

Michał Mateusz Michalski 

Uniwersytet Szczeciński
 Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego
 Instytut Nauk Prawnych
 ul. Narutowicza 17A, 70-240 Szczecin
 e-mail: michal.michalski@phd.usz.edu.pl

PROBLEMATYKA I ZAKRES OGRANICZENIA PRAW PACJENTA W SYTUACJI ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO

THE ISSUES AND SCOPE OF PATIENTS' RIGHTS IN THE SITUATION OF AN EPIDEMIC THREAT

ABSTRACT

This study presents an analysis of art. 5 of the Act of November 6, 2008 on patient rights – that is, the issue of limiting patients' rights by the head of the therapeutic entity or a doctor authorized by him. On the basis of the derivative concept of the interpretation, the outline of the normative sentence was extracted from the provision. Despite the fact that the interpretation was not carried out in full, this allowed a distinction to be made between the limitation of the law and its exclusion as well as the distinction between patient rights on constitutional and statutory rights. The scope of the restriction was also indicated, as well as an indication of which of them are not subject to the restriction.

KEY WORDS: patient's rights, restriction, law.

STRESZCZENIE

W niniejszej pracy została przedstawiona analiza art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta - czyli problematyka ograniczenia praw pacjentów przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez niego lekarza. Na podstawie założeń derywacyjnej koncepcji wykładni, wyodrębniono z przedmiotowego przepisu zarys zdania normotwórczego. Mimo tego, że wykładnia nie została przeprowadzona w sposób pełny – pozwoliło to na rozróżnienie ograniczenia prawa od jego wyłączenia, a także wyróżnienia praw pacjenta na te wynikające z konstytucji oraz na te ustawowe. Wskazany został również zakres ograniczenia, a także wykazanie, które z nich nie podlegają ograniczeniu.

SŁOWA KLUCZOWE: prawa pacjenta, ograniczenie, prawo.

WSTĘP

Polskie prawo na przestrzeni lat stawało przed wieloma wyzwaniem. Ostatnim wyzwaniem o ogromnej skali były działalności polegające na stosowaniu już istniejących przepisów oraz wprowadzeniu nowych regulacji, w celu przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2. W zaistniałej sytuacji, trzeba było podzielić przepisy na przed-COVIDOWE oraz na przepisy COVIDOWE. Przepisy przed-COVIDOWE są przepisami funkcjonującymi w polskim prawodawstwie przed zaistnieniem w Polsce epidemii SARS-CoV-2. Z kolei przepisy COVIDOWE, to nowe przepisy, wprowadzone w związku z powstałą sytuacją epidemiologiczną. W niniejszej pracy główna uwaga zostanie poświęcona analizie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2020 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849), zwaną dalej „ustawą o prawach pacjenta” lub „u.p.p.”. Artykuł ten stanowi, że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz, może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Mimo, że w swojej treści przepis ten nakierowany jest na przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się epidemii i może być wykorzystany w walce przeciw rozprzestrzenianiu się SARS-CoV-2, to w praktyce jest to przepis przed-COVIDOWY, ponieważ funkcjonował w polskim prawodawstwie jeszcze przed wybuchem epidemii.

MOMENT INTERPRETACYJNY

W zaistniałej sytuacji zagrożenia epidemiologicznego niezbędne stało się racjonalne wykorzystanie istniejącego prawa, niezbyt przejrzystego, zawierającego szereg zakodowanych w przepisach norm. Konieczne zatem stało się dokonanie gruntownej analizy tego prawa, zwłaszcza w zakresie art. 5 u.p.p., dla której moment interpretacyjny przyjęto na dzień 10 czerwca 2020 r.

ANALIZA REKONSTRUKCYJNA

Adresatami norm zakodowanych w tym przepisie są przede wszystkim: kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz upoważniony przez niego lekarz. Mają oni kompetencje, które w przypadku wystąpienia przesłanki zagrożenia epidemicznego lub bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, uprawniają do ograniczenia praw pacjenta. Jeżeli z tych kompetencji skorzystają, aktualizuje to nakaz skierowany wobec pacjentów, zobowiązując ich do zastosowania się do ograniczeń wprowadzonych przez kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza.

Już *prima facie* tegoż przepisu wskazuje, że stosunkowo wnikliwie należy wyjaśnić podstawowe pojęcia, które umożliwią prowadzenie i zrozumienie dalszych rozważań.

Przez „podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych” należy rozumieć podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, a także osoby realizujące te świadczenia tj.: lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej, jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 tej samej ustawy (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Przez „kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych”, zdaniem Kurowskiej, należy rozumieć „osobę uprawnioną do kierowania tym podmiotem i reprezentowania go na zewnątrz, zatem także zarząd spółki kapitałowej czy wspólników spółek osobowych” (Cnota et al., 2020). Podsumowując, kierownikiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych będzie osoba, która ma upoważnienie do reprezentowania podmiotu na zewnątrz oraz do kierowania nim. Z kolei podmiotem leczniczym jest m.in. przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, osoby prawne i jednostki organizacyjne Kościoła Katolickiego i innych związków zawodowych oraz jednostki wojskowe.

Przez „lekarza upoważnionego” należy rozumieć upoważnionego lekarza, upoważnionego lekarza dentyzę oraz upoważnionego felczera

(art. 3 ust. 2 w związku z art. 5 ustawy o prawach pacjenta).

Przez „pacjenta” należy rozumieć osobę zwracającą się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta). Ta skomplikowana definicja, zostaje w prosty sposób wyjaśniona przez doktrynę prawniczą, która wskazuje, że pacjentem jest po prostu osoba chora lub zdrowa, na którego organizmie dokonywana jest interwencja medyczna (Wroński, 2007), bez względu na status obywatelstwa. Wskazuje na to m.in. art. 68 ust. 1 Konstytucji; art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej czy art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Najprościej rzecz ujmując – wskazują one, że każdy człowiek ma prawo do ochrony zdrowia. Skoro zaś pacjentem jest osobą zwracającą się o udzielenie świadczenia zdrowotnego lub osobą korzystającą ze świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód, to przez osobę tą należy rozumieć każdego człowieka. Prawo do ochrony zdrowia, realizowane jest bowiem w odniesieniu do każdego człowieka, a każdy człowiek w tym przypadku jest pacjentem. Pacjentem może być zatem osoba fizyczna będąca obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, ale także cudzoziemiec czy apatryda.

Przez „świadczenie zdrowotne” należy rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania [art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567)].

Przez pojęcie „stan zagrożenia epidemicznego” należy rozumieć sytuację prawną, wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii, w celu podjęcia działań zapobiegawczych określonych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, 1495, z 2020 r. poz. 284, 322, 374 z późn. zm.) (zwaną dalej „ustawą

o zapobieganiu zakażeń u ludzi” lub „u.z.z.”). Przez „epidemię” należy rozumieć wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących.

Według Słownika Języka Polskiego pod redakcją Szymczyka przez słowo „korzystać” należy rozumieć m.in. „osiągać korzyści”; „mieć pożytek, zysk z czegoś” „użytkować” (Szymczyk, 1995). Należy zatem przyjąć, że przez pojęcie „korzystania” należy rozumieć „użytkowanie czegoś i jednocześnie osiągnięcie z tego korzyści (pożytków)”.

Najistotniejszym zagadnieniem w przedstawionych definicjach jest forma rozumienia słowa „ograniczenie”, ponieważ często może być mylone z pojęciem „wyłączenia”. Według Słownika Języka Polskiego pod redakcją Szymczyka, pojęcie „ograniczenie” jest tożsame z pojęciem „ograniczać”. Pojęcie „ograniczać” znaczy z kolei „stanowić”; „tworzyć granice czegoś”; „otaczać” czy „opasywać”. W tym przypadku w odpowiednim definiendum do słowa „ograniczać” będzie „tworzyć granice czegoś” (Szymczyk, 1995). W przypadku zaś pojęcia „wyłączenia” oznacza m.in. „odłączyć coś od czegoś” (Szymczyk, 1995). Zatem nie można utożsamiać pojęcia „ogranicza” z pojęciem „wyłącza”, ponieważ kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych albo upoważniony przez niego lekarz, mają kompetencję, by stworzyć pewne granice w zakresie korzystania z praw pacjentów. Może to tym samym spowodować, że prawa te nie będą w pełni przestrzegane. Jednakże nie mogą oni nawet w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego pozbawić pacjentów tych praw. Skoro istnieje możliwość ograniczenia, lecz nie wyłączenia praw pacjenta, to pytanie brzmi: jakie prawa i w jakim zakresie mogą być ograniczone, by na nie odpowiedzieć, w pierwszej kolejności istnieje konieczność zrozumienia terminu „prawa pacjenta” oraz być może nie wyczerpującego, lecz dostatecznie jednoznacznego wskazania, jakie prawa wchodzą w zakres terminu „prawa pacjenta”.

Przez termin „prawa pacjenta”, według definicji proponowanej przez Boseka należy

rozumieć „zbiór uznanych przez porządek prawny i chroniących przede wszystkim dobra niemajątkowe, powiązanych funkcjonalnie uprawnień osoby fizycznej, która zwraca się o udzielenie jej świadczenia zdrowotnego lub której udzielane są świadczenia zdrowotne” (Bosek, 2020). Należy zatem uznać, że prawa pacjenta to zbiór uprawnień pacjentów. Obejmuje on m.in.:

- 1) prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną (art. 6 ust. 1 u.p.p.);
- 2) prawo pacjenta do informacji: o stanie zdrowia i w pozostałym zakresie (art. 9 u.p.p.);
- 3) prawo do zachowania w tajemnicy informacji (art. 13 u.p.p.);
- 4) prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (art. 16 u.p.p.);
- 5) prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności (art. 20-22 u.p.p.);
- 6) prawo pacjenta do dokumentacji medycznej (art. 23-30a u.p.p.);
- 7) prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33-35 u.p.p.).

To tylko niektóre z przysługujących pacjentowi praw. Jak zresztą słusznie zauważył Bosek, katalog tych praw nie jest ograniczony oraz prawa te nie są zamieszczone tylko i wyłącznie w ustawie o prawach pacjenta (Bosek, 2020). Reguluje je m.in. art. 68 Konstytucji oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 poz. 514, 567). Biorąc jednak pod uwagę szeroką materię praw, jakie są objęte zakresem pojęcia „prawa pacjenta”, w niniejszej pracy przedstawione zostaną, jedynie niektóre z nich.

KONSTYTUCYJNE PRAWA PACJENTA

Art. 68 Konstytucji, jest przepisem, z którego wyprowadza się normę prawną, której adresatem jest władza publiczna. Norma ta nakazuje władzy publicznej ochronę zdrowia każdego człowieka w każdych okolicznościach (ust. 1). Mamy tu do czynienia z prawem człowieka, jednakże prawa pacjenta są kwalifikowanymi prawami człowieka, zatem przepis ten można na podstawie *argumentum a fortiori* w zakresie *argumentum a maiori ad minus* stosować do praw pacjenta (Wroński, 2007). Ponadto, przedmiotowa ochrona zdrowia powinna zapewnić

równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Równy dostęp wiąże się z niedyskryminowaniem obywateli ze względu m.in. na stan materialny (ust. 2). Już na tym etapie należy zauważyć, że co do zasady prawo ma chronić zdrowie każdej osoby (bez względu na obywatelstwo), jednakże zakres niedyskryminacji gwarantowanej konstytucyjnie ma dotyczyć tylko i wyłącznie obywateli.

Zakres podmiotów uprawnionych do świadczeń opieki medycznej, gwarantowanych przez władzę publiczną, obejmuje wszystkich obywateli na równych prawach. Jednakże istnieją pewne podmioty, które powinny być objęte szczególną opieką, a są nimi: dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne oraz osoby starsze (ust. 3). Prócz tego, władza publiczna w ramach prowadzenia polityki związanej z ochroną zdrowia, w sytuacji zaistnienia choroby epidemicznej, obowiązana jest do zwalczania jej i zapewnienia takiego systemu ochrony zdrowotnej, który zapobiegnie negatywnym dla zdrowia skutkom. Adresatem art. 68 Konstytucji jest zatem władza publiczna.

Banaszak definiuje w swoim komentarzu władzę publiczną jako „wszystkie władze w sensie konstytucyjnym – ustawodawczą, wykonawczą i sądowniczą” (Banaszak, 2012). Jednakże w art. 3 ust. 1 pkt 15a ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2020 r. poz. 283, 284, 322, 471), wskazuje się definicję legalną władzy publicznej, do której należy zaliczyć Sejm, Senat, Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, organy administracji, sądy, trybunały oraz organy kontroli państwowej i ochrony prawa. Definicja ta odnosi się oczywiście do przepisów tej ustawy, jednakże pojęcie władzy publicznej jest tam prawidłowo wskazane. Ponadto, jeżeli zastosujemy tu definicje legalne zawarte w art. 5 § 2 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, 695) to za organ administracji publicznej (a więc jedną z postaci władzy publicznej), rozumie się m.in. ministrów (w tym Prezesa i wiceprezesa Rady Ministrów),

centralne organy administracji rządowej, wojewodów, jednostki samorządu terytorialnego i ich organy etc.

Banaszak wskazuje, że przez obowiązek władz publicznych w zakresie zwalczania chorób epidemicznych, należy rozumieć takie jej działania, które związane są z działaniem prewencyjnym, profilaktycznym, dbałością o higienę oraz kontrolą zakażeń, a także bezpośrednie leczenie danej choroby. Wszystko to jest organizowane przez opiekę medyczną, którą zapewnia władza publiczna (Banaszak, 2012). W związku z tym art. 5 u.p.p. stanowi konkretyzację art. 68 ust. 4 Konstytucji (Bosek, 2020). Czy jednak zakres mocy art. 5 u.p.p. może dotyczyć także możliwości ograniczenia korzystania z konstytucyjnych praw pacjentów? Wszakże w prawodawstwie polskim funkcjonuje art. 31 ust. 3 Konstytucji, który stanowi, że: *ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanowione tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty praw i wolności.*

Interpretacja tego przepisu budzi w doktrynie prawniczej też spore kontrowersje, bowiem jak wskazuje Safjan, wyróżnić można co najmniej cztery koncepcje zakładające jego stosowanie. Należy pamiętać, że poza tym ogólnym przepisem konstytucyjnym, istnieją w Konstytucji jeszcze inne przepisy regulujący dane prawa czy wolności w sposób szczególny jak np. prawo własności – art. 64 ust. 3 Konstytucji. W związku z powyższym, konflikt w przedmiotowym dyskursie dotyczy relacji i samodzielności stosowania art. 31 ust. 3 Konstytucji względem innych przepisów szczególnych.

Pierwsza koncepcja zakłada, że art. 31 ust. 3 może stanowić samodzielną podstawę ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych, a w zakresie jego odniesienia do przepisów szczególnych ograniczających prawa i wolności, może być stosowany uzupełniająco lub dodatkowo. Druga koncepcja zakłada, że art. 31 ust. 3 może stanowić samodzielną podstawę ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych, ale nie

będzie on stosowany do przepisów szczególnych regulujących tą kwestię. Koncepcja ta oparta jest zatem na zasadzie, *lex posterior derogat legi priori*. Trzecia koncepcja zakłada, że art. 31 ust. 3 może stanowić samodzielną podstawę ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych i musi być brany pod uwagę, a jego warunki muszą być spełniane przy jednoczesnym stosowaniu tego i innych wymogów określonych w przepisach szczególnych ograniczających dane prawa i wolności. Czwarta koncepcja zakłada, że art. 31 ust. 3 nie może stanowić samodzielnej podstawy do ograniczenia praw i wolności, a musi być poparty innymi normami zakodowanymi w tzw. przepisach szczególnych lub w innych normach konstytucyjnych (Safjan and Bosek, 2016).

Rację należy przyznać Safjanowi and Bosekowi, którzy opowiadają się za czwartą koncepcją. Przyjmuje ona, że art. 31 ust. 3 Konstytucji RP nie może pełnić samodzielnej podstawy prawnej, upoważniającej do ograniczenia praw i wolności, a powinien być poparty jeszcze innymi normami konstytucyjnymi (Safjan and Bosek, 2016). Tak się składa, że art. 68 Konstytucji, w porównaniu do innych przepisów, nie zawiera przepisu upoważniającego do ograniczenia prawa do ochrony zdrowia.

WYBRANE USTAWOWE PRAWA PACJENTA

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, zostało uregulowane w art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Nie da się jednoznacznie określić definicji aktualnej wiedzy medycznej, ze względu na to, że rozwija się ona w sposób dynamiczny i informacje, które były aktualne dwa lata temu, dziś już do niczego się nie nadają. Poza tym obowiązek posiadania aktualnej wiedzy medycznej dotyczy lekarzy oraz obejmuje pozostały personel medyczny, który świadczy usługi zdrowotne. W przedmiotowym przypadku znaczenie ma fakt ciągłego starania się podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i personelu medycznego oraz poszerzania wiedzy w danym zakresie (Cnota et al., 2016). Jednakże to na władzy publicznej ciąży obowiązek takiego zorganizowania systemu, by była możliwa realizacja świadczenia usług medycznych pacjentowi

zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Dlatego też ustawodawca zdecydował się na nałożenie obowiązku podnoszenia kwalifikacji podmiotów medycznych, który przykładowo został zawarty m.in. w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567). Ma to zapewnić pacjentowi realizację świadczenia zdrowotnego, gwarantującego wysoką jakość opieki.

Pacjent ma również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, które jest modyfikowane w zależności od wieku (art. 9 ust. 1 u.p.p.). Ponadto, pacjent ma prawo być poinformowany o zamiarze odstąpienia przez lekarza od jego leczenia i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 10). Ponadto, pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie u.p.p. i podmiot udzielający świadczeń medycznych powinien go o tym poinformować (art. 11 ust. 1 u.p.p.). Ponadto, w swojej pracy Zajdel-Całkowska przywołuje orzeczenie Sądu Najwyższego, które wskazuje na to, że lekarz powinien dostosować swoją informację w zależności od typu dokonywanej wobec pacjenta interwencji medycznej, a także w zależności od indywidualnych cech pacjenta (Zajdel-Całkowska, 2019). Informacja ta powinna zawierać m.in. informacje o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach, w zakresie udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi przez ten podmiot uprawnieniami (art. 9 ust. 2). Informacja powinna być przekazana pacjentowi w sposób przystępny i adekwatny do jego predyspozycji wiekowych i intelektualnych.

Prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji polega na tym, że osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek zachować w tajemnicy informacje, o których dowiedziały się w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art. 13 u.p.p), w tym także po śmierci pacjenta (art. 14 ust. 3 u.p.p.). W literaturze przedmiotu wskazuje się ponadto, że do zakresu objętego

tajemnicą, należą również informacje o pacjencie i związanymi z nimi osobami trzecimi, które nie były powiązane z leczeniem pacjenta (np. przechodząc obok usłyszały rozmowę pacjenta z osobą trzecią), a także informacje, które pracownik medyczny wywnioskował na podstawie informacji przekazanych mu przez pacjenta lub osobę trzecią (Fiutak, 2016). Wyjątkiem są wyłączenia przewidziane w art. 14 ust. 2-8 u.p.p.

Prawo pacjenta na wyrażenia zgody do udzielenia świadczeń zdrowotnych, polega na tym, że pacjent ma prawo do samostanowienia o tym, czy ma być poddany interwencji medycznej czy też nie. Ma również prawo odmówić tej interwencji. Wyrażenie zgody jest skuteczne, po spełnieniu obowiązku podmiotu leczniczego związanego z prawem do informacji (art. 16 u.p.p.). Zgoda pacjenta może być wyrażona w dowolnej formie – ustnej, dorozumianej, pisemnej (art. 17 ust. 4 u.p.p.). Jednakże w przypadku zabiegu operacyjnego albo konieczności zastosowania metody leczenia lub diagnostyki, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda w formie pisemnej (art. 18 ust. 1 u.p.p.). W doktrynie prawniczej wyróżnia się zgodę właściwą, zgodę równoważną i zgodę zastępczą. Zgoda właściwa, to zgoda wyrażona przez osobę, która osiągnęła pełnoletniość i posiada pełną zdolność do czynności prawnych. Zgoda równoważna, to zgoda udzielona przez osobę małoletnią, która ukończyła 16 lat i nie ukończyła 18 lat lub osobę ubezwłasnowolnioną całkowicie oraz ich przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych, z wyjątkiem zgody na badanie. Zgoda zastępcza, to zgoda wyrażona przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego zamiast osoby małoletniej, która nie ukończyła 16 roku życia lub za osobę ubezwłasnowolnioną całkowicie (Zajdel-Całkowska, 2019).

Prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności swoim zakresem obejmuje: prawo do umierania w spokoju i godności (art. 20 ust. 2 u.p.p.); prawo do leczenia bólu (art. 20a ust. 1 u.p.p.); prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 21 ust. 1 u.p.p.). Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej swoim zakresem obejmuje: dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta i udzielanych mu świadczeń zdrowot-

nych; wystąpienie z wnioskiem, samodzielnie lub przez pełnomocnika, o udostępnienie dokumentacji (art. 23 i 24 u.p.p.). Z kolei prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego obejmuje: prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, jeśli przebywa w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (art. 33 u.p.p.), a także prawo do dodatkowej odpłatnej opieki pielęgnacyjnej (art. 34 u.p.p.). Ponadto, pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej (art. 36-38 u.p.p.), a także prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 u.p.p.).

ZAKRES OGRANICZENIA

Wskazuje się, że forma ograniczenia powinna być przedstawiona w sposób wyraźny i władczy, a także powinna występować w przypadku faktycznego spełnienia przesłanek stanu zagrożenia epidemicznego. To czy kompetencja zostanie zastosowana zależy już od adresatów normy (Cnota et al., 2019). Zakres przedmiotowe ograniczenia korzystania z praw pacjenta musi być wprost proporcjonalny do wystąpienia faktycznego zagrożenia związanego ze stanem epidemii. Normy zawarte w tym przepisie są zarazem niebezpiecznym narzędziem, ponieważ nadają podmiotowi prywatnemu prawo do ograniczenia praw pacjenta (Bosek, 2020). Należy zastanowić się również nad tym, czy przedmiotowe ograniczenie z korzystania będzie obejmować wszystkie prawa pacjenta, czy też istnieje grupa praw, których ograniczenie nie jest możliwe.

Prawa, z których korzystanie nie może być ograniczone to:

- 1) prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej – prawo to nie może być ograniczone, ponieważ nie jest możliwa sytuacja, w która uzasadniałaby jego ograniczenie. Żaden stan zagrożenia epidemicznego czy stan bezpieczeństwa swoim zakresem nie może uzasadniać dopuszczenia do świadczenia usługi zdrowotnej w formie nienależytej, niezgodnej ze standardami wiedzy medycznej;
- 2) prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta – sytuacja związana z przeciwdziałaniem st-

ta – sytuacja związana z przeciwdziałaniem stanowi zagrożenia epidemicznego czy też stanu epidemii, może uzasadnić ograniczenie praw pacjenta w pozostałym zakresie. Możliwa jest bowiem sytuacja, w której ilość pracy związana z walką z epidemią jest tak duża, że nie jest możliwe udzielanie wszystkich możliwych informacji (w tym informacji o prawach pacjenta). W takich okolicznościach istnieje konieczność wartościowania podejmowanych czynności np. ważniejsze będzie ratowanie życia i zdrowia innych pacjentów, niż szczegółowe udzielanie informacji na pytania jednego pacjenta. Niemożliwe jest jednak całkowite ograniczenie prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta, ponieważ uwzględniając partnerski model relacji lekarz-pacjent i związaną z tym autonomię pacjenta, pacjent ma prawo wiedzieć o tym co mu dolega. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma dalej obowiązek poinformowania pacjenta, chociaż w minimalnym zakresie, o jego stanie zdrowia;

- 3) prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności – niedopuszczalne jest ograniczenie prawa pacjenta do godnej i spokojnej śmierci. Ciężko wyobrazić sobie sytuację, która ograniczyłaby to prawo.

Prawa, z których korzystanie może być ograniczone to:

- 1) prawo do informacji pacjenta w pozostałym zakresie;
- 2) prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji – art. 5 u.p.p. w związku z art. 14 ust. 2 pkt 2 u.p.p. wyraźnie wskazują sytuację, w której prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji o jego stanie zdrowia zostaje nie tyle ograniczone, co wyłączone, w przypadku wystąpienia niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, czyli osób trzecich. Uzasadnione jest również ograniczenie prawa do zachowania tajemnicy o pacjencie, w przypadku gdy jest on zarażony i np. uciekł ze szpitala, przez co naraził inne osoby na zakażenie;
- 3) prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych – w tym przypadku prawo to może zostać ograniczone, w momencie gdy zagrożone jest życie pacjenta lub zdrowie w stopniu znacznym;
- 4) prawo do leczenia bólu – możliwa jest sytuac-

ja, w której prawo pacjenta do leczenia bólu (np. bólu zęba), zostaje ograniczone z powodu zbyt dużego ryzyka narażenia na zakażenie chorobą epidemiologiczną w stanie zagrożenia epidemicznego (np. wizyta u dentysty i bezpośredni kontakt mogą skutkować zakażeniem SARS-CoV-2);

5) prawo dostępu do dokumentacji medycznej – może zostać ograniczone prawo dostępu do dokumentacji medycznej w formie jego udostępnienia – zwłaszcza w wersji papierowej, nie ma jednak przeciwwskazań, by ograniczyć prawo dostępu do dokumentacji medycznej w formie elektronicznej;

6) prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także prawa składające się na prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego – w przypadku zagrożenia epidemicznego zachowanie kontaktów (telefonicznych, korespondencyjnych, bezpośrednich) i dbanie o relacje z innymi osobami nie jest na tyle ważną wartością, by nie można było poddać je ograniczeniu. Trudniej jest jednak zgodzić się z poglądami, które całkowicie ograniczają prawo do kontaktu telefonicznego pacjenta ze względu na stan zagrożenia epidemicznego. Wyjątkiem może być sytuacja, w której pacjent znajduje się w trakcie czynności diagnostycznej lub terapeutycznej, w której używanie telefonu komórkowego może powodować zakłócenia związane z badaniem, albo pacjent jest na tyle skupiony na kontakcie telefonicznym, że utrudnia przeprowadzanie badań – w takich okolicznościach ograniczenie prawa jest uzasadnione. Poza tym w przypadku drugiego typu prawa, to art. 5 u.p.p., który wskazuje, że może być ono ograniczone *expressis verbis*, poprzez odesłanie do art. 33 u.p.p.;

7) prawo do opieki duszpasterskiej i prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie – możliwe ograniczenie korzystania z tych praw, ze względu na to, że nie stanowią one na tyle znaczącej wartości, które upoważniałoby takie działanie w ramach stanu zagrożenia epidemicznego.

ZAKOŃCZENIE

Podsumowując, kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa art. 4 ustawy o

działalności leczniczej oraz kierownika praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, czyli osoba upoważniona do jego reprezentowania i kierowania podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez tą osobę lekarz, lekarz dentysta lub felczer, w przypadku wprowadzenia na obszarze kraju lub na obszarze tej części kraju, w której położony jest podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych sytuacji prawnej, związanej z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego, mają kompetencje polegające na możliwości wprowadzenia ograniczenia użytkowania i pobierania korzyści z niektórych praw pacjenta, będącego zbiorem ich uprawnień w mniejszej lub większej części.

Niemożliwe jest całkowite pozbawienie praw pacjenta, ponieważ zakresy nazw „ograniczać korzystanie z praw pacjenta” oraz „wyłączyć korzystanie z praw pacjenta” wzajemnie się wykluczają.

Istnieje także grupa praw pacjenta, których ograniczenie nie jest możliwe. Dzieli się ona na konstytucyjne prawa pacjenta oraz na ustawowe prawa pacjenta.

Do konstytucyjnych praw pacjenta należy m.in. prawo do ochrony zdrowia, które nie może być ograniczone art. 5 u.p.p., ze względu na to, że jego materia jest zbyt wąska do ograniczenia praw konstytucyjnych, a norma prawna zakodowana w art. 31 ust. 3 Konstytucji nie współpracuje z żadną inną normą, która ograniczałaby te prawa. Dodatkowo, art. 31 ust. 3 Konstytucji i art. 5 u.p.p. nie mogą również stanowić samodzielnej podstawy do ograniczenia praw zakodowanych w normach art. 68 Konstytucji. Art. 31 ust. 1 Konstytucji, które w celu ograniczenia prawa muszą współdziałać z inną normą konstytucyjną, a nie normą ustawową.

Do zakresu praw ustawowych, które nie będą objęte ograniczeniem korzystania z nich należą: prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej; prawo pacjenta do przynajmniej podstawowej informacji o jego stanie zdrowia; prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności. Nie jest bowiem możliwe, a nawet

jeśli jest możliwe to już nieuzasadnione, ograniczenie praw pacjenta w tym zakresie. Naruszenie, któregośkolwiek z tych praw ograniczyłoby tym samym konstytucyjne prawa i wolności tj. prawo do ochrony zdrowia czy prawo do godności.

Wskazana wyżej analiza, pozwoliła ukazać pewien obraz sytuacji związany z istotą norm zakodowanych w art. 5 u.p.p. Obraz sytuacji nie jest jednak zupełny, ani wyczerpujący. Przedstawiona wyżej analiza została oparta na zasadach i regułach derywacyjnej koncepcji wykładni w zakresie jej fazy porządkującej i niepełnej fazy rekonstrukcyjnej. Naczelną jej regułą jest paremia: *Omnia sunt interpretanda* (łac. wszystko podlega interpretacji). Biorąc jednak pod uwagę zakres i materię niniejszej części pracy, całkowite przeprowadzenie procesu wykładni jest niemożliwe. Dyrektywy fazy rekonstrukcyjnej zakładają, że aby zdanie normotwórcze stało się normą, konieczne jest by zdanie normotwórcze było pełne syntaktycznie, logicznie oraz treściowo, wykluczone jest zatem występowanie w nich odesłań. Dodatkowo, już wskazanie różnych adresatów i okoliczności powoduje konieczność budowy nie jednej a większej ilości zdań normotwórczych, w zależności od zmiennych elementów syntaktycznych. Dopiero tak sformułowane zdanie może być poddane fazie percepcyjnej, która polega na interpretacji i poznaniu pełnego znaczenia normy lub norm zakodowanych w danym przepisie. Przykładowo przepis art. 5 u.p.p. ze względu na adresata wyróżnia już co najmniej dwie normy.

Powyższa praca ukazuje jedynie propozycję zarysu zdania normotwórczego, na podstawie którego można utworzyć liczne zdania normotwórcze, a tym samym liczne normy. Jednakże należy pamiętać o tym, że pozbawienie praw pacjentów, ze względu na stan zagrożenia epidemicznego nie jest możliwe, tak samo jak niemożliwe jest ograniczenie z wykorzystaniem norm zakodowanych w art. 5 u.p.p. ograniczenie konstytucyjnych norm odnoszących się pośrednio do praw pacjenta. Przy czym, normy zakodowane w art. 31 ust. 3 nawet w połączeniu z normami zakodowanymi w art. 5 u.p.p, nie dają podstawy do ograniczenia konstytucyjnych praw pacjenta. Ponadto, jak wskazano wyżej, istnieją takie ustawowe prawa pacjenta, których ograniczenie nie jest możliwe lub nie jest uzasadnione. Ograni-

czenie korzystania z praw nie ma zatem charakteru zupełnego i nie ma zastosowania do wszystkich praw pacjentów.

LITERATURA

- BANASZAK, B. (2012) 'Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej', C. H. Beck, Warszawa.
- BOSEK, L. (2020) 'Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta', C. H. Beck, Warszawa.
- CNOTA, J., GURA, G., GRABOWSKI, T., KUROWSKA, E. (2020) 'Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych', C. H. Beck, Warszawa.
- FIUTAK, A. (2016) 'Prawo w medycynie', C. H. Beck, Warszawa.
- SAFJAN, M., BOSEK, L. (2016) 'Konstytucja RP. Tom 1. Komentarz do art. 1-86', C. H. Beck, Warszawa.
- SZYMCZYK, M. (1995) 'Słownik Języka Polskiego. Tom 1, A-K', PWN, Warszawa.
- SZYMCZYK, M. (1995) 'Słownik Języka Polskiego. Tom 2, L-P', PWN, Warszawa.
- SZYMCZYK, M. (1995) 'Słownik Języka Polskiego. Tom 3, R-Z', PWN, Warszawa.
- WROŃSKI, K. (2007) 'Prawa pacjenta', Nowotwory, *Jurnal of Oncology*, 57, pp. 326.
- ZAJDEL-CAŁKOWSKA, J. (2019) 'Prawo medyczne', PWZL, Warszawa.

§ Praca wpłynęła do redakcji: 16.06.2020 r.