

## O poszanowaniu prawa pacjenta do informacji w czasie pandemii COVID-19 w polskim systemie ochrony zdrowia

### I. Wprowadzenie

Nie ulega wątpliwości, że prawo pacjenta do informacji ma fundamentalne znaczenie z perspektywy nie tylko szeroko rozumianej ochrony zdrowia, ale nade wszystko systemu udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>2</sup>. Znajduje to poniekąd swoje odzwierciedlenie w art. 9 ust. 1 PrPacjentaU<sup>3</sup>, z którego jednoznacznie wynika, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Co więcej, tylko w oparciu o uzyskane informacje może skutecznie wyrazić prawnie doniosłą zgodę na przeprowadzenie zabiegu medycznego, w tym zwłaszcza zabiegu operacyjnego<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Student kierunku prawo w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu.

<sup>2</sup> Zob. D. Hajdukiewicz, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny*, Warszawa 2019, s. 56–246; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, s. 132 i n.; wyrok TK z dnia 11 października 2011 r., K 16/10, OTK-A 2011, nr 8, poz. 80; wyrok SN z dnia: 1 kwietnia 2004 r., II CK 134/03, Legalis nr 74306; 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, Legalis nr 303905; 24 września 2015 r., V CSK 738/14, Legalis nr 1372876; orzeczenie SN z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, LEX nr 2711441; wyrok SN z dnia: 31 sierpnia 2017 r., V CSK 619/16, Legalis nr 1715286; 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, Legalis nr 303905; wyrok SA w Katowicach z dnia: 15 stycznia 2015 r., I ACa 856/14, LEX nr 1649237; 18 stycznia 2017 r., V ACa 146/16, LEX nr 2233014; wyrok SA w Łodzi z dnia 14 marca 2016 r., I ACa 1327/15, LEX nr 2024142; wyrok SA w Warszawie z dnia 18 marca 2005 r., I ACa 784/04, LEX nr 277785; wyrok SA w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, Legalis nr 84218; L. Bosek, *Obowiązek informacyjny a szkoda prawnie relewantna*, w: *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 283; A. Atlas, K. Marczewski, *Znaczenie świadomej zgody pacjenta na działania medyczne*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114, nr 3, s. 350; J. Zajdel, w: *Meritum. Prawo medyczne*, red. J. Zajdel, Warszawa 2016, s. 129; A. Górski, *O obowiązku lekarza poinformowania pacjenta i zgodzie pacjenta na zabieg*, „Studia Iuridica” 2001, t. 39, s. 83–97; K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, vol. 9, s. 59–100; A. Ziółkowski, *Prawo pacjenta do udzielania informacji na temat jego zdrowia członkom rodziny*, w: *Rodzina w prawie administracyjnym*, red. A. Ziółkowska, A. Gronkiewicz, Katowice 2015, s. 158; K. M. Zoń, *Granice autonomii małoletniego pacjenta a charakter wybranych interwencji medycznych*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2017, vol. 22, nr 2, s. 50–51; A. Gałęska-Słiwka, M. Słiwka, *Zasady informowania pacjenta i innych podmiotów – analiza praktyczna*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2013, t. 7, nr 3–4, s. 80; J. Zajdel, w: *Meritum. Prawo medyczne*, red. J. Zajdel, Warszawa 2016, s. 122 i n. Warto przy tym zaznaczyć, że art. 12 ust. 1 zd. 1 PrPacjentaU przewiduje, iż pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 849; dalej zwana: „PrPacjentaU”).

<sup>4</sup> Zob. zamiast wielu J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 269 i n.

Jednocześnie, ustawodawca przewiduje w art. 9 ust. 2 PrPacjentaU, że pacjent ma prawo na uzyskanie przystępnej informacji o stanie swojego zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez lekarza świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez niego uprawnieniami<sup>5</sup>. Tę regulację należy odczytywać w duchu poszanowania przysługującej pacjentowi autonomii, umożliwiającej m.in. swobodne wskazanie kręgu osób, którym osoba wykonująca zawód będzie mogła udzielić informacji. Przepisy nie przewidują w tym zakresie jakichkolwiek ograniczeń podmiotowych lub przedmiotowych. Trzeba mieć przy tym na względzie, że ustawodawca przyjął niezwykle szeroki zakres przedmiotowy obowiązku informacyjnego. Budzi to pewne wątpliwości w doktrynie, szczególnie, że pacjent zazwyczaj jest podmiotem, którego wiedza z zakresu medycyny jest nikła. Poza tym, nie wszystkie informacje, które pacjentowi są przekazywane mają wpływ na jego decyzję co do ewentualnych dalszych procedur medycznych. Z tych też względów postulować należy, aby lekarz przekazywał pacjentowi czy innej uprawnionej do tego osobie informacje, które są niezbędne w danych okolicznościach.

Wypada w tym miejscu dodać, że lekarz powinien udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przystępnej<sup>6</sup> informacji. W ten sposób możliwe staje się zagwarantowanie uprawnionemu podjęcia decyzji w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych z rozeznaniem<sup>7</sup>. Oczywistym jest przy tym, że od stanu zdrowia psychicznego pacjenta uzależniona będzie skuteczność wyrażonej zgody. W tym celu, lekarz winien mieć pewność, że w momencie przekazywania informacji pacjent jest w stanie je zrozumieć i podjąć właściwą, tj. przemyślaną, decyzję w sprawie podjęcia albo odstąpienia od dalszych procedur medycznych.

W polskim systemie prawnym obowiązek udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta jest również uregulowany w art. 31 ZawLekU<sup>8</sup>. Z art. 31 ust. 1 ZawLekU wynika, że na lekarzu ciąży obowiązek udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Z kolei ust. 2 przewiduje prawo lekarza do udzielenia informacji także innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

W literaturze słusznie wskazuje się, że „zasadniczo podmiotami uprawnionymi do uzyskania informacji są pacjent lub przedstawiciel ustawowy. Tymczasem art. 31 ust. 6 *in fine* u.z.l. obejmuje znacznie szersze grono osób, uwzględniając małżonka,

<sup>5</sup> Wyrok SN z dnia: 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, Legalis nr 553470; 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, Legalis nr 303905; 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Legalis nr 617787; 24 września 2015 r., V CSK 738/14, Legalis nr 1372876; 31 sierpnia 2017 r., V CSK 619/16, Legalis nr 1715286.

<sup>6</sup> Zob. wyrok SN z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, Legalis nr 21746; T. Nowak, *Prawo pacjenta do wiedzy o chorobie*, „News – Nowości Państwa Prawa” 1992, nr 2, s. 9–10.

<sup>7</sup> Podobnie wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Legalis nr 617787.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 790, 1559; (dalej zwana: „ZawLekU”).

krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Wydaje się, że zamierzeniem towarzyszącym wprowadzeniu tak istotnie poszerzonego kręgu uprawnionych do uzyskania informacji jest «zadośćuczynienie potrzebom pojawiającym się w relatywnie nagłych sytuacjach medycznych»<sup>9</sup>. Poza tym, przepis art. 31 ust. 6 u.z.l. ma na względzie nie tylko pacjentów małoletnich, w przypadku których w rachubę mogą wchodzić przede wszystkim krewni do drugiego stopnia w linii prostej czy przedstawiciel ustawowy, ale również dorosłych (pełnoletnich)<sup>10</sup>.

W kontekście powyższych przepisów zasadnicze znaczenie wydaje się mieć również przepis art. 5 PrPacjentaU, który określa przesłanki ograniczenia korzystania z praw pacjenta. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz ma bowiem prawo do ograniczenia korzystania 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 PrPacjentaU, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Z literalnego brzmienia przywołanego przepisu wynika wprost, że przysługujące wskazanym podmiotom prawo polega na ograniczeniu, nie zaś całkowitym wyłączeniu możliwości korzystania z praw pacjenta, w tym omawianego w tychże rozważaniach, prawa pacjenta i osób uprawnionych do pozyskania informacji. Kierownicy podmiotów udzielających świadczeń lub upoważnieni przez nich lekarze powinni zatem zadbać o przestrzeganie poszanowania praw pacjenta podejmując decyzję związaną z ograniczeniem w korzystaniu z nich, dla przykładu poprzez umożliwienie bliskim lub innym uprawnionym osobom kontaktu telefonicznego oraz osobistego, a w przypadku wystąpienia ewentualnego ryzyka epidemiologicznego z zachowaniem właściwego protokołu bezpieczeństwa.

Obecnie, coraz częściej, szczególnie z doniesień medialnych, dowiadujemy się o tym, że podczas pandemii COVID-19 prawa pacjenta są bezprawnie ograniczane, a niekiedy nawet wyłączane. Dlatego niniejszy artykuł stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia jest respektowane w takim samym zakresie i stopniu podczas pandemii COVID-19 jak przed jej wystąpieniem. Mając na względzie wielowymiarowy charakter prawa do informacji niniejsze rozważania skupiać się będą w pierwszej mierze na analizie samego prawa do informacji, a dalej „skonfrontowania” stanu prawnego z aktualnymi problemami systemowymi, których jesteśmy świadkami.

## II. Prawo pacjenta do informacji w świetle art. 9 PrPacjentaU

Bez wątplenia dostęp do przystępnie udzielonej informacji pozwala pacjentowi na świadome podjęcie działań lub ich zaniechanie w zakresie procedur medycznych,

<sup>9</sup> B. Janiszewska, w: *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, tom I, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 999.

<sup>10</sup> A. Wojcieszak, *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2021, s. 224.

które miałyby być wobec niego świadczone<sup>11</sup>. Okoliczność ta stanowi realizację przysługującej pacjentowi autonomii związanej z podejmowaniem decyzji w tak kluczowych i sensytywnych obszarach, jakimi są dbałość o zdrowie i ochrona życia<sup>12</sup>.

Równie ważny pozostaje aspekt psychologiczny związany z dostępem pacjenta i osób przez niego uprawnionych do informacji. Z jednej strony przejawia się on dbałością o szeroko rozumiany dobrostan emocjonalny pacjenta, z drugiej zaś ma służyć poprawie procesu zdrowienia, a nierzadko również zapewnieniu osobom bliskim poczucia uczestnictwa w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Zasadne wydaje się, szczególnie w czasie pandemii COVID-19, zwrócenie uwagi na doniosłość relacji lekarz–pacjent i lekarz–osoby uprawnione, które to powinny odbywać się w duchu poszanowania prawa do informacji.

W świetle powyższych rozważań można stwierdzić, że polski system prawny z jednej strony zapewnia pacjentowi prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, z drugiej zaś uprawnia pacjenta (w tym małoletniego, który ukończył 16 lat) lub jego przedstawiciela ustawowego do pozyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że ustawodawca gwarantuje również prawo pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody na udzielenie informacji, o których mowa wyżej, innym osobom. Niedopuszczalna jest zatem sytuacja, w której lekarz odmawia pacjentowi lub osobom przez niego uprawnionym udzielenia informacji o stanie zdrowia lub celowo pomija niektóre informacje.

### III. Poszanowanie prawa pacjenta do informacji w czasie pandemii COVID-19

Czas pandemii to niewątpliwie jedna z najtrudniejszych prób dla naszego systemu ochrony zdrowia. Od ponad półtora roku system ochrony zdrowia w Polsce poza realizowaniem planowych świadczeń zdrowotnych i zapewnianiu ciągłości procesu profilaktycznego, diagnostycznego i leczniczego dla pacjentów z nowo rozpoznanymi jednostkami chorobowymi, ale i leczonych z powodu schorzeń przewlekłych, doświadcza przeciążenia w wyniku pandemii COVID-19. Czas pandemii i skutki z nią związane nie pozwalają pozostać jednak obojętnym wobec zauważanych w tym czasie problemów pacjentów z dostępem do informacji. Jak wynika z raportu Rzecznika Praw Pacjenta prawie 3,4% zgłoszeń dokonywanych w ramach Telefonicznej Informacji Pa-

<sup>11</sup> D. Hajdukiewicz, *Obowiązek udzielenia informacji a „informacja nielegitymowana” i „informacja nadmierna”*, PiP 2014, z. 12, s. 79–88; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu...*, op. cit., s. 140–141; podobnie orzeczenie SN z dnia 11 stycznia 1974 r., II CR 632/73, niepubl.; wyrok SN z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, Legalis nr 50100.

<sup>12</sup> A. Wojcieszak, *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2021, *passim*.

cjenta dotyczyło naruszeń prawa do informacji<sup>13</sup>. Z raportu tego wynika, że większość problemów zgłaszanych przez pacjentów związanych z prawem do informacji dotyczyło trudności z uzyskaniem informacji o stanie zdrowia oraz trudności w uzyskaniu informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzone przez ustawodawcę ograniczenia w lecnictwie otwartym, jak i zamkniętym miały na celu zmniejszenie rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19. Takie działania powinny zawsze być realizowane w oparciu o poszanowanie podstawowych praw pacjenta. Dlatego też kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz stosujący ograniczenia w korzystaniu z praw pacjenta w rozumieniu art. 5 PrPacjentaU winien zawsze działać w sposób ułatwiający kontakt pacjenta z osobami bliskimi<sup>14</sup> czy pozyskanie przez nich informacji. Z literalnego brzmienia przepisu art. 5 PrPacjentaU wynika możliwość ograniczenia, a nie wyłączenia przepisów regulujących prawo pacjenta, w tym także analizowanego prawa do informacji. Ułatwiony kontakt telefoniczny pacjenta z bliskimi czy pozyskanie przez bliskich informacji o pacjencie i wreszcie umożliwienie kontaktu osobistego z zachowaniem zasad bezpieczeństwa sanitarnego, wydają się wpisywać w realizację przysługujących pacjentowi uprawnień.

W praktyce jednak, prawo do informacji podczas pandemii COVID-19 nie jest respektowane we właściwy sposób. Dla przykładu wskazać należy na sytuację<sup>15</sup>, w której 75-letni pacjent X z miejscowości Y wielokrotnie hospitalizowany w szpitalach specjalistycznych z powodu chorób przewlekłych, pozostający pod stałą opieką córki, skierowany zostaje przez Zespół Ratownictwa Medycznego do szpitala wojewódzkiego w miejscowości Y, w którym podczas wstępnej procedury diagnostycznej ustalono, że jest zakażony COVID-19. Pacjenta, decyzją lekarza dyżurnego szpitalnego oddziału ratunkowego skierowano do oddziału zakaźnego dla pacjentów chorych na COVID-19 w szpitalu powiatowym w miejscowości Z. Z relacji córki wynika, że mimo wielokrotnych prób, nie mogła skutecznie skontaktować się z pracownikami szpitala w celu uzyskania informacji o swoim ojcu. Nie została poinformowana o przekazaniu go do innego szpitala, oddalonego o około 100 km od jego miejsca zamieszkania. Tę informację uzyskała dopiero następnego dnia w godzinach porannych, kontaktując się ze swojej inicjatywy, w pierwszej kolejności ze szpitalem wojewódzkim w miejscowości Y, a następnie z oddziałem zakaźnym szpitala powiatowego w miejscowości Z. Dalej, podjęła kilkukrotne próby kontaktu ze szpitalem powiatowym w miejscowości Z w celu uzyskania informacji o stanie zdrowia ojca. Z relacji rodziny wynika, że przekazane przez lekarza informacje były powierzchowne i ograniczały się jedynie do wiadomości ogólnych. Dodać należy, że córka podczas hospitalizacji rozmawiała z ojcem tylko raz. Przy kolejnych próbach kontaktu ze szpitalem, nie zaproponowano jej alternatywnej formy kontaktu z ojcem, który w wyniku pogarszającego się stanu zdrowia zmarł.

<sup>13</sup> *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19*, <https://rpp.gov.pl>, 8.12.2021, s. 14, 15, 17.

<sup>14</sup> Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 PrPacjentaU przez osobę bliską rozumieć należy 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.

<sup>15</sup> Pragnę podziękować córce pacjenta za podzielenie się swoimi doświadczeniami.

#### IV. Psychologiczne aspekty prawa pacjenta do informacji w czasie pandemii COVID-19<sup>16</sup>

Dostęp pacjenta czy osób przez niego uprawnionych do informacji pozostaje w pozytywnej korelacji z komfortem i jakością życia samego pacjenta oraz jego bliskich<sup>17</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje chorobę jako załamanie czynności adaptacyjnych w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Holistyczne podejście uwzględnia w tej definicji także przestrzeń duchową.

Kluczowe zatem jest działanie pomocowe personelu medycznego, z założenia mające prowadzić pacjenta od stanu choroby do wyzdrowienia lub osiągnięcia stabilizacji zdrowotnej pozwalającej na powrót do życia codziennego. W sferze fizycznej to dążenie do prawidłowości anatomicznych, fizjologicznych oraz prawidłowych procesów somatycznych. W sferze psychicznej należy dostrzegać potrzeby dbania o komfort stanu psychicznego pacjenta i emocjonalny balans. Wydaje się zatem, że kluczowe dla osiągnięcia tego stanu jest zapewnienie samemu pacjentowi, jak i uprawnionemu przez niego gronu osób prawa do informacji. Szczególnie w czasie pandemii COVID-19, dbałość o zabezpieczenie tych wartości jest wymiennie istotna z punktu widzenia pacjenta i bliskich, którzy w poczuciu niepokoju często pozostają rozdzieleni. W sferze społecznej należy pamiętać o zapewnieniu komfortu relacji pacjenta z bliskimi oraz poszanowanie pełnionych przez pacjenta ról społecznych. Sfera duchowa wymaga zaś niepomijania norm i wartości, którymi kieruje się pacjent, pozwalając mu na niezaburzone odczuwanie poczucia sensu życia. Wszystkie z przywołanych elementów stanowią składową procesa zdrowienia.

Nie jest jednak rolą lekarza i personelu medycznego ponoszenie odpowiedzialności za zapewnienie komfortu we wszystkich tych obszarach, jednak pozostają oni w obowiązku ich poszanowania i działania wyłącznie dla szeroko rozumianego dobra pacjenta. Nie ma wątpliwości, że właściwa komunikacja w relacji lekarz–pacjent i lekarz–osoby uprawnione, zawsze powinna pozostawać w duchu szacunku dla szeroko pojmowanego dobrostanu pacjenta.

Nie da się wykluczyć, że ewentualne zakłócenia w komunikacji pacjenta z bliskimi mogą być interpretowane jako działanie na jego szkodę. Kluczowym elementem terapeutycznym w dążeniu do dobrostanu pacjenta jest poszanowanie jego relacji z bliskimi, dającymi poczucie bezpieczeństwa.

Choć istota omawianego w tym opracowaniu przypadku, skłaniającego do podjęcia się rozważań dotyczy osoby dorosłej, nie sposób pominąć pacjentów małoletnich. Wydaje się, że w stosunku do nich poszanowanie prawa do informacji, niezaburzonego kontaktu z bliskimi wymaga jeszcze bardziej sensytywnego podejścia. Do podstawowych obciążeń w chorobie u małoletnich pacjentów psychologia zalicza: odczuwanie bólu, lęku i ograniczenie aktywności. Stres odczuwany przez dziecko i rodziców lub

<sup>16</sup> Pragnę podziękować dr n. med. Annie Bukowskiej-Posadzy, psychologowi klinicznemu, za wszelkie uwagi merytoryczne, które wpłynęły na finalny kształt artykułu.

<sup>17</sup> Zob. również orzeczenie SN z dnia: 4 lipca 1970 r., I CR 197/70, niepubl.; 28 sierpnia 1973 r., I CR 441/73, Legalis nr 17300; 7 marca 1974 r., I CR 43/74, Legalis nr 17815; wyrok SN z dnia: 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, Legalis nr 156418; 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, Legalis nr 303905; 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Legalis nr 617787.

opiekunów prawnych pozostających z nim w więzi emocjonalnej wpływa negatywnie na proces zdrowienia. Optymalna więź pomiędzy dzieckiem a rodzicami lub opiekunami prawnymi odgrywa znaczącą rolę w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, do których należy m.in. potrzeba miłości, przynależności i akceptacji oraz bezpieczeństwa. Ograniczenie kontaktu małoletniego z bliskimi może zatem skutkować zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa, które psychologia traktuje jako kluczową potrzebą rozwojową. Niewystarczająca lub przekazana w sposób niejasny wiedza o stanie zdrowia młodego pacjenta i jego leczeniu oraz zaburzony kontakt między nim a rodzicami może istotnie ograniczyć poczucie bezpieczeństwa młodego pacjenta i jego bliskich.

Z poczynionych obserwacji, na szpitalnych oddziałach pediatrycznych element dbałości o dostęp do bieżących informacji, staranność o niezaburzone relacje małoletniego pacjenta z bliskimi wydają się być większe względem oddziałów szpitalnych dla osób dorosłych.

## V. Podsumowanie

Nie budzi wątpliwości, że polski system prawny daje pacjentowi i osobom przez niego upoważnionym prawo do pozyskiwania informacji. Ustawodawca zarówno w art. 9 PrPacjentaU, jak i art. 31 ust. 1 ZawLekU reguluje tę kwestię, kolejno poprzez określenie prawa pacjenta do informacji oraz ustalenie obowiązku informacyjnego ciążącego na lekarzu. Jak wynika z raportu Rzecznika Praw Pacjenta dotyczącego problemów pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19 oraz doniesień medialnych, a także z przytoczonego w tym artykule przypadku, przepisy prawne nie są we właściwy sposób stosowane. Ta okoliczność przedkłada się na szeroko rozumiany komfort pacjenta, jak i jego rodziny, stawiając pod wątpliwość przestrzeganie przepisów prawa w warunkach sytuacji zagrożenia epidemiologicznego. W szczególności warto zwrócić uwagę na 5 PrPacjentaU, w którym mowa wyłącznie o możliwości dokonania przez upoważnione podmioty ograniczenia korzystania z praw pacjenta chociażby w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego. Nie sposób zatem na podstawie tej regulacji wyłączyć możliwość skutecznego korzystania przez pacjenta z przysługujących mu praw, co w aktualnej sytuacji ma miejsce.

Przedstawione okoliczności winny skłonić ustawodawcę do wprowadzenia nowych rozwiązań legislacyjnych dotyczących realizacji prawa pacjenta do informacji w sytuacji zagrożenia epidemicznego. W tym, w szczególności, wskazania sposobów realizacji kontaktów na odległość zarówno przez pacjenta z osobami bliskimi, jak i osób bliskich oraz osób upoważnionych z personelem medycznym.

Za niedopuszczalne przyjąć należy sytuacje, w których kontakt z pacjentem czy personelem medycznym jest niemożliwy lub utrudniony, a prawo pacjenta czy jego bliskich lub osób upoważnionych do informacji zostaje naruszone. Jednocześnie, nie sposób nie zauważyć, że odnotowane naruszenia prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w niniejszym artykule należy traktować jako konsekwencję trudności systemu ochrony zdrowia w zakresie zasobów ludzkich, niż dopatrywać się w nich celowości. To zaś pozwala na wysunięcie daleko idącego, lecz wydaje się uzasadnionego wniosku ażeby do systemu prawnego wprowadzić instytucję opiekuna pacjenta, któ-

rego rolą byłoby przekazywanie bieżących informacji o stanie pacjenta jego bliskim lub osobom upoważnionym podczas pandemii COVID-19. Dbałość o poszanowanie prawa do informacji wydaje się mieć bowiem istotne znaczenie z perspektywy dobrostanu pacjenta, który poza poszanowaniem swoich praw wymaga od lekarza i innych osób wykonujących zawód medyczny dostrzeżenia w nim człowieka, nierzadko znajdującego się u kresu swojego życia.

## Streszczenie

Niniejszy artykuł poświęcono analizie poszanowania prawa pacjenta do informacji w czasie pandemii COVID-19. Nie da się ukryć, że prawo pacjenta do informacji ma fundamentalne znaczenie z perspektywy udzielania świadczeń zdrowotnych i całego systemu opieki zdrowotnej. Bez prawidłowo udzielonej informacji, zgoda pacjenta nie jest prawnie doniosła. To samo tyczy się sprzeciwu albo odmowy zgody wobec proponowanej czy możliwej metody diagnostycznej lub terapeutycznej. Ma to równie istotne znaczenie podczas pandemii COVID-19, szczególnie, że kontakt z osobami wykonującymi zawody medyczne jest ograniczony z uwagi na potrzebę zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Z drugiej jednak strony, coraz częściej można zauważyć, że prawo do informacji nie jest właściwie realizowane. Z tych też powodów Autor podjął się analizy prawa pacjenta do informacji w kontekście obecnej sytuacji systemowej. Całość rozważań zwieńczona jest podsumowaniem, w którym zawarte zostały postulaty *de lege ferenda*.

**Słowa kluczowe:** prawo pacjenta do informacji, pandemia COVID-19, koronawirus, system ochrony zdrowia

## On respecting patient's right to information during the COVID-19 pandemic in the Polish health care system

### Summary

This article analyses the patient's right to information during the COVID-19 pandemic. It cannot be denied that such a right is of fundamental importance from the perspective of providing health services and that of the entire health care system. Without properly offered information, the patient's consent is not legally valid. The same applies to an objection to or refusal of consent to a proposed or possible diagnostic or therapeutic method. It is also vital during the COVID-19 pandemic, especially since contact with medical professionals is limited due to the need to guarantee the medical safety of society. On the other hand, it is becoming increasingly noticeable that the right to information is not adequately exercised. For these reasons, the author undertook the analysis of the patient's right to information in the context of the current system situation. The considerations are concluded with a summary of the postulates *de lege ferenda*.

**Key words:** patient's right to information, COVID-19 pandemic, coronavirus, health care system