaczenie w kontekście prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Najdotkliwiej ograniczenia tych praw odczuwane były w stanie zagrożenia epidemicznego oraz w stanie epidemii latach 2020–2023 w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Na marginesie należy także zwrócić uwagę na postanowienia ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która może stanowić samodzielną podstawę ograniczeń wolności i praw jednostki, w tym praw pacjenta. Wskazane w niej organy mogą ogłosić stan zagrożenia epidemicznego bądź stan epidemii, natomiast minister właściwy do spraw zdrowia w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej innych niż wymienione w wykazie stanowiącym załącznik do ustawy może ogłosić, w drodze rozporządzenia, zakażenie lub chorobę zakaźną oraz, jeżeli jest znany, wywołujący je biologiczny czynnik chorobotwórczy, a jeżeli to konieczne, szczególny sposób postępowania świadczeniodawców i osób narażonych na zakażenie lub zachorowanie przez czas określony w rozporządzeniu.

Ograniczenia w kontakcie pacjenta z innymi osobami mogą zostać wprowadzone także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu leczniczego. Mogą one dotyczyć sytuacji, gdy realizacja tych praw będzie nieść ze sobą rzeczywiste utrudnienia lub uciążliwości dla procesu udzielania świadczeń zdrowotnych dla samego pacjenta lub innych chorych. Przesłanka możliwości organizacyjnych jest sformułowaniem nieostrym i ocennym, pozostawiającym uprawnionym zbyt duży margines uznania. Niemniej jednak celem ograniczenia kontaktu pacjenta z innymi osobami zawsze powinno być rzetelne wykonywanie obowiązków przez personel podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz godzenie interesów

wszystkich pacjentów korzystających z usług danego podmiotu^[31]. Przy czym oczywistym jest, że przeszkody spowodowane możliwościami organizacyjnymi podmiotu leczniczego powinny być jak najszybciej usunięte. W przypadku przeszkód trwałych lub takich, którym nie próbuje się przeciwdziałać, w istocie mielibyśmy bowiem do czynienia z pozbawieniem pacjentów ich praw^[32]. Na marginesie należy dodać, że obowiązek stworzenia warunków godnych pobytu pacjenta i poszanowania jego praw spoczywa na organach prowadzących i utrzymujących podmioty lecznicze. Uprawnienia należne pacjentom determinują bowiem obowiązki podmiotów leczniczych. Posługiwanie się pojęciami niedookreślonymi może prowadzić to do nadużywania władzy udzielonej osobom uprawnionym do wprowadzania ograniczeń. Przyjęte rozwiązanie nie spełnia zatem wymogów konstytucyjnych, wskazanych w ogólnej klauzuli limitacyjnej, dopuszczającej możliwość ograniczenia korzystania z praw pacjenta jedynie w przypadkach i na zasadach ściśle określonych przepisami ustawy.

Doświadczenie życiowe pokazało bowiem, że wcale nierzadko można spotkać w szpitalach, zwłaszcza na oddziałach intensywnej terapii, stałe ograniczenie możliwości utrzymywania przez pacjenta kontaktu z innymi osobami. Tymczasem ograniczenia praw pacjenta mają charakter wyjątkowy i powinny mieć zastosowanie wyłącznie w sytuacjach incydentalnych. Wprowadzenie całkowitego zakazu odwiedzin może mieć miejsce pod warunkiem szczególnie istotnego, realnego i bezpośredniego zagrożenia dla takich wartości jak zdrowie i życie osób odwiedzających, samych pacjentów i personelu medycznego, oraz nie ma możliwości zastosowania środków mniej uciążliwych, natomiast w przypadku braku takiego zagrożenia taki zakaz może stanowić naruszenie nie tylko art. 5 PrPacU, ale także konstytucyjnej zasady proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP), poprzez wykraczającą poza to, co jest niezbędnie konieczne, ingerencję w sferę prawną jednostki, w tym poprzez naruszenie istoty prawa^[33]. Ocena tego, czy dane ograniczenie może być uznane za uzasadnione, jest dokonywana z perspektywy zasady proporcjonalności, z której wywodzony jest

³¹ Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*.

³² Anna Augustynowicz, Alina Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2010), 27.

³³ Tomasz Sroka, „Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego” *Palestra*, nr 6 (2020): 88 i n.; Ruczkowski, „Prawo pacjenta do kontaktu osobistego z innymi osobami (prawo do odwiedzin) a kwestia ograniczeń praw pacjenta”, 166.

obowiązek wprowadzania ograniczeń w najmniejszym możliwym stopniu sfery prawnej drugiej strony stosunku prawnego przy wykonywaniu przysługującego komuś prawa³³. Kontrola tego, czy w danym przypadku pierwszeństwo miały środki wystarczające do osiągnięcia celów, a jednocześnie jak najmniej dolegliwe dla interesów jednostki, jest dokonywana za pomocą testu proporcjonalności. Test ten jest przeprowadzany według trzech kryteriów: przydatności (zdatności) zastosowanego środka, jego konieczności, czyli niezbędności oraz proporcjonalności *sensu stricto*, czyli zbadania, czy została zachowana proporcja między pozytywnym efektem zastosowanego środka a ciężarem dla dotkniętej nim jednostki^[34]. Trudno mówić o stosowaniu testu proporcjonalności w okresie pandemii koronawirusa, zwłaszcza w początkowym okresie, kiedy dochodziło do wręcz kuriozalnych sytuacji, szeroko komentowanych w mediach, dotyczących zamykania się podmiotów leczniczych przed pacjentami, unikania przez personel medyczny kontaktu z pacjentami, odmowa kontaktu chorych, także tych znajdujących się w stanach terminalnych, z członkami najbliższej rodziny, wyłączeniu możliwości odbywania porodów rodzinnych, czy możliwości nawiązania przez matkę relacji z nowo narodzonym dzieckiem ze względu na podejrzenie zakażenia koronawirusem. Ku przestrodze warto przypomnieć, że przepis art. 5 PrPacU powinien być wykładany zawężająco, stosowany w zupełnie wyjątkowych sytuacjach, w przypadku stwierdzenia zaistnienia przesłanek ograniczenia korzystania z praw pacjenta. Tylko wtedy możliwe jest zgodne z prawem ograniczenie korzystania z praw pacjenta, i to jedynie przez okres niezbędny^[35]. Tym bardziej, że prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pełnią funkcję gwarancyjną w systemie ochrony zdrowia.

³⁴ Beata Janiszewska, „Ograniczenie korzystania z praw pacjenta w dobie epidemii – cz. I” *Monitor Prawniczy*, nr 10 (2023): 658.

³⁵ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 16 czerwca 2021 r., V SA/Wa 797/21, LEX nr 3463973.

5 | Koszty realizacji prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Realizacja prawa pacjenta do kontaktu z innymi osobami oraz dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może wiązać się z kosztami podmiotu leczniczego. Jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej to koszty realizacji tych praw ponosi pacjent (art. 35 ust. 1 PrPacU), uiszczając ustaloną przez kierownika tego podmiotu opłatę rekompensującą. Wysokość opłaty rekompensującej koszty realizacji praw pacjenta do odwiedzin i pielęgnacji ustala kierownik podmiotu leczniczego, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji tych praw. Opłata rekompensująca nie ma więc charakteru dochodowego, stanowi kompensatę za szkody, rozumiane jako umniejszenie majątku podmiotu leczniczego. Informacja o wysokości opłaty rekompensującej koszty oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu podmiotu leczniczego (art. 35 ust. 2 PrPacU). Należy ją zatem wywiesić w powszechnie dostępnym, widocznym miejscu. Dzięki temu rodzic lub opiekun może przebywać z dzieckiem nie obawiając się, że zostanie obciążony bliżej nieokreślonymi kosztami funkcjonowania podmiotu leczniczego. Osoba zarządzająca podmiotem leczniczym musi wykazać sposób skalkulowania wprowadzonej opłaty. Przy czym, zobowiązanie do uiszczania określonych opłat powstaje dopiero wówczas, gdy realizacja praw pacjenta rodzi koszty rzeczywiste, czyli takie, które faktycznie zostały poniesione przez podmiot leczniczy w związku z realizacją tych praw. Prawodawca nie określił jednak, co składa się na rzeczywiste koszty, które może ponieść podmiot leczniczy^[36]. Pewne jest, że pobieranie opłat za odwiedziny pacjenta i sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie powinno służyć podmiotowi leczniczemu jako źródło uzyskiwania korzyści majątkowej. Podmiot leczniczy nie może osiągać zysku w związku z realizacją przez pacjenta swych praw. Opłata rekompensująca może zostać uiszczona bezpośrednio w kasie podmiotu leczniczego lub za pośrednictwem rachunku bankowego.

Żeby jednak można było obciążyć pacjenta opłatą rekompensującą, koszty podmiotu leczniczego muszą być realnie poniesione. Inaczej mówiąc, opłata rekompensująca musi być adekwatna w stosunku do kosztów, które

³⁶ Karkowska, „Komentarz do art. 35”.

podmiot leczniczy poniósł w związku z realizacją przez pacjenta prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Wobec tego kierownik podmiotu leczniczego, ustalając wysokość opłaty rekompensującej, sumuje wszystkie koszty jednostkowe realizacji w/w praw w odniesieniu do danego pacjenta. Przy czym podmiot leczniczy nie może uwzględniać kosztów pośrednich, czyli kosztów, których nie można na podstawie dokumentów źródłowych odnieść – w momencie ich powstawania – wprost do określonej działalności. Koszty pośrednie, w zależności od miejsca powstawania, dzieli się na koszty ogólnoszpitalne związane z utrzymaniem infrastruktury oraz koszty zarządzania szpitalem^[37].

Opłaty rekompensującej nie pobiera się w przypadku realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (art. 35 ust. 4 PrPacU). Inaczej mówiąc, podmiot leczniczy nie może pobierać takich opłat za sam fakt przebywania rodzica lub opiekuna z dzieckiem w trakcie jego hospitalizacji. Natomiast może pobierać opłaty poniesione w związku z korzystaniem przez rodzica z łóżka, pościeli, odzieży ochronnej, mediów czy dostarczonego mu wyżywienia.

6 | Wnioski

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego wzmacnia więzi rodzinne, zapewniając choremu możliwość utrzymywania stałych kontaktów z rodziną, która zainteresowana możliwie najszybszym jego powrotem do zdrowia podejmuje różnorakie aktywności zmierzające do złagodzenia niedogodności związanych z pobytem tegoż w podmiocie leczniczym i procesem hospitalizacji. Stanowią także wyraz zaangażowania członków rodziny w opiekę nad jej chorym członkiem, potrzebującym wsparcia i szczególnego zainteresowania w tej trudnej dla niego sytuacji.

Przyjęte rozwiązania stanowią wyraz urzeczywistnienia idei upodmiotowienia pacjenta. O ile spełniają one oczekiwania *in genere*, o tyle nie zawsze dostrzegają przypadki wymagające indywidualnego podejścia, zwłaszcza wobec osób znajdujących się w stanach terminalnych oraz

³⁷ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 października 2015 r., VII SA/Wa 1344/15, LEX nr 2327336.

małoletnich pacjentów. Wobec niebudzących wątpliwości postanowień art. 68 ust. 3 Konstytucji RP trudno uznać je za gwarancje szczególnej ochrony, wymagającej od prawodawcy wyjątkowego potraktowania dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku.

Korzystanie przez pacjenta z przysługujących mu praw może nastroczać personelowi medycznemu problemów związanych z weryfikacją osób uprawnionych do odwiedzin oraz sprawowania nad pacjentem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Personel medyczny może bowiem nie mieć wystarczającego rozeznania co do sytuacji rodzinnej pacjenta, dlatego w momencie przyjęcia go do podmiotu leczniczego powinien odebrać od niego oświadczenie co do osób, z którymi będzie utrzymywał kontakt, oraz które upoważnia do dokonywania różnych czynności w jego imieniu, w tym do sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, i wyraźnie oznaczyć to w jego dokumentacji medycznej.

W przypadku nierespektowania przez personel medyczny prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego brakuje narzędzia, które umożliwiłoby natychmiastowe przeciwdziałanie tego rodzaju nielegalnym zachowaniom. Co prawda można zainicjować postępowanie dotyczące naruszenia dóbr osobistych. Niemniej jednak w polskich realiach postępowanie sądowe trwa znacznie dłużej niż sam fakt hospitalizacji oraz wiąże się z dodatkowymi kosztami, co stawia pod znakiem zapytania efektywność tego rodzaju prawa. By urealnić stosowanie praw pacjenta, prawodawca powinien przedsięwziąć działania zmierzające do zapewnienia pacjentom możliwości natychmiastowej egzekucji przysługujących im praw w sytuacji, kiedy te są nierespektowane bądź nagminnie naruszane przez personel medyczny.

Bibliografia

- Augustynowicz Anna, Alina Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa: CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, 2010.
- Dercz Maciej, Tomasz Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*. Warszawa; Wolters Kluwer, 2010.
- Janiszewska Beata, „Ograniczenie korzystania z praw pacjenta w dobie epidemii – cz. I” *Monitor Prawniczy*, nr 10 (2023): 653–659.

- Karkowska Dorota, „Komentarz do art. 35”, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Dorota Karkowska. 790–791. Warszawa: Wolters Kluwer, 2021.
- Karkowska Dorota, Błażej Kmiecik, „Komentarz do art. 34, punkt 1”, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Dorota Karkowska. 781–790. Warszawa: Wolters Kluwer, 2021.
- Karkowska Dorota, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2016.
- Kochman Dorota, Leokadia Rezmerska, Anna Nowak, „Wybrane problemy w procesie adaptacji dziecka w wieku 0–6 lat do pobytu w szpitalu” *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, nr 2 (2016): 8–23.
- Lis Wojciech, „Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów”, [w:] *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. Jolanta Pacian. 19–29. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017.
- Pielak Albert, „Komentarz do art. 33”, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Leszek Bosek. 550–553. Warszawa: C.H. Beck, 2020.
- Pielak Albert, „Komentarz do art. 34”, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Leszek Bosek. 553–558. Warszawa: C.H. Beck, 2020.
- Ruczkowski Piotr, „Prawo pacjenta do kontaktu osobistego z innymi osobami (prawo do odwiedzin) a kwestia ograniczeń praw pacjenta” *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio G*, vol. LXX (2023): 151–169.
- Sroka Tomasz, „Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych oraz praw pacjenta w związku z wystąpieniem zagrożenia epidemicznego” *Palestra*, nr 6 (2020): 75–98.
- Umiastowski Jerzy, „Prawa pacjenta w stanie terminalnym”, [w:] *Prawa pacjenta a postawa lekarza*, red. Anna Wieluk. 57–60. Kraków: PAU, 1996.
- Witas Małgorzata, *Lęk separacyjny u dzieci – kiedy powinien niepokoić?*. https://www.edziecko.pl/pierwszy_rok/779404,25107632,lek-separacyjny-u-dzieci-kiedy-powinien-niepokoic.html.
- Wnęk-Joniec Katarzyna, Lucyna Pławecka-Stolarska, Natalia Lipowska, *Mały pacjent: poradnik dla rodziców i personelu*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia, 2016.
- Wołoszyn-Cichocka Agnieszka, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2017.

