

O tym, jak ustawodawca ujmuje bliskie relacje w polskim prawie medycznym¹

I. Znaczenie bliskości w procesie leczenia

Zasadniczo jednostki nie zostają pacjentami z własnej woli, ale do tej roli sprowadzają je określone problemy zdrowotne. Stając się pacjentem, jednostka równolegle pozostaje w relacjach związanych z procesem leczenia, czyli z personelem medycznym, oraz w relacjach niezwiązanych z tym procesem, czyli relacjach osobistych. Niektóre spośród relacji osobowych jednostki określają jako szczególnie istotne w ich życiu, nadając im przymiot bliskości. Bliskie relacje stanowią jeden z istotnych czynników wpływających na jakość życia jednostek, ich poziom szczęścia² oraz ich dobrostan psychiczny³. Z drugiej strony, bliskie osoby mogą wpływać na decyzje podejmowane przez pacjenta – przekonując go w dobrych intencjach, ale również manipulować nim i zmuszać do określonego zachowania.

¹ Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki na podstawie decyzji numer UMO-2018/29/N/HS5/00905. Omówione w artykule zagadnienia są analizowane z perspektywy formalnoprawnej i dogmatycznej; wydaje się, że uzasadnione jest przeprowadzenie badań empirycznych w tym zakresie, które dadzą bardziej miarodajny obraz opisanego zagadnienia.

² Tak: A. Crossley, D. Langdrige, *Perceived sources of happiness: A network analysis*, *Journal of Happiness Studies* 2005, 6, s. 107–135.

³ Tak przykładowo: R.B. Slatcher, E. Selcuk, *A social psychological perspective on the links between close relationships and health*, *Current Directions in Psychological Science* 2017, 26(1), s. 16–21. J.K. Kiecolt-Glaser, J-P. Gouin, L. Hantsoo *Close Relationships, Inflammation, and Health*, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2010, 35(1), s. 33–38; T.F. Robles, R. Slatcher, J.M. Trombello, M. McGinn, *Marital Quality and Health: A Meta-Analytic Review*, *Psychological Bulletin* 2013, 140(1), s. 1–48; P.R. Pietromonaco, B.N. Uchino, C.D. Schetter, *Close Relationship Processes and Health: Implications of Attachment Theory for Health and Disease*, *Health Psychology* 2013, 32(5), s. 499–513.

Nierzadko zatem zachowanie granic pomiędzy troską a ingerencyjnością pacjentów nie będzie zadaniem łatwym dla personelu medycznego⁴. Zarówno obecność bliskich, jak i jej brak może wpłynąć na proces leczenia oraz kondycję psychofizyczną pacjenta – takie myślenie znajduje oparcie w holistycznym modelu zdrowia.

W tradycyjnym, biomedycznym ujęciu, zdrowie było badane z perspektywy czysto biologicznego funkcjonowania organizmu, ignorującej czynniki tzw. otoczenia chorobowego. Ciało było traktowane jak mechanizm, którego poprawność funkcjonowania jest określana przez pryzmat usterek biofizycznych, odchylenia od normy, odczuwania bólu lub jego braku⁵.

Natomiast w holistycznym modelu zdrowie nie jest określane jedynie przez czynniki biologiczne. Model ten zakłada, że optymalny stan zdrowia nie opiera się tylko na braku choroby, ale na równowadze życiowej „całej” osoby. Umysł, ciało, duch i emocje są traktowane jako nierozłączne i wzajemnie powiązane elementy istoty ludzkiej⁶. Takie podejście prezentuje również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która definiuje zdrowie jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności⁷. W tym

⁴ <https://journalofethics.ama-assn.org/article/whats-role-autonomy-patient-and-family-centered-care-when-patients-and-family-members-dont-agree/2016-01> [dostęp: 24.10.2020].

⁵ „Mechanistic view of the human body grew apace with subsequent discoveries in medicine which reinforced the idea that illnesses are a result of the failure of mechanical functions of various parts of the human body. Within this paradigm it is believed that medicine is a science that has concrete answers to everything that goes wrong with the body”. S. Hewa, R.W. Hetherington, *Specialists without spirit: Limitations of the mechanistic biomedical model*, *Theoretical Medicine and Bioethics* 1995, 16(2), s. 133; A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(4), s. 683.

⁶ M. Jasemi, L. Valizadeh, V. Zamanzadeh, B. Keogh, *A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model*, *Indian Journal of Palliative Care* 2017, 23 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/> [dostęp: 20.08.2020]; P. Szach, *Relacja lekarz-pacjent czyli o podejściu egzystencjalnym w przebiegu chorób o charakterze psychosomatycznym*, *Sztuka Leczenia* 3-4/2014, s. 72; T. Paszek, Z. Sienkiewicz, A. Leńczuk-Gruba, E. Kobos, M. Sulewska, *Zastosowanie holizmu w praktycznej działalności pielęgniarki*, [w:] *Wielowymiarowość współczesnej medycyny*, red. E. Krajewska-Kulak, C. Łukaszyk, J. Lewko, W. Kulak, Białystok 2012, s. 27–28.

⁷ Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – July 1946, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [dostęp: 19.08.2020].

modelu zwraca się uwagę na to, czy pacjent ma bliskie relacje oraz, jak te relacje wpływają na jego zdrowie. Bliscy pacjenta mogą być aktywnymi uczestnikami procesu leczenia, którego cel to odbudowanie zdrowia. Współpraca pomiędzy personelem medycznym a bliskimi osoby chorej daje różnorodne korzyści. Po pierwsze, lekarz może lepiej poznać pacjenta jako osobę oraz jego otoczenie, w tym relacje. Po drugie, bliscy pacjenta zyskują możliwość uzyskania wsparcia ze strony personelu medycznego. Po trzecie, synergiczna relacja pomiędzy pacjentem, jego bliskimi oraz lekarzem sprzyja budowaniu atmosfery przyjaźni i współpracy, co może wpłynąć pozytywnie na stan zdrowia pacjenta. Relacje budowane zarówno pomiędzy pacjentem i jego bliskimi, jak i bliskimi oraz personelem medycznym mogą zatem stanowić istotny czynnik pozytywnie oddziałujący na jakość leczenia⁸. Słusznie jednak zauważa Edzard Ernst, że „Holistic health care is an ideal that many clinicians subscribe to, but it does not work if patients do not want it”⁹. Wiele zależy zatem od osobistych potrzeb pacjenta i tego, jaką on sam ma wizję własnego zdrowia i jego odbudowy. Sam pacjent może przejawiać określoną wizję udziału bliskich w procesie leczenia. Po pierwsze, może chcieć, aby jego bliscy uczestniczyli w przebiegu procesu leczenia, stając się jego aktywnymi uczestnikami. Po drugie, przy równoczesnym utrzymywaniu relacji

⁸ Szczególnego znaczenia bliskość nabiera w przypadku choroby nowotworowej. Tak przykładowo: P. Zielazny, M. Zarzeczna-Baran, A. Wojtecka, *System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 4/2013, Tom 19, s. 439–444.; B.K. Budziszewska, R. Piusińska-Macocha, K. Sulek, A. Stępień, *Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej*, *Acta Haematologica Polonica* 3/2005, s. 317–325. W literaturze podkreśla się również znaczenie bliskości dla osób w demencji starczej. Tak przykładowo: G.B. Rattinger, E.B. Fauth, S. Behrens, C.Sanders, S. Schwartz, M.C. Norton, C. Corcoran, C.D. Mullins, C.G. Lyketsos, J.T. Tszanz, *Closer Caregiver and Care-Recipient Relationships Predict Lower Informal Costs of Dementia Care. The Cache County Dementia Progression Study*, *Alzheimers Dementia* 2016, 12(8): 917–924; E.K. Vernon. B. Cooley, W. Rozum, G.B. Rattinger, S. Behrens, J. Matyi, E. Fauth, G. Lyketsos, J.T. Tszanz, *Caregiver-Care Recipient Relationship Closeness is Associated With Neuropsychiatric Symptoms in Dementia*, *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2019, 27(4), s. 349–359.

⁹ „Holistyczna koncepcja opieki zdrowotnej stanowi pewnego rodzaju ideał, z którym zgadza się wielu lekarzy praktyków, ale nie będzie on skutecznie działał, gdy pacjent nie będzie tego chciał” (tłum. własne). E. Ernst, *Holistic health care?*, *British Journal of General Practice* 2007, 57(535), s. 162–163, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034187/> [dostęp: 19.08.2020].

z innymi osobami, nie chce, aby włączali się oni w proces leczenia. Po trzecie, pacjent wprost deklaruje, że nie chce udziału bliskich w leczeniu. Postawa pacjenta może ulegać zmianie, w zależności od przebiegu leczenia oraz rodzaju doświadczanego schorzenia. Obecność bliskich może się również okazać czymś niepożądanym i negatywnie wpływającym, stając się uciążliwością, zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego (np. presja, emocjonalność, próby decydowania „za pacjenta”)¹⁰. Tego rodzaju problemy można nazwać „niemedycznymi bólaczkami lekarzy” – z jednej strony muszą oni dbać o dobro pacjenta, a z drugiej strony radzić sobie z presją i oczekiwaniami bliskich¹¹. Nie zmienia to faktu, że jednostki potrzebują w życiu bliskości. Gdy ktoś staje się pacjentem, ta potrzeba nie zanika, a nabiera innego, szczególnego wymiaru. Co do zasady, w sytuacji choroby czy zagrożenia zdrowia to bliscy stanowią podstawowe środowisko osoby chorej, w tym podstawowe źródło wsparcia¹². Czasami bezrefleksyjnie zakłada się, że sam fakt posiadania relacji (w szczególności rodzinnych) pozytywnie wpływa na kondycję psychiczną pacjenta. Najistotniejsza jednak jest jakość relacji – ich głębia, zrozumienie, wzajemność, zażyłość. Należy również pamiętać o tym, że w obliczu trudnych sytuacji związanych z chorobą bliscy nierzadko sami

¹⁰ Dobrze obrazuje to opis stanu faktycznego zawartego w wyroku NSA z dnia 4.02.2020 r., II OSK 3503/19: „w przypadku odwiedzin szpitalnych prawa jednych pacjentów są ograniczone prawami innych pacjentów, którzy mają prawo do spokoju i wypoczynku. Gdy doda się do tego konieczność zapewnienia właściwej pracy szpitala, konieczność rzetelnego wykonywania obowiązków przez personel medyczny, może się okazać, że realizacja prawa do kontaktu wymaga wyważenia wielu, czasami sprzecznych praw i interesów”.

Warto przytoczyć w tym kontekście badania przeprowadzone przez grupę badaczy z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w którym badano wiedzę personelu medycznego na temat praw pacjenta. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 100 lekarzy oraz 100 pielęgniarek. Wśród zadanych pytań pojawiło się jedno istotne z perspektyw poruszanego zagadnienia: Czy spotyka się Pani/Pan z roszczeniowością i nadużywaniem swoich praw przez pacjentów i ich rodziny? 47% lekarzy i 39% pielęgniarek odpowiedziało, że bardzo często spotyka się z taką sytuacją. J. Gotlib, G. Dykowska, Z. Sienkiewicz, E. Skanderowicz, *Ocena wiedzy i postaw personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Orłowskiego w Warszawie wobec praw pacjenta*, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2014, 68(2), s. 89.

¹¹ M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, *PiM* 1/2014, s. 61.

¹² I. Taranowicz, *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przynależnym chorym*, *Rodzina w czasach szybkich przemian*. *Roczniki Socjologii Rodziny* XIII, Poznań 2011, s. 209–228.

doświadczają kryzysów psychicznych uniemożliwiających im efektywne wspieranie pacjenta. Dlatego tak ważne jest, aby pacjenci, w sytuacji gdy ich bliscy nie dają rady udzielić wsparcia, mogli skorzystać z pomocy wolontariuszy, szpitalnych psychologów czy profesjonalnych *caregivers*¹³.

Bliskość jako wartość urzeczywistniana w procesie leczenia, choć jawi się jako coś pozytywnego, nie ma jednoznacznego charakteru. To, jaką wartością będzie – wspierającą czy destrukcyjną – zależy od faktycznego układu relacji pacjenta i jego indywidualnych potrzeb. Sprawczość pacjenta w przedmiocie kształtowania przebiegu swojego leczenia może być w pewnych okolicznościach ograniczona ze względu na jego stan zdrowia. Jednak w wielu sytuacjach pacjent może chcieć świadomie kształtować przebieg tego procesu, w tym m.in. w zakresie obecności i uprawnień innych osób. Należy zatem rozważyć, na ile prawo umożliwi pacjentom wyrażenie ich woli w kształtowaniu przebiegu leczenia, w tym szczególnie w zakresie udziału innych osób w jego leczeniu oprócz personelu medycznego.

Ustawodawca zdaje się dostrzegać relacyjne uwarunkowanie procesu leczenia pacjenta, czemu daje wyraz w różnych definicjach osoby bliskiej występujących w prawie medycznym. Uznanie określonych osób za bliskie przekłada się na przyznanie im uprawnień w procesie leczenia i po jego zakończeniu. Ustawodawca w przepisach tych wymienił, kogo uważa za bliskiego dla pacjenta, oraz – nie używając określenia „osoba bliska” – wskazał określone osoby jako uprawnione do określonych czynności w procesie leczenia i po jego zakończeniu. W dalszej części artykułu zostanie podjęta krytyczna analiza obowiązujących formuł bliskości. Należy bowiem rozważyć to, na ile wybór określonej wizji bliskości w prawie medycznym koresponduje z rzeczywistymi uwarunkowaniami i potrzebami tej sfery życia. Ponadto istotne jest ustalenie kryteriów, na

¹³ N. Bolger, M. Foster, R. Ng, A.D. Vinokur, *Close Relationships and Adjustment to a Life Crisis: The Case of Breast Cancer*, *Journal of Personality and Social Psychology* 1996, 70 (2), s. 292. Co ciekawe, badania opisane w powyższym tekście nie wykazały, aby osoby bliskie zapewniały skuteczne wsparcie podczas sześciomiesięcznego okresu kryzysu raka piersi. Możliwe, że wynika to z tego, że osoby będące pod wpływem silnego stresu szukają dodatkowej pomocy poza bliskimi związkami. Ponadto badania potwierdziły tezę, że chorujący przeżywający rozmaite kryzysy zwracają się o pomoc do zewnętrznych grup wsparcia, nie do swoich bliskich.

podstawie których ustawodawca stawia granice między tym, co „bliskie”, a tym, co „obce” w relacjach międzyludzkich.

Następnie zostaną omówione niektóre uprawnienia oraz obowiązki, które mają osoby bliskie. W analizach w ograniczonym zakresie omówiono zagadnienie dostępu osób bliskich do tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta. Jest to zagadnienie na tyle obszerne i specyficzne, że wymaga ono osobnego opracowania naukowego¹⁴.

W swoich analizach chciałabym również zwrócić uwagę na to, że nawet gdy ustawodawca wskazuje pewien krąg osób bliskich pacjentowi, to w praktyce krąg ten zostaje ustalony przez personel medyczny (np. lekarzy, pielęgniarki). Tutaj pojawiają się przynajmniej dwa pytania, które rozważyć. Po pierwsze, na ile personel medyczny kieruje się tym, co jest wskazane w ustawie, a na ile własnym uznaniem w ustalaniu bliskości. Taka uznaniowość może się uwidaczniać szczególnie w sytuacji ustalania istnienia relacji faktycznych (np. konkubinatu). Po drugie, czy definicje (katalogi) tworzone przez ustawodawcę stanowią przydatną wskazówkę dla personelu medycznego, czy wręcz przeciwnie (np. jak mają ustalać dalekie pokrewieństwo).

II. Pojęcie bliskości w prawie medycznym

a. Osoba bliska w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵ wprowadzono definicję osoby bliskiej. Ustawodawca za pomocą tego pojęcia określa krąg osób, które mogą być obecne i aktywne w procesie

¹⁴ W szczególności istotne byłoby dokonanie analizy tego zagadnienia z uwzględnieniem argumentów filozoficzno-prawnych, gdyż wątki te nie są wystarczająco podkreślane w dotychczasowej literaturze prawniczej, która raczej koncentruje się na kwestiach dogmatycznych.

Zob. cały numer tematyczny poświęcony tajemnicy lekarskiej; Białostockie Studia Prawnicze 2020, vol. 25 nr 2. Dostępne online: <http://bsp.uwb.edu.pl/bialostockie-studia-prawnicze-zeszyt-25-nr-2/> [dostęp: 7.09.2020].

R. Kubiak, *Komentarz do art. 14*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.

J. Sobczak, *Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych*, *Medyczna Wokanda* 2018 (nr 11), s. 7–24.

¹⁵ Dz.U.2020.849 z późn. zm.; dalej u.p.p.

udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. „osoba bliska” oznacza małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Pojęcie „krewny do drugiego stopnia” obejmuje: matkę, ojca, dzieci, dziadka, babcię, wnuki, rodzeństwo. Natomiast „powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej” obejmuje następujące osoby: macochę, ojczyma, pasierbów¹⁶, rodziców małżonka (teściów), zięcia, synową, ale także dziadków małżonka i małżonka wnuków. Bliskość jest zatem definiowana przez trzy kryteria: przez pryzmat relacji pokrewieństwa i powinowactwa (więzi rodzinne i więzi krwi), relacje faktyczne („wspólne pożycie”) oraz wolę pacjenta. Innymi słowy, katalog bliskich został ukształtowany szeroko, poprzez odwołanie się do stosunków prawnorodzinnych, stosunków faktycznych oraz woli pacjenta. Ustawodawca zbiorczo ujął bardzo różnorodną grupę podmiotów. Sytuacja prawna każdej osoby zaliczonej do katalogu osób bliskich jest identyczna (niezależnie od stopnia faktycznej bliskości), a skorzystanie z praw przysługujących jednej osobie nie pozbawia pozostałych realizacji swoich uprawnień.

Odkodowując znaczenie pojęcia „osoby bliskiej”, nie sposób pominąć kontekstu powstania tej regulacji. Materiały legislacyjne (HL) stanowią bowiem istotny dowód na intencję ustawodawcy. Przyjmuję, że interpretacja sprowadza się do ustalenia intencji prawodawcy¹⁷. Choć wykorzystanie materiałów legislacyjnych w procesie interpretacji prawa nie jest

¹⁶ Tak przykładowo Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z 14.03.2019 r., sygn. II SA/Bk 620/18, stwierdził, że „linia powinowactwa stanowi wierne odwzorowanie linii pokrewieństwa. Stopień powinowactwa, podobnie jak stopień pokrewieństwa, ustala się według liczby urodzeń i odpowiada on stopniowi pokrewieństwa małżonka powinowatego. Powinowactwo stopnia pierwszego odpowiada zatem zawsze pokrewieństwu pierwszego stopnia, w związku z czym dzieci współmałżonka niebędące wspólnymi dziećmi małżonków (tj. pasierbica i pasierb) są w stosunku do drugiego współmałżonka powinowatymi pierwszego stopnia w linii prostej.

Na gruncie pojęcia osoby najbliższej z art. 115 § 11 k.k.: Wyrok SN z 18 marca 2015 r., III KK 432/14, LEX nr 1663408: „Osobą najbliższą jest powinowaty, a za takiego uznaje się pasierba w stosunku do macochy”.

¹⁷ Z. Tobor, *W poszukiwaniu intencji prawodawcy*, Warszawa 2013, s. 224–225.

jednomyślnie akceptowalne w polskim dyskursie prawnym, to za ich zastosowaniem stoi szereg argumentów. Przede wszystkim, podobnie jak tekst prawny pochodzą bezpośrednio od ustawodawcy. Żadne inne narzędzie interpretacyjne nie ma tak silnego związku z tekstem prawnym¹⁸. Materiały legislacyjne nie mogą być przy tym traktowane jako zbiór gotowych rozstrzygnięć, ale stanowić źródło istotnych argumentów za przyjęciem określonej hipotezy interpretacyjnej. Produkty procesu legislacyjnego mają różną wartość i przydatność, stąd ich wykorzystaniu powinna towarzyszyć rzetelna analiza jakości¹⁹. Mogą być one zatem traktowane jako „instrukcja obsługi” tekstu prawnego, która może dostarczać istotnych wskazówek w zakresie rozstrzygnięcia wątpliwości powstałych na gruncie jego interpretacji. W opisywanym w artykule przypadku przytoczone wypowiedzi padające podczas debat w komisjach sejmowych – czyli zasadniczo najbardziej merytorycznego etapu prac nad tekstem prawnym – obrazują wątpliwości co do określonej formuły definicji osoby bliskiej, które znajdują odzwierciedlenie w praktyce stosowania tego przepisu. Podczas posiedzenia Komisji Zdrowia z 15 października 2008 r.²⁰ podniesiono kilka istotnych uwag, które jednak nie zostały uwzględnione, a pozostają aktualne również obecnie²¹.

Po pierwsze, podnoszone wątpliwości odnosiły się do potrzeby definiowania osoby bliskiej. W szczególności Konstanty Radziwiłł, ówczesny prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, podawał w wątpliwość taką definicję, skoro osobą bliską może być każda osoba wskazana przez pacjenta. Wskazywał jednak dalej, że „w tym kontekście definicja (...) jest wyjątkowo

¹⁸ A. Bielska-Brodziak, *Śladami prawodawcy faktycznego. Materiały legislacyjne jako narzędzie wykładni prawa*, Warszawa 2017, s. 313–314.

¹⁹ A. Bielska-Brodziak, *Śladami prawodawcy faktycznego...*, s. 551–552.

²⁰ Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 59) z dnia 15.10.2008 r., dostępny online: <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrn6/ZDR-59> [dostęp: 18.08.2020].

²¹ Jak wskazywał podsekretarz stanu w MZ: „To jest jedynie definicja. W tej sprawie toczyły się konsultacje ze stroną społeczną reprezentującą pacjentów. To ona wносиła o uszczegółowienie tego przepisu w takiej formie, jak to przedstawia poprawka”.

niebezpieczna, bo oznacza, że pojawić się przy pacjencie może tylko osoba przez niego wskazana, jeśli pacjent jest w stanie ją wyznaczyć. Jeśli ze względu na swój stan zdrowia nie może wskazać żadnej osoby, to krąg osób, które mogą się nim zajmować, zamykamy do bliskich krewnych, czyli nie może to być np. siostrzenica cioci, z którą nie wiąże go bliskie pokrewieństwo ani wspólne zamieszkanie. Nie może to być sąsiadka, a przecież takie sytuacje się zdarzają. Znamy je z codziennej praktyki. Proszę o rozważenie celowości definiowania osoby bliskiej w tej ustawie. Nie jest to potrzebne. Pojęcie to pojawia się tylko w art. 30 i 31, a zawężenie tej definicji jest wręcz szkodliwe. Ogranicza prawa pacjenta bycia pod opieką osób, które nie są z nim związane bliskim węzłem pokrewieństwa lub wspólnym zamieszkaniem”²².

Po drugie, sama treść definicji budziła zastrzeżenia. W szczególności podnoszono, że kategoria osoby wskazanej przez pacjenta niweczy sens definiowania osoby bliskiej. Skoro wola pacjenta ma decydujące znaczenie, to on (o ile będzie w stanie) wskaże osoby mu bliskie. Mogą to być osoby wskazane w definicji osoby bliskiej ale również spoza tego kręgu. Ponadto definicja uprawnia do domniemania, że w sytuacji niewskazania (niewynikającego z braku woli świadomego pacjenta) za osoby bliskie będziemy uważać jedynie podmioty wymienione w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.²³

²² Podobnie podnosili: poseł Marek Balicki: „Mam podobne wątpliwości (...). Na kim spoczywa tu jaki obowiązek i czy jest potrzeba definiowania, kto jest osobą bliską? Może zdarzyć się paradoksalna sytuacja, że pacjent nie będzie zdolny do wyrażania zgody, zgłosi się powinowaty drugiego stopnia z zupełnie innych powodów i będzie chciał opiekować się pacjentem. Jeśli pacjent jest zdolny do wskazania, to nie trzeba tego definiować, nie ma wtedy sporu. Na kim jednak spoczywa obowiązek?”. Poseł Beata Małecka-Libera: „Ja też mam wątpliwości, czy to pojęcie musimy doprecyzowywać. Pacjent tak naprawdę sam będzie decydować, kto jest dla niego osobą bliską. Może pan minister wyjaśni, z czego wynikało doprecyzowanie osoby bliskiej?”. Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 59) z dnia 15 października 2008 r., s. 21, <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrn6/ZDR-59> [dostęp: 17.08.2020].

²³ Wątpliwości te dobrze obrazuje wymiana zdań podczas Komisji Zdrowia: „Poseł Marek Balicki (SDPL-NL): Najpierw jest kategoria osób bliskich, a potem osoba wskazana przez pacjenta. Czy to znaczy, że powinowaty drugiego stopnia może zajmować się pielęgnacją, nawet jeśli pacjent tego nie chce? Podsekretarz stanu w MZ Marek Twardowski: Pacjent ma zawsze prawo oświadczyć, że nie życzy sobie czyjejś opieki. To jego wola. Poseł Marek Balicki (SDPL-NL): Czyli zawsze musi wskazać,

W literaturze podniesiono również wątpliwość natury legislacyjnej, która doczekała się reakcji ze strony ustawodawcy. Joanna Haberko zwróciła uwagę, że zastosowanie spójnika „lub” skutkuje zawężeniem stopnia i linii pokrewieństwa – gdyby przyjąć, że odnosi się do krewnych, wówczas do kręgu osób bliskich nie zaliczono brata lub siostry pacjenta. Prowadziłoby to przykładowo do sytuacji, w której osobą bliską będzie teściowa pacjenta, a nie jego siostra. Autorka wskazywała na potrzebę zastąpienia spójnika „lub” przecinkiem²⁴. W nowelizacji u.p.p. z 2018 r. dokonano modyfikacji polegającej na doprecyzowaniu, że chodzi zarówno „o krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia”, która poszerza krąg osób bliskich. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy: „projektowana ustawa nieznacznie rozszerza katalog osób bliskich, dołączając do tego grona rodzeństwo zmarłego pacjenta (rodzeństwo to drugi stopień pokrewieństwa, ale linia boczna). Dla wielu osób samotnych to właśnie brat lub siostra jest przez lata najbliższą żyjącą osobą, często jedyną bliską osobą”²⁵.

Kinga Bączyk-Rozwadowska wskazała, że poważne zastrzeżenie budzi wyróżnianie w katalogu osób bliskich przedstawiciela ustawowego oraz osoby upoważnionej przez pacjenta, gdyż każdy z tych podmiotów ma własne, niezależnie od bycia „osobą bliską” uprawnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta²⁶. Autorka proponuje, aby definicję „osoby bliskiej” ograniczyć do krewnych, powinowatych oraz osób pozostających we wspólnym pożyciu, ponieważ są „to osoby, które zazwyczaj pozostają zainteresowane stanem chorego”²⁷.

a więc ta definicja jest zbędna. Podsekretarz stanu w MZ Marek Twardowski: Nie zawsze. Z mocy ustawy te osoby są wskazane jako bliskie, ale zawsze pacjent ma prawo daną osobę wykluczyć”.

²⁴ J. Haberko, *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, Przegląd Sądowy 3/2011, s. 74–75.

²⁵ Uzasadnienie komisijnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, druk nr 1998, s. 4.

²⁶ Art. 31 ust. 1–2 u.z.l.l.d.; art. 9 ust. 2 u.p.p.

²⁷ K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, Studia Iuridica Toruniensia 2011, vol. 9, s. 68–69.

Spore wątpliwości budzi również wyróżnienie w katalogu osób bliskich „powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej”²⁸. Więż powinowactwa to relacja prawna powstała na skutek zawarcia małżeństwa, pomiędzy małżonkiem a krewnymi drugiego małżonka²⁹. Jest to stosunek w pewien sposób „narzucony” przez zawarte małżeństwo. Choć relacje te mogą odznaczać się faktyczną bliskością, to nie wydaje się, aby była to relacja w sposób oczywisty oznaczana jako „bliska”. Nawet dobre relacje z powinowatymi nie oznaczają *a priori* tego, że chcemy, aby otrzymywali, często intymne, informacje na temat naszego stanu zdrowia, gdy jako pacjenci będziemy nieprzytomni. Podstawą w takim przypadku jest jedynie więź prawna, powstająca pomiędzy małżonkiem a krewnymi drugiego małżonka, czyli stosunkowo luźne powiązanie. Powinowactwo nie jest relacją „z wyboru”, ale narzuconą przez prawo i odznaczającą się dużą potencjalnością co do faktycznego kształtu relacji. Oczywiście, świadomy pacjent może wskazać swoich powinowatych jako uprawnionych do uzyskania informacji na temat stanu zdrowia, ale jest to kwestia faktycznego układu relacji panującego w danej rodzinie. Możliwe, iż wyróżnienie powinowatych jako „bliskich” w niektórych kontekstach ustawodawczych jest uzasadnione np. w zakresie prawa do odmowy zeznań³⁰, ale biorąc pod uwagę charakter regulowanej materii w u.p.p., nie jest to wyróżnienie adekwatne. Więż powinowactwa odnosi się również do tzw. rodzin zrekonstruowanych – w skład której wchodzi ojczym lub macocha oraz pasierb. Jest to jedna z form życia rodzinnego mieszcząca się w szerokiej definicji rodziny. Wśród różnych typów życia rodzinnego przypomina ona najbardziej rodziny pełne, w których bliskość jest stanem zakładanym przez ustawodawcę, tj. opiera się na związku pary dorosłych ludzi, którzy wspólnie prowadzą

²⁸ Podobnie wskazuje Maria Boratyńska: „W odniesieniu do powinowatych krąg uprawnionych jest dziwnie szeroki. Można dyskutować, dlaczego powinowaci w ogóle zostali włączeni (...)”. (M. Boratyńska, *Wolny wybór: gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 142).

²⁹ B. Trębska, *Komentarz do art. 61⁸*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. J. Wierciński, Warszawa, LexisNexis 2014.

³⁰ Zgodnie z art. 182 § 1 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, osoba najbliższa dla oskarżonego może odmówić zeznań.

gospodarstwo domowe i wychowują dzieci³¹. Bliskość powinowactwa w przypadku rodzin patchworkowych jest zatem uzasadniona tym, że wspólnoty te stanowią jeden z równoważnych typów życia rodzinnego, niewiele różniących się od „typowych” relacji w rodzinach pełnych, choć również zależy to od konkretnego układu relacyjnego. Ojczym lub macocha to zazwyczaj „dodatkowi” rodzice w stosunku do biologicznych albo osoby zupełnie zastępujące biologicznych rodziców w więzi z dzieckiem. Natomiast ta sama linia i stopień powinowactwa pomiędzy teściami a synową czy zięciem lub jeszcze dalej, współmałżonkiem wnuka – nie znajduje już takiego uzasadnienia. Powinowactwo obejmuje swoim zakresem szeroki katalog osób i nie sposób każdą z nich kwalifikować jako „bliską” wobec pacjenta, tylko ze względu na występowanie pewnej więzi prawnej. Tę dysfunkcjonalność normatywnej bliskości pozwala zniwelować odwołanie się do Kodeksu Etyki Lekarskiej, który niezależnie od formalnie wyznaczonej bliskości nakazuje lekarzowi każdorazowo upewniać się, czy działanie i obecność określonej „osoby bliskiej” rzeczywiście podyktowane jest dobrem chorego³².

Powstaje zatem pytanie, czy może dojść do sytuacji, w których pacjentem będzie zajmować się osoba spokrewniona, nawet jeżeli pacjent tego nie chce. Wydaje się, że taka sytuacja nie jest możliwa, ponieważ pacjent – o ile jest świadomy – ma zawsze prawo oświadczyć albo wyrazić swoim zachowaniem, że nie życzy sobie czyjejś opieki lub obecności. Wola pacjenta świadomego to najlepsze świadectwo, kogo chce uważać za osobę bliską, wobec czego nie ma potrzeby doprecyzowywania tego pojęcia. Fundamentalne znaczenie w ustaleniu kręgu osób bliskich ma zatem wola pacjenta. Jak wskazuje Dorota Karkowska, świadomy pacjent sam najlepiej potrafi określić, kto jest dla niego

³¹ K. Wałęcka-Matyja, *Polimorficzny obraz struktury rodziny w świetle współczesnej literatury psychologicznej*, Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 2009, nr 13, s. 35. Szerzej: T. Szlendak, *Sociologia rodziny*, Warszawa 2010, s. 496–501.

³² Art. 16 ust. 1–2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, dostępny online: https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 28.08.2020].

bliski. Powinien w tym zakresie mieć możliwość subiektywnego, swobodnego określenia³³. Pojawia się jednak pytanie, jak należy postąpić w sytuacji, gdy pacjent nie może wyrazić woli w zakresie wskazania osoby bliskiej, a w szczególności czy definicja osoby bliskiej uprawnia do domniemania, że w sytuacji niewskazania (niewynikającego z braku woli świadomego pacjenta) – za bliskiego będziemy uważać jedynie podmioty wymienione w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Co do zasady należy przyjąć, że personel medyczny nie ma prawa ingerować w wybory dokonywane przez pacjenta w tym zakresie i samodzielnie ustalać, kto jest dla niego bliski, a kto nie. Potrzeba takiego ustalenia może się natomiast pojawiać wówczas, gdy pacjent nie jest zdolny do wyrażania swojej woli i nie ma przedstawiciela ustawowego. W tych sytuacjach pomocą w dokonywanej przez personel medyczny ocenie ma być definicja osoby bliskiej (subsidiarne zastosowanie definicji).

Jak słusznie zauważa Agnieszka Bielska-Brodziak, posługiwanie się przez prawodawcę terminami zdefiniowanymi stwarza relatywnie wysoki komfort pracy interpretatora, a przy tym nie prowadzi do powstania żadnych poważniejszych dylematów w procesie interpretacji prawa³⁴. Ustawodawca wprowadza definicje legalne wtedy, gdy dane określenie jest wieloznaczne, nieostre i pożądane jest ograniczenie tej nieostrości oraz gdy nie jest powszechnie zrozumiałe. Ponadto gdy ze względu na dziedzinę regulowanych spraw istnieje potrzeba ustalenia nowego znaczenia danego określenia³⁵. Definicje legalne mają tekst prawny uprzystępnąć, w tym usunąć możliwe wątpliwości co do znaczenia określenia, jakim posługuje się ustawodawca. Postulaty te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście regulacji prawnomedycznych, z których głównie korzysta personel medyczny.

³³ D. Karkowska, *Komentarz do art. 3 ust.1 pkt 2*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 106.

³⁴ A. Bielska-Brodziak, *Kłopoty z definicjami legalnymi*, [w:] *System prawny a porządek prawny*, red. S. Czepi-ta, O. Bogucki, Szczecin 2008, s. 159.

³⁵ § 146 ust. 1 pkt 1–4 – rozporządzenie PRM z 20 czerwca 2002 r. – *Zasady techniki prawodawczej* (Dz.U.2016.283 z późn. zm.).

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że definicja osoby bliskiej spełnia wskazane cechy – jest to definicja zakresowa, w której enumeratywnie wskazano, kto jest uznawany za osobę bliską. Należy jednak spojrzeć na to, jak jest ukształtowany krąg wskazanych osób.

Po pierwsze, przepis ten należałoby czytać od końca, a nie od początku – bo to wola pacjenta ma decydujące znaczenie w wyznaczaniu kręgu bliskich. Umieszczenie jako ostatniej w kolejności „osoby wskazanej przez pacjenta” stwarza błędne wrażenie pierwszeństwa relacji rodzinoprawnych. Wydaje się, że uzasadnione jest większe uwypuklenie tego wątku, aby nie budził on wątpliwości.

Po drugie, definicja osoby bliskiej z u.p.p. powieliła wzorce przyjęte na gruncie innych ustaw³⁶ w zakresie definiowania bliskości. Należy pamiętać o praktycznej funkcji, jaką ma spełnić wskazana definicja – ma służyć zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi niemającemu co do zasady wiedzy prawniczej. Stąd nie wydaje się uzasadnione odwołanie do stopni pokrewieństwa i powinowactwa. Zwyczajnie mówiąc – można to napisać prościej, aby nikt z personelu medycznego nie miał wątpliwości, o kogo chodzi. Definicja osoby bliskiej z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. przypomina definicję osoby najbliższej z art. 115 § 11 k.k.³⁷, choć jest nieco szersza – na co wskazuje stosunek zastosowanych słów „bliski-najbliższy”. Jednak o ile na gruncie prawa karnego definicja ta spełnia określone funkcje, o tyle

³⁶ Podobieństwo w zakresie przyjętej techniki legislacyjnej formowania definicji bliskości w formie enumeratywnie wymienianych określone osoby definicji zakresowych. Przykładowo: art. 4 pkt 13 ustawy z 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami: należy przez to rozumieć zstępnych, wstępnych, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, małżonka, osoby przysposabiające i przysposobione oraz osobę, która pozostaje ze zbywcą faktycznie we wspólnym pożyciu; art. 2 pkt 6 ustawy z 11 kwietnia 2003 r. o kształtowaniu ustroju rolnego: „osobie bliskiej” – należy przez to rozumieć zstępnych, wstępnych, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, rodzeństwo rodziców, małżonka, osoby przysposabiające i przysposobione oraz pasierbów; art. 2 ust. 5 ustawy z 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych: osobą bliską w rozumieniu ustawy jest zstępny, wstępny, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, małżonek, osoba przysposabiająca i przysposobiona oraz osoba, która pozostaje faktycznie we wspólnym pożyciu.

³⁷ Zgodnie z art. 115 § 11 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.2020 poz. 1444 z późn. zm.) osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

w prawie medycznym wydaje się nieprzemyślanym powielaniem rozwiązań innych ustaw. Definicja ta po pierwsze – stawia lekarzy w sytuacji trudnego wyboru już na etapie weryfikacji, kto osobą bliską faktycznie jest, a po drugie – której z osób (jeżeli jest ich więcej) przekazać określone informacje, a jakich nie przekazywać³⁸.

Po trzecie, definicja stwarza mylne wrażenie, jakoby każda ze wskazanych osób była „osobą bliską” w procesie leczenia, niezależnie od woli pacjenta. Wskazany w początkowej części przepisu krąg osób związanych z pacjentem więzami rodzinnoprawnymi czy faktycznymi nabywa określone uprawnienia dopiero wtedy, gdy pacjent nie ma możliwości wskazania osoby uprawnionej. Jako uzasadnienie rozszerzenia kręgu osób uprawnionych wskazuje się np. oczekiwania lekarzy oraz rodzin dorosłych pacjentów, którzy formalnie nie mogliby otrzymywać informacji o stanie zdrowia pacjenta, o ile ten nie udzielił stosownego upoważnienia, co było w praktyce rzadkie. Ustawodawca przyznał zatem pierwszeństwo prawu rodziny do informacji nad prywatnością pacjenta³⁹.

Po czwarte, bliskość oznacza więcej niż tylko wskazanie określonych osób. Ustawodawca wyróżnia pewne osoby jako bliskie, ale ich rola w życiu pacjenta czy w procesie leczenia może być zupełnie inna. Wydaje się, że legislator ze zbytnią łatwością nazywa określone relacje jako bliskie, bazując na powszechnych intuicjach. To, co jest postrzegane jako bliskie w indywidualnym doświadczeniu, może różnić się z tym, w jaki sposób ujmuje to ustawodawca. Oczywiście może on mieć własną wizję bliskości, ale musi ona pozostawać w związku z fragmentem rzeczywistości, który normuje. Bliskość w prawie medycznym może zatem oznaczać wartość, która nakazuje wspierać pacjentów w zakresie artykułowanych przez nich potrzeb relacyjnych – tak aby stan ich zdrowia, w tym ogólny dobrostan psychiczny, dzięki obecności innych osób wzrastał, a nie ulegał destrukcji.

³⁸ D. Karkowska, *Komentarz do art. 3 ust.1 pkt 2*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 107.

³⁹ M. Malczewska, *Komentarz do art. 31*, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, wyd. 2, LEX 2014 teza 8, wyd. papierowe Wolters Kluwer 2014, s. 581.

Rozsądnym rozwiązaniem jest przyjęcie następującego poglądu: decydujące znaczenie w zakresie wyznaczania kręgu osób bliskich ma wola pacjenta – wówczas może to być każdy, kogo pacjent wskaże. Dopiero wówczas, gdy pacjent nie ma możliwości wskazania, pomocniczo wolno sięgnąć do katalogu osób wymienionych w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Definicja osoby bliskiej z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. powinna być stosowana subydiarnie – dopiero w sytuacji, gdy pacjent nie uzewnętrznili woli (np. ze względu na faktyczną niemożność) co do tego, kto ma być uważany za osobę bliską. Ustalenie tego, kto jest bliski dla pacjenta, powinno być oceniane przede wszystkim z perspektywy jego dobra, a wszelkie rozstrzygnięcia w tym zakresie powinny być poprzedzone rzetelnym rozeznaniem sytuacji życiowej pacjenta, co nie zawsze leży w granicach możliwości personelu medycznego.

Możliwe, że bardziej pożądane byłoby zrezygnowanie z definicji osoby bliskiej, a sformułowanie przepisu, zgodnie z którym wola pacjenta ma decydujące znaczenie w zakresie wyznaczania osób uprawnionych do informacji o jego stanie zdrowia. W sytuacji zaś pacjenta poniżej 16. roku życia, pacjenta nieświadomego lub ubezwłasnowolnionego całkowicie, uprawnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych uzyskuje 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.

b. Inne definicje i katalogi wskazujące osoby pozostające w określonej relacji do pacjenta

Określenie pewnych osób jako „bliskich” wobec pacjenta występuje również w innych aktach prawnych z zakresu prawa medycznego.

W nieobowiązującej już ustawie o zakładach opieki zdrowotnej brak było definicji „osoby bliskiej”, ale pojęcie to występowało w formie niezdefiniowanej. W art. 19 ust. 3 w zakładach opieki zdrowotnej⁴⁰

⁴⁰ Dz.U.2007 nr 14 poz. 89 (akt nieobowiązujący).

przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent miał prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie.

Natomiast według art. 4a ust. 7 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w konsultacjach przeprowadzanych przed zabiegiem przerywania ciąży, za zgodą kobiety „może wziąć udział jej partner, członkowie rodziny lub inna bliska osoba”⁴¹. Powstaje zatem pytanie, czy ustawodawca nawiązuje tym samym do definicji osoby bliskiej z u.p.p. Możliwe, iż przydatną regułą argumentacyjną w takich przypadkach jest reguła *eiusdem generis*, zgodnie z którą przy ocenie i kwalifikacji innych obiektów wskazanych w przepisie należy pomijać te, które nie wykazują istotnego podobieństwa do elementów wymienionych⁴². Zatem gdy ustawodawca wymienia określone klasy osób, a następnie odnosi się do nich ogólnie („inne osoby bliskie”), to należy uznać, że jest to odniesienie do tego samego rodzaju osób, które już zostały wyraźnie wymienione w przepisie (czyli partner i członkowie rodziny). Rekonstruując sformułowanie „inna osoba bliska”, należałoby zatem określić, czy pomiędzy wymienionymi kategoriami osób istnieje istotne podobieństwo, np. rodzaj więzi.

Definicję osoby bliskiej zawarto w rozporządzeniu MZ z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴³. Odpowiada ona poprzedniej wersji definicji osoby bliskiej zawartej w u.p.p.⁴⁴, stąd uzasadnione wydaje się dokonanie odpowiedniej korekty w celu ujednoczenia stanu prawnego.

⁴¹ Art. 4a ust. 7 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U.1993 nr 17 poz. 78 z późn. zm.): „Celem konsultacji, o której mowa w ust. 6, jest w szczególności ustalenie sytuacji zdrowotnej i życiowej kobiety, pomoc w rozwiązaniu jej problemów(...). Za zgodą kobiety w konsultacji może wziąć udział jej partner, członkowie rodziny lub inna bliska osoba”.

⁴² A. Bielska-Brodziak, *Interpretacja tekstu prawnego na podstawie orzecznictwa podatkowego*, Warszawa 2009, s. 74–75.

⁴³ Dz.U.2018 poz. 1756 z późn. zm.

⁴⁴ Ust. 4 pkt 6 rozporządzenia MZ z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej: osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia

Z kolei w ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁵ zawarto regulację, w myśl której lekarz zobowiązany jest poinformować osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą lub narażoną na zakażenie i jej osoby najbliższe (art. 35 ust. 4)⁴⁶. Ustawodawca posługuje się pojęciem osoby najbliższej bez dookreślenia, o jakie osoby chodzi, zatem czy jest to zabieg celowy, aby zawęzić krąg osób w stosunku szerokiego katalogu „osób bliskich” z u.p.p.?

Ponadto w ustawodawstwie można spotkać katalogi, w których ustawodawca wymienia określone osoby, ale nie określa ich wspólnym określeniem „osoba bliska”. Tak jest np. w ustawie z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, w przypadku wskazania osób, które po śmierci pokrzywdzonego mogą wykonywać jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej (art. 57 ust. 3)⁴⁷. Wskazany katalog osób odpowiada definicji osoby najbliższej zawartej w k.k.

c. Sposoby ustalania stosunku bliskości w praktyce

Jak pokazuje analiza aktów prawnych, ustawodawca stworzył uniwersalną na gruncie prawa medycznego definicję osoby bliskiej, a w niektórych kontekstach ustawodawczych zdecydował się zmodyfikować krąg osób bliskich wobec pacjenta. Na podstawie tych przepisów personel medyczny ma ustalić relacje, jakie zachodzą pomiędzy pacjentem a innymi osobami. Pojawiają się tutaj następujące zagadnienia. Po pierwsze, jaki jest dozwolony sposób weryfikacji stosunku bliskości

w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez ciężarną lub rodzącą.

⁴⁵ Dz.U.2019 poz. 1239 z późn. zm.

⁴⁶ Art. 35 ust. 4: „Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany poinformować osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą lub narażoną na zakażenie i jej osoby najbliższe o przesłankach uzasadniających podjęte działania oraz dokonać odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej”.

⁴⁷ Art. 57 ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U.2019 poz. 965 z późn. zm.): „W razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać 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”.

pomiędzy osobami – czy ustawodawca pozostawia jakieś wskazówki w tym zakresie. Po drugie, przydatność definicji (katalogów) stworzonych przez ustawodawcę – na ile lekarze kierują się nimi, a na ile własnym uznaniem i intuicją.

Jeden z modeli postępowania proponuje Leszek Pawłowski. Autor zwraca uwagę na to, że lekarz nie może uzależnić udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta od udowodnienia bądź uprawdopodobnienia tego, że dana osoba jest osobą bliską. Nie można też żądać przedłożenia dokumentu tożsamości ani innych dokumentów pozwalających na identyfikację osoby. Autor nie uzasadnia szerzej przyjętego poglądu⁴⁸. Zaproponowany model postępowania wiąże się z określonymi ryzykami. Po pierwsze, lekarz powinien przekazać niezbędne informacje osobom wskazanym w definicji osoby bliskiej. W odniesieniu do osoby wyznaczonej przez pacjenta musi dodatkowo ustalić na podstawie dokumentacji medycznej lub rozmowy z innymi osobami z personelu medycznego, czy tego rodzaju wskazanie faktycznie zostało dokonane. W sytuacji, gdy osoba zwracająca się z prośbą o udzielenie informacji nie przedstawi się, lekarz powinien przed udzieleniem odpowiedzi zapytać, czy należy do jednej z wyżej wymienionych kategorii osób bliskich. W razie odpowiedzi twierdzącej ma obowiązek przekazać tej osobie informacje dotyczące pacjenta w pełnym zakresie⁴⁹. Wskazany model postępowania opiera się na zasadzie pełnego zaufania w prawdomówność osób zainteresowanych. Tymczasem bardziej uzasadnione wydaje się zastosowanie zasady ograniczonego zaufania, co pozostaje w interesie zarówno lekarza, jak i pacjenta. Ustawodawca nie wskazał żadnych kryteriów, które umożliwiłyby weryfikację pokrewieństwa czy powinowactwa, np. jakich dokumentów może żądać personel medyczny w celu uprawdopodobnienia istnienia takiej relacji. Trudno wymagać od lekarza, aby podejmował działania „dowodowe” i poświęcał czas (którego zazwyczaj nie ma), na udokumentowanie stosunków bliskości pacjenta.

⁴⁸ L. Pawłowski, *Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta (część 2)*, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, 8 (4), s. 198.

⁴⁹ L. Pawłowski, *Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta...*, s. 198.

Ustalenie „bliskości” nie jest bezwzględny obowiązkem prawnym, ale poddyktowanym należyta starannością. Jest również obowiązkiem etycznym, bo nakłada na lekarza konieczność „wniknięcia” w relacje pacjenta i rozpoznanie tych, którzy działają w jego interesie. Dlatego należy uznać, że w sytuacjach np. przedstawienia odpisu aktu stanu cywilnego albo innego dokumentu poświadczającego relacje wskazane w definicji osoby bliskiej, dla lekarza powinno być to wystarczające. Podobnie w sytuacji, gdy dziecko zwraca się do określonej osoby słowami „tato”, „mamo” albo gdy ktoś oznajmia, że jest partnerem pacjenta, lekarzowi powinno wystarczyć takie oświadczenie. W wyjątkowych sytuacjach, jeżeli lekarz ma niedające się rozstrzygnąć wątpliwości i chce uzyskać pewność co do „bliskości” określonych osób, wówczas może zażądać przedstawienia odpowiedniego odpisu aktu stanu cywilnego. Zgodnie z art. 3 ustawy z 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego, akty stanu cywilnego stanowią wyłączny dowód zdarzeń w nich stwierdzonych; ich niezgodność z prawdą może być udowodniona jedynie w postępowaniu sądowym⁵⁰.

W praktyce funkcjonowania podmiotów medycznych pacjenta co do zasady prosi się o uzupełnienie oświadczenia w rejestracji⁵¹, w którym wskazuje osobę uprawnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych⁵², które następnie umieszczane jest w dokumentacji medycznej⁵³. Za prawidłowe należy również uznać określenie osoby bliskiej w innej formie niż pisemna, bez umieszczania adnotacji w dokumentacji medycznej (np.

⁵⁰ Ustawa z 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U.2020 poz. 463 z późn. zm.). W sytuacji dalszego pokrewieństwa/powinowactwa sytuacja ta jest dodatkowo skomplikowana, bo osoba taka musi przedstawić kilka aktów stanu cywilnego.

⁵¹ Choć jak wskazuje Teresa Dukiet-Nagórska, nie jest prawidłową praktyką powierzanie tego zadania personelowi pomocniczemu, jakim są np. rejestratorzy. (T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 48).

⁵² Przykładowo takie oświadczenie: <https://www.nzozkolmed.pl/oswiadczenie.pdf> [dostęp: 20.08.2020].

⁵³ Tak: L. Pawłowski za R. Kubiakiem: L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 1)*, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, 8(3), s. 154.

Tak również: § 8 rozporządzenia MZ z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

gestem, brakiem sprzeciwu wobec obecności określonej osoby podczas udzielania informacji o stanie zdrowia)⁵⁴. W miarę możliwości, póki pacjent jest świadomy, należy odebrać od niego instrukcję wskazującą, kogo, w jakiej kolejności i zakresie można informować o stanie jego zdrowia⁵⁵. Pewnym ułatwieniem praktycznym byłoby wprowadzenie instytucji „osoby zaufanej”⁵⁶ – tylko w ten sposób można by informować o stanie zdrowia pacjenta „niekompetentnego” bez potrzeby wykazywania stosunku bliskości. Istnienie takiego upoważnienia powinno rozwiewać wszelkie wątpliwości⁵⁷.

Ponadto niewykluczone są sytuacje, w których personel medyczny będzie dokonywał oceny relacji, w jakich pozostaje pacjent, na podstawie osobistych przesłanek światopoglądowych. W szczególności dotyczy to pacjentów LGBT+. Choć w definicji osoby bliskiej wskazano „osobę pozostającą we wspólnym pożyciu”, w praktyce prawa takich osób jako bliskich mogą nie być respektowane. Jedną z przyczyn takiego stanu może być brak wiedzy o tym, że określenie „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu” odnosi się również do osób pozostających w związku tej samej płci⁵⁸. Możliwe są bowiem sytuacje, w których jako

⁵⁴ L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 1)*, s. 151–157.

⁵⁵ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 48.

⁵⁶ Szerzej: M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.

M. Syska, *Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim. Część I*, *Prawo i Medycyna* 1/2011, s. 69–70.

⁵⁷ M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, s. 72.

⁵⁸ Choć należy podkreślić, że nie jest to jednolite stanowisko. Wedle jednego z poglądów „wspólne pożycie” odnosi się jedynie do heteroseksualnego konkubinatu, tj. pozbawionego formalnego węzła małżeńskiego związku osób odmiennej płci, który cechuje istnienie więzi psychicznej, fizycznej i gospodarczej. (Przykładowo: Wyrok SO w Toruniu z 27 listopada 2013 r., VIII Ca 533/13, LEX nr 1720706; Wyrok SA w Katowicach z 15 marca 2007 r., II AKa 24/07, LEX nr 312525).

Na gruncie definicji osoby najbliższej z art. 115 § 11 k.k. wykładnia ta została ujednoczona na rzecz stanowiska rozszerzającego interpretację terminu „wspólne pożycie”. Sąd Najwyższy w uchwale składu 7 sędziów wskazał, że „odmienność płci osób pozostających w takiej relacji nie jest warunkiem uznania ich za pozostających we wspólnym pożyciu w rozumieniu art. 115 § 11 k.k.”. Uchwała SN(7) z 25 lutego 2016 r., I KZP 20/15, OSNKW 2016, nr 3, poz. 19. Należy jednak wskazać, że na gruncie szeroko rozumianego prawa cywilnego, kwestia ta nadal pozostaje przedmiotem rozbieżności, choć tendencje orzecznicze zmiierają ku objęciu osób pozostających w związkach jednopłciowych

osoby bliskie będą traktowani jedynie członkowie rodziny (rozumiani jako osoby spokrewnione lub spowinowacone ze sobą)⁵⁹. Rzecznik Praw Obywatelskich opisywał w raporcie z 2014 r. sytuacje, w których partnerzy/-ki nie mogli uczestniczyć w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie mieli dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta czy dokumentacji medycznej nawet wówczas, gdy zostali wskazani jako osoby upoważnione⁶⁰. Osoby nieheteronormatywne wskazują w badaniach, że boją się ujawniać swoją orientację seksualną w obawie przed odmową czy niechęcią ze strony personelu medycznego⁶¹. Ponadto alarmująca jest sytuacja tzw. rodziców społecznych, którzy nie są powiązani z dzieckiem więzią biologiczną, ale faktycznie je wychowują. W świetle prawa osoby te są obce, zarówno wobec dziecka, jak i drugiego rodzica (najczęściej biologicznego), stąd bez wyraźnego upoważ-

terminem „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”, co szczególnie uwidacznia orzecznictwo do art. 691 k.c. (Przykładowo: Uchwała SN z 28 listopada 2012 r., III CZP 65/12, OSNC 2013/5, poz. 57; Wyrok SA w Warszawie z 26 czerwca 2014 r., I ACa 40/14, LEX nr 1496122).

⁵⁹ Jak wskazano w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich: „Głównym problemem jest przede wszystkim naleganie pracowników służby zdrowia, by upoważniani do informacji o stanie zdrowia pacjenta i do dostępu do dokumentacji medycznej byli tylko członkowie rodziny (rozumianej jako osoby spokrewnione lub spowinowacone ze sobą), a nie partnerzy tej samej płci. Personel medyczny wprowadza więc w błąd pacjentów wymagając upoważnień wyłącznie dla członków rodziny spokrewnionych z pacjentem”. (*Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej analiza i zalecenia*, Warszawa 2014, s. 33, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Rowne%20traktowanie%20pacjentow%2C%202014.pdf>).

Podobnie wskazywali respondenci w badaniu „Rodziny z wyboru”. Przykładowo: „W szpitalu gdy chciałam, żeby to właśnie partnerkę informowano o moim stanie zdrowia, nie chcieli tego wpisać, bo nie jest rodziną. (s. 74).

⁶⁰ „Kilkoro z nich [respondentów, dop. MDG] opisało sytuacje, w których personel medyczny ograniczał kontakty między partnerami tej samej płci, gdy jeden z nich był pacjentem szpitala – jedna z respondentek oczekiwała na możliwość kontaktu ze swoją partnerką przez kilkanaście godzin w szpitalnym oddziale ratunkowym, inna nie mogła odwiedzić swojej partnerki, choć inni pacjenci przyjmowali nie tylko członków rodziny, ale i znajomych z pracy” (*Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej analiza i zalecenia*, s. 30–34).

⁶¹ „Niekiedy osoby nieheteroseksualne podają nieprawdziwe informacje o łączącej je z partnerem relacji (np. rodzeństwo). Taki zabieg jest możliwy np. w wypadku lesbijek lub kobiet biseksualnych będących w związku z kobietą, gdyż posiadanie innego nazwiska może być wyjaśniane byciem przez jedną z siostr w związku małżeńskim” (*Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej analiza i zalecenia*, s. 34).

nienia nie mają uprawnienia do informacji o stanie zdrowia dziecka czy do jego odwiedzin⁶².

Wątpliwości wywołuje również weryfikacja tego, czy dana osoba należy do kategorii „pozostających we wspólnym pożyciu”⁶³. Ponadto po śmierci pacjenta personel medyczny będzie miał bardzo ograniczoną możliwość ustalenia istnienia tej relacji. Obawy te potwierdza uzasadnienie komisyjnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w którym m.in. wskazano, że „aktualne brzmienie przepisów, ze względu na swoją niejednoznaczność, wywołuje duże obawy wśród osób wykonujących zawód medyczny. Dostrzegają one ogromne ryzyko nieświadomego naruszenia przepisów ustawy poprzez udostępnienie informacji o zmarłym pacjencie osobie nieuprawnionej”⁶⁴.

Trudność decyzji w zakresie ustalenia bliskości ujawnia się szczególnie w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny i nie może zająć stanowiska, a ciężar decyzji spoczywa na lekarzu. Pacjent nie może wyrazić swojej woli, a lekarz pełni funkcję pośrednika pomiędzy „nieobecny” pacjentem a „obecną” rodziną. Przy określaniu kręgu „bliskich” lekarz nigdy nie może mieć stuprocentowej pewności. Możliwe, że będzie musiał zaufać deklaracjom określonych osób i przez to narazić się na odpowiedzialność, że przekazał informacje osobie nieuprawnionej albo nie zrobi tego i narazi się na odpowiedzialność, że nie udzielił informacji uprawnionemu⁶⁵.

⁶² J. Mizieleńska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*, Warszawa 2014, s. 75.

⁶³ Kinga Bączyk-Rozwadowska postuluje: „*De lege ferenda* warto byłoby również rozważyć potrzebę wskazania ogólnych ustawowych kryteriów weryfikacji przesłanki wspólnego pożycia, aby uwolnić lekarza od obowiązku dokonywania niejednokrotnie trudnych i uciążliwych ustaleń, czy osoba zainteresowana stanem pacjenta rzeczywiście w takim pożyciu pozostaje i tym samym jest *ex lege* upoważniona do otrzymania informacji” (K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, s. 69).

⁶⁴ Uzasadnienie komisyjnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, druk nr 1998, s. 6.

⁶⁵ Wywiad z prof. dr hab. Jackiem Sobczakiem *Początek końca tajemnicy lekarskiej*, dostępny online: <http://gazetalekarska.pl/?p=32039> [dostęp: 17.08.2020].

Zgodnie z art. 4 u.z.l.l.d., jednym z obowiązków lekarza jest wykonywanie jego zawodu zgodnie z zasadami etyki zawodowej. W przypadku, o który chodzi, zasady etyczne i deontologiczne stawiają lekarzom wyższe wymagania niż regulacja ustawowa. Podwyższony rygor ochrony pacjenta uzasadnia zatem kierowanie się wskazaniem etycznymi⁶⁶. Dlatego uzasadnione wydaje się sięgnięcie do art. 16 ust. 1 i 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁶⁷, zgodnie z którym informowanie rodziny, o ile to jest możliwe, powinno być uzgodnione z chorym. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. Przepis ten zawiera zatem istotne uzupełnienie przepisów o obowiązek staranności podyktowanej dobrem pacjenta. Lekarz musi rozpoznać sytuację chorego, tak aby zyskać przekonanie o tym, co będzie stanowiło działanie w jego interesie. Możliwe są bowiem sytuacje, w których osoba formalnie wymieniona jako bliska w art. 3 ust. 2 u.p.p. nie będzie działała w interesie chorego, ale będzie tak czynił np. przyjaciel. Kierując się dobrem pacjenta, lekarz może odmówić udzielenia informacji także w sytuacji, gdy nabierze przekonania o negatywnym nastawieniu osób trzecich względem pacjenta lub gdy osoby te niekorzystnie wpływają na stan jego zdrowia⁶⁸. Kodeks Etyki Lekarskiej pozwala uwzględnić takie sytuacje. W podobnym tonie wypowiada się Arnold Gubiński, który wskazuje, że należałoby wymagać od lekarza weryfikacji, czy

⁶⁶ E. Zielińska, *Komentarz do art. 38, [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, red. E. Zielińska, LEX 2014, teza 7 i 8; wydanie papierowe s. 679–680.

⁶⁷ Kodeks Etyki Lekarskiej, dostępny online: https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 28.08.2020].

⁶⁸ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Kraków 2008, s. 49.

Autorka wskazuje na art. 31 ust. 4 u.z.l.l.d., zgodnie z którym można ograniczyć informowanie pacjenta o stanie jego zdrowia ze względu na jego dobro. Z tożsamyh względów można pozbawić informacji inne osoby, np. rodzinę.

Art. 31 ust 4: „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji”.

łączą pacjenta z osobą trzecią „stosunki bliskie: miłość, oddanie, przyjaźń i czy uzyskane informacje nie zostaną wykorzystane niezgodnie z interesem pacjenta”⁶⁹.

Pewną wadą, ale w pewnych sytuacjach zaletą może okazać się ocena przesłanek zawartych w art. 16 KEL. W literaturze zwraca się uwagę na nieostrość i paternalistyczny wydźwięk tej regulacji. Uzasadnieniem ujawnienia danych ma być dobro chorego, nie wskazano jednak kryteriów oceny tego dobra. Czy rozumienie pojęcia rodziny powinno być interpretowane przez pryzmat składu osobowego zawartego w definicji osoby bliskiej z u.p.p.? Definicja ta opiera się na założeniu o pewnej wizji rodziny, tymczasem współczesne rodziny wychodzą daleko poza ramy definicji. Rodziny nie są stałym bytem, ale procesem, „strumieniem zdarzeń”, a przede wszystkim – wspólnotą wyboru. Sami do pewnego stopnia wybieramy, kogo uznajemy za rodzinę. Lekarz, ustalając skład rodziny pacjenta, może natomiast kierować się subiektywną oceną poszczególnych osób przez pryzmat ich działania w interesie chorego⁷⁰. Subiektywna percepcja bliskości może stanowić pewne ograniczenie w postrzeganiu różnych, innych od własnych relacji rodzinnych, ale nie jest to problem, który dotyka tylko lekarzy, lecz każdą osobę, która staje w obliczu formalnego ustalenia stosunku bliskości (w tym szczególnie prawników). Dlatego tak ważne jest, aby w profesjach uznawanych za zawody zaufania publicznej osoby je wykonujące kierowały się elementarną wrażliwością i starannością, zdając sobie sprawę z wpływu własnych decyzji na los innych osób. Dobro pacjenta w tym kontekście powinno mieć pierwszoplanowe znaczenie dla personelu medycznego. Na miarę swoich możliwości lekarze powinni stosować wszelkie środki ostrożności, które ochronią (często) bezbronny pacjenta.

Należy przy tym podkreślić, że zadaniem lekarza nie jest „tropienie” relacji pacjenta i arbitralne ustalanie kręgu bliskich. Prawo powinno mu to zadanie ułatwić, choć wydaje się, że nie bez znaczenia pozostaje w tym

⁶⁹ A. Gubiński, *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 77.

⁷⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 234–236.

zakresie ostrożność oraz pewna intuicja i doświadczenie życiowe ukształtowane w praktyce lekarskiej. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym pracę lekarza jest to, że większość decyzji musi podejmować pod presją czasu. Stąd nie wydaje się specjalnie uzasadnione doprecyzowanie kryteriów weryfikacji bliskich relacji – zachowanie elementarnej wrażliwości i delikatności w obserwacji ludzkich relacji powinno być wystarczającym czynnikiem umożliwiającym dostrzeżenie bliskości. Istotne w tym zakresie jest również przeprowadzenie stosownych akcji informacyjnych oraz szkoleń dla personelu medycznego, tak aby mógł, bez wątpliwości co do obowiązującego stanu prawnego, określić krąg osób bliskich.

III. Do czego uprawnia „bliskość” w prawie medycznym – o niektórych uprawnieniach osób bliskich

a. Udział bliskich w zabiegach, operacjach, udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Bliskość objawiająca się w aktywnym towarzyszeniu czy obecności innych osób ma szczególne znaczenie nie tylko dla pacjenta, ale również dla samych osób bliskich. Pandemia wirusa COVID-19 znacznie zredukowała możliwość uczestniczenia innych osób poza pacjentem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Udział bliskich w udzielaniu świadczeń zdrowotnych najczęściej będzie obecnością fizyczną (przy pacjencie). Jednak biorąc pod uwagę popularyzację różnego rodzaju środków porozumiewania się na odległość, prawo do obecności osoby bliskiej może być realizowane również i w ten sposób (np. WhatsApp, Skype i innego rodzaju komunikatory internetowe), o ile nie zakłócałoby to przebiegu czynności medycznych. Ustawodawca dostrzega znaczenie wartości, jaką jest bliskość, i zgodnie z art. 21 ust.1 u.p.p. osoba bliska może być obecna przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jest to uprawnienie pacjenta, a nie osób bliskich⁷¹. Jeżeli pacjent chce z takiego uprawnienia skorzystać, personel medyczny nie powinien co do zasady tworzyć utrudnień w jego

⁷¹ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, ABC 2015, LEX nr 263143.

realizacji. Uprawnienie to wiąże się jednak z pewnymi ograniczeniami. Po pierwsze, pacjent może zdecydować o tym, że nie chce, aby osoba bliska była obecna podczas udzielania świadczenia. Po drugie, zgodnie z art. 21 ust. 2 u.p.p., osoba wykonująca świadczenie zdrowotne może odmówić obecności osoby bliskiej w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. W praktyce może wystąpić sytuacja, w której pacjent nie ujawnił swojej woli co do towarzyszenia osoby bliskiej albo nie zdążył jej ujawnić, a stracił taką możliwość poprzez utratę świadomości, przez co nie można poznać jego woli. Lekarz może się tylko domyślać, że skoro dana osoba przyszła z pacjentem na określony zabieg, to pacjent wyrażał zgodę na jej obecność. W wielu sytuacjach bazowanie na domysłach może jednak okazać się niewłaściwe. Ustawa nie reguluje postępowania w takich sytuacjach. Z jednej strony osoba wykonująca świadczenie zdrowotne jest związana formalizmem uzyskania zgody pacjenta, obowiązkiem poszanowania intymności pacjenta, a z drugiej – potrzebą rozpatrywania każdej sytuacji indywidualnie, przy minimalnym zapoznaniu się z sytuacją życiową pacjenta.

Ponadto należy zwrócić uwagę na art. 33 ust. 1 u.p.p., zgodnie z którym pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej) ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Pacjent ma prawo do utrzymywania i pielęgnowania więzi z innymi osobami. Sformułowanie „z innymi osobami” jest kategorią szerszą niż „osoby bliskie”. „Inna osoba” to każda osoba, z którą pacjent chce mieć kontakt, czyli właściwie odpowiada to pojęciu osoby wskazanej przez pacjenta z definicji osoby bliskiej w u.p.p.

Zgodnie z art. 5 u.p.p.⁷², istnieje możliwość ograniczenia praw pacjenta – w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne oraz ze względu na możliwości organizacyjne

⁷² Art. 5 u.p.p.: „Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia

podmiotu. Regulacja ta nabrała szczególnego znaczenia w dobie pandemii wirusa COVID-19, która wymusiła wprowadzenie ograniczeń zarówno w zakresie odwiedzin, jak i obecności bliskich osób podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych. Szczególną uwagę zwracają w tym zakresie wprowadzane w niektórych placówkach medycznych ograniczenia odwiedzin na oddziałach dziecięcych (w tym noworodkowych)⁷³ czy geriatrycznych. Znajdują się w nich pacjenci, którzy wyjątkowo potrzebują obecności innej osoby, w tym regularności kontaktu. Ponadto w niektórych placówkach medycznych istotnie ograniczono możliwość przeprowadzania tzw. porodów rodzinnych⁷⁴.

b. Informacja o stanie zdrowia pacjenta

Tak jak wskazano wcześniej, decydujące znaczenie w zakresie wyznaczenia tego, kto jest „osobą bliską”, ma wola pacjenta. W przypadku, gdy pacjent nie może wskazać osoby bliskiej, lekarz na podstawie własnej oceny musi określić, kogo za taką osobę uznać. Pozycja osoby bliskiej nie ma charakteru autonomicznego, lecz jest ściśle powiązana z prawami i wolą pacjenta. Osoby bliskie nie mogą samowolnie kształtować sytuacji pacjenta, ale także nie są uprawnione do kształtowania własnej, wbrew woli pacjenta⁷⁵.

epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

⁷³ Na niektórych oddziałach neonatologii odwiedziny są wstrzymane i matki mogą jedynie podawać noworodkom odciągnięte mleko za pośrednictwem personelu medycznego, <https://www.prawo.pl/zdrowie/odwiedziny-w-szpitalu-w-czasie-epidemii,502512.html> [dostęp: 20.08.2020].

⁷⁴ Jak podaje Rzecznik Praw Obywatelskich, „część szpitali uzależnia udział w porodzie osoby bliskiej od posiadania aktualnego wyniku testu na koronawirusa – z okresu maksymalnie 5 dni przed porodem”. Ponadto, pacjentki i środowisko związane z opieką zdrowotną wskazują na chaos i dezinformację co do możliwości udziału osoby towarzyszącej w porodzie – praktyka w szpitalach jest rozbieżna:

<https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-ponowna-interwencja-rpo-do-mz-nfz-ws-porodow-rodzinnych>;

<https://www.rpo.gov.pl/pl/content/mz-rpo-test-na-covid-nie-jest-warunkiem-udzialu-w-porodzie-rodzinnym>.

⁷⁵ L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 2)*, s. 196.

Na początku podkreślenia wymaga, że z woli ustawodawcy osoby bliskie nie są uprawnione do informacji o stanie zdrowia pacjenta za jego życia z mocy samej ustawy. W sytuacji, gdy pacjent jest świadomy, sprawny umysłowo i dojrzały, jest on głównym dysponentem informacji na temat stanu swojego zdrowia. Może zdecydować, że nie chce, aby informacje na temat stanu jego zdrowia uzyskiwały osoby trzecie, w tym najbliższa rodzina. Co do zasady personel medyczny nie powinien udzielać informacji na temat tego, że określony pacjent przebywa w określonej placówce i z opieki którego z lekarzy korzysta⁷⁶. Udzielanie jakichkolwiek informacji o stanie zdrowia może nastąpić wyłącznie w oparciu o zgodę (upoważnienie) pacjenta; dotyczy to również informacji niepomysłnych co do rokowań dla pacjenta. Pacjent ma pełną swobodę w określeniu kręgu osób uprawnionych. Może wskazać każdą osobę, niekoniecznie z kręgu najbliższej rodziny, ma również swobodę w określeniu zakresu udzielanych informacji (np. udzieli zgody na informowanie o wykonanym zabiegu, ale już nie o rokowaniach). Pacjent wyraża zgodę na przekazywanie informacji, zarówno gdy chodzi o osoby bliskie, jak i osoby obce⁷⁷. W literaturze są dostrzegane nieprawidłowości w tym zakresie, związane z prowadzeniem rozmów z rodziną pacjenta bez jego uprzedniej zgody na taki stan rzeczy, w tym również sytuacje pozyskiwania przez personel medyczny informacji pozwalających przyjąć, że zgłaszająca się osoba jest osobą bliską, niezależnie od woli pacjenta⁷⁸. Dla wyznaczenia określonej osoby jako uprawnionej do informacji wystarczające jest zmanifestowanie aprobaty w jakikolwiek sposób gestem, a nawet milczeniem. Jeśli np. rozmowa z pacjentem na temat jego stanu zdrowia jest prowadzona w obecności pewnych osób i pacjent się temu nie sprzeciwia, to można przyjąć istnienie jego zgody na informowanie tych osób.

⁷⁶ M. Boratyńska, *Wolny wybór. gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, s. 142.

⁷⁷ Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z 25 kwietnia 2016 r., druk n 451, s. 12, dostępny online: <http://orka.sejm.gov.pl/Druki-8ka.nsf/0/DBD9E9635C718980C1257FA2002E7085/%24File/451.pdf> [dostęp: 8.09.2020].

⁷⁸ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 48.

Osoby bliskie nie są uprawnione do dostępu do tych informacji z samego tytułu bycia takimi osobami. Musi istnieć jednoznaczna zgoda na ich udostępnienie, udzielona przez pacjenta⁷⁹. Potwierdza to również art. 24 KEL⁸⁰, który dodatkowo wskazuje, że „śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy”. Jedynie w przypadku pacjenta małoletniego lub gdy pacjent jest nieprzytomny, bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej (art. 31 ust. 6 u.z.l.l.d.)⁸¹. Tylko w takim przypadku można mówić o „prawie do informacji osób bliskich”. Pacjent sam nie może przyjąć albo pojąć informacji na temat stanu swojego zdrowia, więc udziela się jej zastępczo osobom z nim związanym⁸². Ustawa nie wskazuje kolejności, która powinna być zachowana przy udzielaniu informacji osobom bliskim, należałoby zatem przyjąć, że wszystkie te podmioty są równouprawnione do informacji. Takie rozwiązanie wydaje się jednak sprzeczne z literalnym brzmieniem przepisu, zgodnie z którym „lekarz udziela informacji osobie bliskiej”, co sugeruje, że należy udzielić informacji jednej osobie bliskiej. Nie wydaje się jednak, aby takie dosłowne odczytanie przepisów prawa miało w tej sytuacji uzasadnienie⁸³. Ponadto nie wskazano granicy wiekowej osób bliskich, którym informacje mają być udzielone, mogą to być zatem małoletnie dzieci pacjenta.

⁷⁹ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Oficyna 2009, s. 451–452.

⁸⁰ Art. 24 KEL: „Wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi są objęte tajemnicą lekarską. Śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy. Lekarz ma jednak prawo, zgodnie ze swym sumieniem, do ujawnienia zauważonych faktów łamania praw człowieka”.

⁸¹ Art. 31 ust. 6 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U.2020.514 z późn. zm, dalej: u.z.l.l.d.): „Jeżeli 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 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655 i 1696)”.

⁸² M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, s. 71.

⁸³ M. Boratyńska, *Wolny wybór. gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, s. 143.

b.1. Dostęp do tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta

Przed 5 sierpnia 2016 r., jeśli pacjent nie upoważnił innej osoby do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, to taka osoba nie miała do niej dostępu także po jego śmierci. Nowelizacja z dnia 10 czerwca 2016 r. zliberalizowała dotychczasowy model ochrony prywatności pacjenta po jego śmierci. Osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Zgodnie z art. 14 ust. 3 i 4 u.p.p. osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska (ust. 3). Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska (ust. 4). Ponadto, zgodnie z art. 40 § 3 u.z.l.l.d. lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu u.p.p. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2a. W uzasadnieniu do projektowanych zmian wskazywano na zbyt ścisły charakter tajemnicy lekarskiej, co mogło uniemożliwiać osobom bliskim pacjenta „dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta. W efekcie tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta. Ujawnienie obiektywnych przyczyn śmierci pacjenta może również leżeć w interesie społecznym”⁸⁴. Rozwiązania te spotkały się z szeroką krytyką środowisk lekarskich i prawniczych. Nie zostały poparte badaniami empirycznymi oraz spotkały się z dezaprobatą Naczelnej Rady Lekarskiej⁸⁵ oraz

⁸⁴ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 246–247.

⁸⁵ Stanowisko nr 27/16/P-VII Prezydium NRL z dnia 20.05.2016 r.: „Ustawowe uprawnienie wszystkich osób bliskich do poznania informacji chronionych tajemnicą lekarską może być w takich przypadkach działaniem godzącym w dobre imię zmarłego. Powyższe uwagi są tym bardziej zasadne, że projektodawca nie przewidział w ogóle sytuacji, w której pacjent wyraża za życia wolę, aby żadna z jego osób bliskich nie

Sądu Najwyższego⁸⁶. Jak trafnie wskazano w opinii SN, zmiany w zakresie poszerzania tajemnicy lekarskiej wynikają z niezrozumienia istoty tajemnicy i jej gwarancyjnego charakteru. Nie można bowiem przelać woli pacjenta również po jego śmierci. Biorąc pod uwagę wcześniej wskazane problemy w praktycznym ustalaniu kręgu osób bliskich, takie rozwiązanie ustawodawcze tym bardziej dziwi. W uzasadnieniu projektu wskazano, że „dysponentem tej tajemnicy po śmierci pacjenta powinny być osoby najbliższe pacjentowi, które łączyły z pacjentem węzeł szczególnego zaufania”⁸⁷. Jest to jednak zbyt idealistyczne założenie. Nie zawsze bowiem z samego faktu bycia „osobą bliską” wynikają szczególne, bliskie więzi świadczące o zaufaniu⁸⁸. Pacjent niejednokrotnie powierza lekarzowi intymne informacje, traktując go jako swojego powiernika, co wiąże się z oczekiwaniem, iż zachowa on dyskrecję. Zaufanie jest podstawą stosunku łączącego pacjenta i lekarza i tylko ono warunkuje pomyślność tej relacji. Poufność, stanowiąc fun-

otrzymała dostępu do informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Projektowane rozwiązanie, które zakłada uprawnienie każdej z osób bliskich do wyrażenia zgody na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, z jednoczesnym zastrzeżeniem możliwości zablokowania tego ujawnienia jednym głosem sprzeciwu oznaczałby w praktyce, że decydować będzie pierwsza osoba, z kręgu osób bliskich, która znajdzie się w szpitalu (niekoniecznie najbliższa spośród osób bliskich czy szczególnie emocjonalnie związana ze zmarłym)”, <https://nil.org.pl/aktualnosci/948-stanowiska-prezydium-nrl-podjete-20-maja-2016-r> [dostęp: 22.08.2018].

⁸⁶ Uwagi SN do projektu ustawy projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 czerwca 2016 r., znak: BSA II-021-183/16, dostępne online: <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?documentId=3118D696244FF001C1257FD5003BA756> [dostęp: 22.08.2020].

⁸⁷ Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z 25 kwietnia 2016 r., druk nr 451, s. 13, dostępne online: <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/DBD9E9635C718980C1257FA2002E7085/%24File/451.pdf> [dostęp: 22.08.2020].

⁸⁸ Interesujące w tym kontekście jest spostrzeżenie Jacka Sobczaka: „Lekarze zdają się nie dostrzegać tego, że zadaniem tajemnicy lekarskiej jest wytworzenie atmosfery wzajemnego zaufania między pacjentem a lekarzem. Cóż się zresztą dziwić, skoro korzystający z pomocy lekarza w jego oczach dawno temu przestał już być pacjentem, a stał się «przypadkiem». Lekarz coraz rzadziej widzi w pacjencie człowieka. Coraz częściej jest to dla niego zepsuty organizm, a nawet mechanizm, który musi zreperować. Gotów jest się jedynie zdziwić, że tak powszechnie znana postać cierpi na tak banalną lub rzadką chorobę. Interesuje go, jak organizm zareaguje na przepisane leki. Gotów jest się przy tym dzielić nie tylko z kolegami po fachu, ale z ludźmi dość przypadkowymi, wiadomością o tym, kim był jego pacjent, z jakimi chorobami walczył?”. (J. Sobczak, *Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych*, Medyczna Wokanda 2018, nr 11, s. 9).

damentalną wartość w relacji lekarz-pacjent, pozwala w niej stworzyć określoną swobodę, otwartość, szczerłość, a także obniżyć poczucie wstydu pacjenta. Samo ujawnienie przez pacjenta określonych okoliczności związanych ze stanem zdrowia, a także wyrażenie zgody za życia na informowanie określonych osób w przedmiocie jego stanu zdrowia nie oznacza, że informacje te mogą stanowić przedmiot rozpowszechnienia po śmierci pacjenta⁸⁹. Motywy zachowania w tajemnicy określonych informacji mogą być różne (np. prywatność, uczucie wstydu, konflikt), niemniej obojętne, jakie one będą – nie powinny unicestwiać prawa do zachowania ich w tajemnicy. Należy zwrócić również uwagę na to, że katalog osób bliskich wskazany w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest bardzo szeroki i nie wydaje się zasadne jego stosowanie w kontekście rozszerzania tajemnicy lekarskiej⁹⁰. Trudno uznać, że z każdą z tych osób pacjenta łączy więź zaufania⁹¹. Pojęciem osoby bliskiej mogą być również objęte osoby, które zostały np. uznane przez pacjenta za niegodne dziedziczenia lub uporczywie nie dopełniały względem niego obowiązków rodzinnych⁹². Wszelkie rozszerzenia tajemnicy lekarskiej należy interpretować rygorystycznie, a jej uchybienie może być dokonane jedynie wyjątkowo z zachowaniem zasady proporcjonalności⁹³. Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej jest nieograniczony w czasie i nie ustaje z momentem śmierci pacjenta, stąd wyjątki od tej zasady powinny być

⁸⁹ M. Jabłońska, *Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji*, Białostockie Studia Prawnicze 2020, vol. 25, nr 2, s. 277–278.

⁹⁰ R. Kubiak, *Komentarz do art. 14*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, Legalis.

⁹¹ Uwagi SN do projektu ustawy projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 czerwca 2016 r., s. 14–15.

⁹² Przykładowo – tylko z powodu pokrewieństwa osoba niemająca żadnych związków emocjonalnych z pacjentem mogła pozbawić dostępu do dokumentacji medycznej osobę bliską *de facto*, która przez lata sprawowała nad pacjentem opiekę i która za życia była upoważniona przez niego do dostępu do tej dokumentacji.

⁹³ R. Kubiak, *Komentarz do art. 14*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, Legalis.

traktowane z ogromną ostrożnością⁹⁴. Słusznie Rafał Kubiak stawia pytanie o to, czy osoby bliskie muszą mieć dostęp do pełnych danych medycznych zmarłego oraz czy dotychczas obowiązujące przepisy nie zapewniały dostatecznie takiego dostępu.⁹⁵

Regulacja ta budziła istotne zastrzeżenia – konstytucyjne i praktyczne⁹⁶, które zostały w pewnym zakresie wysłuchane przez ustawodawcę. Ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw⁹⁷ wprowadzono istotne zmiany w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. W nowelizacji zachowano prawo dostępu osób bliskich do informacji objętych tajemnicą lekarską, jednakże za zgodą sądu, wydaną na wniosek, w postępowaniu nieprocesowym. Zachowano rozwiązanie, zgodnie z którym zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się, gdy sprzeciwi się temu inna osoba bliska, do art. 14 ust. 4 u.p.p. wprowadzono jednak istotną modyfikację. Pacjent może wyrazić za życia sprzeciw co do udostępniania informacji objętych tajemnicą lekarską⁹⁸. Sąd może jednak wyra-

⁹⁴ Ustawodawca nowelizacją z 2018 r. wprowadził do art. 14 ust. 2b u.p.p. odpowiednią zmianę „W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie”.

Ł. Caban, *Komentarz do art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, WK 2016, s. 716.

J. Sobczak, *Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych*, Medyczna Wokanda 2018, s. 21–23.

⁹⁵ Taką możliwość stwarza art. 180 § 1–2 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U.2020 poz. 20 z późn. zm.).

⁹⁶ 28 października 2016 r. Naczelna Rada Lekarska złożyła wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności wprowadzonych zmian w zakresie dostępu do tajemnicy lekarskiej, <https://izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/aktualnosci-2016/na-wniosek-nrl-trybunal-konstytucyjny-zajmie-sie-tajemnica-lekarska/> [dostęp: 23.10.2020].

Trybunał Konstytucyjny postanowieniem z 20 kwietnia 2017 r. wydanym na posiedzeniu niejawnym, w składzie jednoosobowym, postanowił odmówić dalszego biegu wnioskowi.

⁹⁷ Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2019 poz. 150). Ustawa weszła w życie 9 lutego 2019 r.

⁹⁸ Art. 40 ust. 3a u.z.l.l.d.: „Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub sprzeciwił się temu, zgodnie z art. 14 ust. 4 tej ustawy, pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 3b i 3c. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta”.

zić zgodę na przełamanie sprzeciwu pacjenta, wtedy gdy może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:

(1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta; (2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. W tym celu sąd weryfikuje następujące kryteria:

- 1) interes uczestników postępowania;
- 2) **rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;**
- 3) **wolę zmarłego pacjenta;**
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu⁹⁹.

Ponadto to sąd, a nie personel medyczny będzie wyrażał zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej w sytuacji sporu pomiędzy osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia¹⁰⁰.

Nowelizacja w pewnym stopniu niweluje wątpliwości powstałe na gruncie nowelizacji z 2016 r., choć nie rozwiązuje ich ostatecznie. W trakcie prac legislacyjnych podnoszono, że taka regulacja ma ułatwić dochodzenie roszczeń związanych ze śmiercią pacjenta, w tym umożliwić zapoznanie się „z rzeczywistymi okolicznościami leczenia danej osoby”. Podejmowanie tych działań przez osoby bliskie ma stanowić gwarancję rzetelności – „biorąc pod uwagę fakt, że decyzję mogą podejmować osoby bliskie w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta, zabezpieczy, że będzie to decyzja podjęta w interesie zainteresowanej danej osoby”¹⁰¹. Generalnie nie zgłaszano sprzeciwu wobec proponowanych zmian, jedynie jeden

⁹⁹ Art. 40 ust. 3d u.z.l.l.d.

¹⁰⁰ Art. 14 ust. 6 u.p.p.: „W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1360, z późn. zm.), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2b”.

¹⁰¹ Starszy specjalista w MS Piotr Rogoziński podczas Komisji Nadzwyczajnej do spraw zmian w kodyfikacjach /nr 19/ z dnia 9 czerwca 2016 r., s. 12, <http://orka.sejm.gov.pl/zapisy8.nsf/0/2804915A-A4B043A1C1257FD300450B2C/%24File/0071208.pdf> [dostęp: 24.10.2020].

z posłów zaproponował powrót do starego brzmienia ustawy (sprzed 2016 r.)¹⁰².

Zatem osoby bliskie po śmierci pacjenta, o ile nie wyraził sprzeciwu, stają się dysponentami informacji objętych tajemnicą lekarską, czyli sfery ścisłej prywatności i intymności pacjenta. Poza sytuacjami uzasadnionymi wysokim prawdopodobieństwem tego, że śmierć pacjenta została spowodowana, np. w wyniku czynu zabronionego, przepisy umożliwiające uchylenie tajemnicy lekarskiej mogą stanowić źródło wieloletnich sporów sądowych mających na celu dochodzenie roszczeń z tytułu śmierci pacjenta¹⁰³. Ponadto stwarzają one możliwość wystąpienia sytuacji konfliktowych pomiędzy samymi bliskimi – co do samego faktu ujawnienia tajemnicy lekarskiej oraz zakresu jej ujawnienia¹⁰⁴. Do występowania w tych postępowaniach jest uprawniony szeroki krąg osób bliskich – zatem może dochodzić do sytuacji, w której o uchylenie tajemnicy lekarskiej będą występowały osoby, których nie łączyła z pacjentem więź bliskości. Co więcej, ustalenie stosunku bliskości po śmierci pacjenta może być problematyczne, w tym szczególnie w przypadku osób pozostających we wspólnym pożyciu. Pewnym zabezpieczeniem uzasadnionego wykorzystywania uprawnień przez osoby bliskie i weryfikacji rzeczywistego wymiaru więzi pomiędzy bliskimi a pacjentem jest wprowadzenie kontroli sądowej.

Prawo do zachowania w poufności informacji objętych tajemnicą lekarską jest emanacją stosunku zaufania łączącego lekarza i pacjenta, a także wyrazem szacunku dla pacjenta i jego intymności¹⁰⁵. Obowiązek

¹⁰² Jerzy Jachnik podczas Komisji Nadzwyczajnej do spraw zmian w kodyfikacjach /nr 19/ z dnia 9 czerwca 2016 r., s. 12, <http://orka.sejm.gov.pl/zapisy8.nsf/0/2804915AA4B043A1C1257FD300450B2C/%24File/0071208.pdf>.

¹⁰³ Jak słusznie podnosi Małgorzata Świdarska: „ulatwienie sytuacji osoby bliskiej w postępowaniu odszkodowawczym (...) jako pośrednio poszkodowanej wskutek śmierci pacjenta nie jest wystarczającym uzasadnieniem dla naruszenia istoty wolności decyzyjnej pacjenta”. (M. Świdarska, *Zgoda osoby bliskiej na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta (po nowelizacji)*, PPMed 1/2019, s. 13.

¹⁰⁴ M. Świdarska, *Zgoda osoby bliskiej na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta...*, s. 11.

¹⁰⁵ K. Bagan-Kurluta, U. Drozdowska, *Tajemnica medyczna po śmierci pacjenta w wybranych systemach civil i common law*, Białostockie Studia Prawnicze 2/2020 (vol. 25), s. 200.

lekarza do poufności zawarto również w treści przyrzeczenia lekarskiego, zgodnie z którym nie może on nadużywać zaufania pacjenta i powinien dochować tajemnicy lekarskiej nawet po jego śmierci¹⁰⁶. Potwierdza to również art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym: „Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej”¹⁰⁷. Zatem, podobnie jak wskazywałam w poprzednich częściach artykułu, po raz kolejny zasady etyczne stawiają wyższe wymagania niż regulacja ustawowa – a dzięki temu stanowią lepszą gwarancję ochrony tajemnicy lekarskiej.

IV. Podsumowanie

Wizja relacyjności w ujęciu ustawodawcy zawsze będzie czymś uproszczonym – ustawodawca nie ma bowiem narzędzi do wyrażania złożoności i zmienności układów relacyjnych jednostek. Nie można od prawodawcy wymagać sprawczości, która jest poza zasięgiem jego możliwości. Prawna regulacja bliskości co do zasady zawsze będzie wynikiem pewnego uogólnienia, które może okazać się dyskryminujące dla określonych rodzajów relacji. Można jednak wymagać od prawodawcy, aby normując określony fragment rzeczywistości, czynił to w sposób adekwatny do jego charakterystyki, tak aby tworzone prawo stanowiło wsparcie, a nie barierę – zarówno dla stosujących to prawo lekarzy, jak i pacjentów.

Świadomy pacjent najlepiej wie, kto jest jego „bliskim” – z kim chce dzielić informacje na temat przebiegu leczenia, choroby, a także czyjej obecności potrzebuje. Wydaje się, że katalog osób wskazany w art. 3 ust. 2 pkt 1 u.p.p. jest w tym kontekście nieprzydatny. Bliskość w procesie

¹⁰⁶ https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 23.10.2020].

¹⁰⁷ https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 23.10.2020].

leczenia może być wsparciem – psychicznym, profesjonalnym, fizyczną obecnością – to zależy od okoliczności konkretnego przypadku i układu relacji, do którego ustawodawca nie ma dostępu.

Definicja bliskości nabiera znaczenia dopiero wtedy, gdy pacjent nie może wyrazić swej woli – wówczas do informacji o stanie pacjenta jest uprawniony bardzo szeroki krąg osób. Definicja osoby bliskiej z u.p.p. jest bowiem jedną z najszerszych definicji bliskości w polskim ustawodawstwie – tego rodzaju rozwiązanie legislacyjne należy ocenić krytycznie. Tak szeroki zakres bliskości sprawia, że staje się ona rozwiązaniem dysfunkcyjnym – w warstwie literalnej przepisu ustawodawca uznał za „bliskie” bardzo różniące się między sobą relacje, które mogą mieć niewiele wspólnego z faktyczną więzią bliskości. Istniejąca definicja bliskości nie spełnia bowiem jednej z podstawowych zasad prawidłowej legislacji, która nakazuje redagować przepisy prawa tak, aby dokładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów zawartych w nich norm wyrażały intencje prawodawcy. Ustawodawca, powielając rozwiązania przyjęte na gruncie innych ustaw, zapomniał o kontekście, w jakim znajdują zastosowanie przepisy prawa. Najczęściej jest to kontekst dynamiczny – gdy w placówce medycznej pojawia się nieprzytomny pacjent, a wraz z nim określone osoby trzecie. Pewnym rozwiązaniem tej sytuacji jest odwołanie się do Kodeksu Etyki Lekarskiej, który niezależnie od formalnie wyznaczonej bliskości nakazuje lekarzowi każdorazowo upewnić się, czy zainteresowanie określonej osoby bliskiej faktycznie podyktowane jest dobrem chorego.

Lekarz musi ustalić, kim są te osoby w stosunku do pacjenta – żadna definicja mu w tym nie pomoże, a może stanowić tylko dodatkową przeszkodę. Trudno wymagać od lekarza staranności właściwej notariuszowi, który w oparciu o dokumenty urzędowe musi ustalać określone relacje prawne i rodzinne pomiędzy osobami. Nie jest to zadanie lekarza. Jego zadaniem w tej kwestii jest zachowanie należytej staranności, w tym również wrażliwości i delikatności, tak aby był to wybór podyktowany najwyższym dobrem pacjenta. W relacji lekarz-pacjent najwyższą wartością jest zaufanie, w tym dotyczące tego, jak lekarz rozpozna sytuację osobistą pacjenta, gdy z tym będzie utrudniony kontakt. Lekarz musi

ocenić układ relacyjny „dookoła” pacjenta – kto jest jego bliskim i jak określone osoby wpływają na pacjenta, a także uszanować jego wybór. W przepisach prawa należałoby z całą mocą podkreślić znaczenie woli pacjenta w zakresie wyboru osób uznawanych za bliskie – czyli odczytywać obowiązującą definicję osoby bliskiej „od końca”. Obecnie, „deską ratunku” dla lekarza stanowią postanowienia Kodeksu Etyki Lekarskiej, które nakazując wzgląd na dobro pacjenta, stawiają wyższe wymagania niż przepisy prawa i dzięki temu lepiej chronią pacjenta – zarówno za jego życia, jak i po śmierci.

Prowokacyjnie można zapytać: czy w jakimś stopniu „należymy” do innych osób? Definicja bliskości zawarta w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest niespójna – literalnie stwarza wrażenie pierwszeństwa więzi rodzinnych, co stanowi wyraz uznania ważności tych relacji przez ustawodawcę oraz ich odpowiedniego zabezpieczenia. Lekarz, działając w oparciu o zasady etyki zawodowej czy własną intuicję, może określić „bliskość” nie tak, jak życzy sobie tego niebliska, ale obecna rodzina. To są relacje pewne, weryfikowalne. Osoby pozostające w relacjach faktycznych, choć wskazane w przepisie, muszą liczyć na życzliwe przyjęcie – ich status nie jest pewny i zależy od wielu czynników, w tym relacji z prawną rodziną pacjenta. W przepisie słabo wyartykułowane jest znaczenie woli pacjenta w określaniu tego, kogo chce uznawać za bliskiego. Dlatego tak ważne jest przesunięcie akcentów, ale również to, aby pacjenci, póki mogą, sporządzali stosowne upoważnienia wskazujące osoby uprawnione do obecności oraz informacji o stanie ich zdrowia. Mogą to być osoby bliskie, ale też niebliskie, to kwestia osobistych ustaleń pacjenta. Wystarczy wyobrazić sobie chaos (opisany w tym tekście), w sytuacji braku takiego wskazania. Pacjent budzi się po okresie nieprzytomności, możliwe, że przez moment potrzebuje „dojść do siebie”, ale po chwili spostrzeża, że w jego pokoju znajduje się grupa osób, jak okazuje się, jego bliskich, o których nie miał pojęcia.

Bibliografia

- K. Bagan-Kurluta, U. Drozdowska, *Tajemnica medyczna po śmierci pacjenta w wybranych systemach civil i common law*, Białostockie Studia Prawnicze 2/2020 (vol. 25).
- K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, Studia Iuridica Toruniensia 2011, vol. 9.
- A. Bielska-Brodziak, *Interpretacja tekstu prawnego na podstawie orzecznictwa podatkowego*, Warszawa 2009.
- A. Bielska-Brodziak, *Kłopoty z definicjami legalnymi*, [w:] *System prawny a porządek prawny*, red. S. Czepita, O. Bogucki, Szczecin 2008.
- A. Bielska-Brodziak, *Śladami prawodawcy faktycznego. Materiały legislacyjne jako narzędzie wykładowi prawa*, Warszawa 2017.
- N. Bolger, M. Foster, A.D. Vinokur, R. Ng, *Close Relationships and Adjustment to a Life Crisis: The Case of Breast Cancer*, Journal of Personality and Social Psychology 1996, 70 (2).
- M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, Prawo i Medycyna 1/2014.
- M. Boratyńska, *Wolny wybór: gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- B.K. Budziszewska, R. Piusińska-Macocha, K. Sulek, A. Stępień, *Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej*, Acta Haematologica Polonica 3/2005.
- A. Crossley, D. Langdrige, *Perceived sources of happiness: A network analysis*, Journal of Happiness Studies 2005, 6.
- M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, ABC 2015, LEX nr 263143.
- T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.
- T. Dukiet-Nagórska, *Ocena prawnokarne niektórych decyzji lekarskich powodowanych względami pozamedycznymi*, Prawo i Medycyna 1/2011.
- E. Ernst, *Holistic health care?*, British Journal of General Practice 2007, 57(535), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034187/>.
- J. Gotlib, G. Dykowska, Z. Sienkiewicz, E. Skanderowicz, *Ocena wiedzy i postaw personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Orłowskiego w Warszawie wobec praw pacjenta*, Annales Academiae Medicae Silesiensis 2014, 68(2).

- J. Haberko, *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, Przegląd Sądowy 3/2011.
- S. Hewa, R.W. Hetherington, *Specialists without spirit: Limitations of the mechanistic biomedical model*, Theoretical Medicine and Bioethics 1995, 16(2).
- J.K. Kiecolt-Glaser, J-P. Gouin, L. Hantsoo, *Close Relationships, Inflammation, and Health*, Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2010, 35(1).
- M. Jabłońska, *Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji*, Białostockie Studia Prawnicze 2/2020 (vol. 25).
- M. Jasemi, L. Valizadeh, V. Zamanzadeh, B. Keogh, *A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model*, Indian Journal of Palliative Care 2017, 23 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/>.
- D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Oficyna 2009.
- D. Karkowska, *Komentarz do art. 3 ust.1 pkt 2, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016.
- R. Kubiak, *Komentarz do art. 14, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, Legalis.
- R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017.
- M. Malczewska, *Komentarz do art. 31, [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, LEX 2014.
- J. Mizielnińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*, Warszawa 2014.
- A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2012, 93(4).
- T. Paszek, Z. Sienkiewicz, A. Leńczuk-Gruba, E. Kobos, M. Sulewska, *Zastosowanie holizmu w praktycznej działalności pielęgniarki, [w:] Wielowymiarowość współczesnej medycyny*, red. E. Krajewska-Kulak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kulak, Białystok 2012.
- L. Pawłowski, *Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta (część 2)*, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, 8 (4).
- L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 1)*, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, 8(3).
- P.R. Pietromonaco, B.N. Uchino, C.D. Schetter, *Close Relationship Processes and Health: Implications of Attachment Theory for Health and Disease*, Health Psychology 2013, 32(5).
- G.B. Rattinger, E.B. Fauth, S. Behrens, C. Sanders, S. Schwartz, M.C. Norton, C. Corcoran, C.D. Mullins, C.G. Lyketsos, J.T. Tschanz, *Closer Caregiver*

- and Care-Recipient Relationships Predict Lower Informal Costs of Dementia Care. The Cache County Dementia Progression Study*, *Alzheimers Dementia* 2016, 12(8).
- T.F. Robles, R. Slatcher, J.M.M. Trombello, M. McGinn, *Marital Quality and Health: A Meta-Analytic Review*, *Psychological Bulletin* 2013, 140(1).
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej analiza i zalecenia*, Warszawa 2014, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Rowne%20traktowanie%20pacjentow%202014.pdf>.
- R.B. Slatcher, E. Selcuk, *A social psychological perspective on the links between close relationships and health*, *Current Directions in Psychological Science* 2017, 26(1).
- J. Sobczak, *Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych*, *Medyczna Wokanda* 2018, nr 11.
- M. Syska, *Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim. Część I*, *Prawo i Medycyna* 1/2011.
- P. Szach, *Relacja lekarz-pacjent czyli o podejściu egzystencjalnym w przebiegu chorób o charakterze psychosomatycznym*, *Sztuka Leczenia* 3-4/2014.
- T. Szlendak, *Socjologia rodziny*, Warszawa 2010.
- M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- M. Świdarska, *Zgoda osoby bliskiej na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta (po nowelizacji)*, *Przegląd Prawa Medycznego* 1/2019.

Summary

On how the legislator includes close relations in Polish medical law

Individuals remain in a variety of relationships throughout their lives, some of them giving special value by calling them close ones. What constitutes closeness in an individual experience difficult to put into a uniform scheme – the personal feeling of bonds formed in specific

relationships is decisive here. Staying in positive close relationships can significantly affect the quality of life of individuals, the level of perceived happiness and health. On the other hand, close ones can influence the decisions made by the patient – convincing with good intentions, but also manipulating and forcing to behave in certain way. When an individual becomes a patient, (as a rule) he or she remains in these various relationships. Relationality, as a rule, triggers in individuals the need to surround their close ones with care and support, but also the mutual need for the presence and information about the patient's health. It is an easy task for medical staff to maintain the boundaries between care and interference of close person's of patients. Individuals know best who is close to them and who they need when they become patients. However, it is not always that simple, the patient may be unconscious or have difficult contact with him. Then, a very wide catalog of relatives recognized as such by the legislator (e.g. the spouse's grandparents, grandchildren's spouses, in-laws) is entitled to information on the patient's health condition. The legislator gave closeness a specific meaning, e.g. within the legal definition of a „close person” in the Act on Patient Rights and Patient's Rights Ombudsman and another legal acts in the field of medical law. Interestingly, under other European legislation, legal definitions of „close person” or „family” are not used for the purposes of legal acts in the field of medical law (e.g. Spain, Czech Republic, Germany). The catalog of relatives distinguished by the Polish legislator raises a number of legal and ethical doubts – due to its structure, scope and practical usefulness. If closeness is a value worth realizing in the treatment process, then what vision is to be adopted – static, created in isolation from the social context to which it relates, or dynamic, allowing to establish specific relationships from the perspective of actually existing relationships? Determining who is close to the patient is of great practical importance – for the patient, respect for his autonomy and also for the medical staff. The article presents a critical reflection on the importance of closeness in medical law, in particular on who is considered to be close and what rights are associated with closeness. It should be considered whether the definition of closeness

is necessary on the basis of Polish medical law, and whether such a normative approach to closeness translates into effective support for the patient and people who are actually close to him.

Keywords: close person, legal interpretation, value of close relationships, legal definition.