



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

---

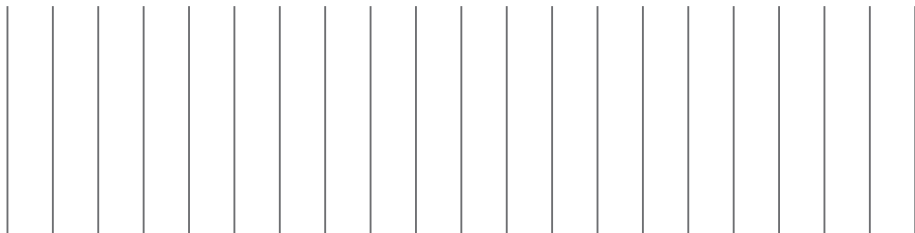
ZASADA RÓWNEGO TRAKTOWANIA PRAWO I PRAKTYKA NR 14

---

# **Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej**

analiza i zalecenia

Warszawa, 2014



## **BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2014, nr 7**

### **Zasada równego traktowania – prawo i praktyka, nr 14**

Red. Nacz. Stanisław Trociuk

### **Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej**

#### **Kolegium redakcyjne w Zespole do spraw Równego Traktowania i Ochrony Praw Osób z Niepełnosprawnościami BRPO:**

Barbara Imiołczyk – dyrektor zespołu

Anna Błaszczak – zastępczyni dyrektora zespołu

Magdalena Kuruś – naczelnik Wydziału Prawa Antydyskryminacyjnego

Anna Mazurczak – Wydział Prawa Antydyskryminacyjnego

Paula Nowek – Wydział Prawa Antydyskryminacyjnego

Katarzyna Wilkołaska-Żuomska – Wydział Prawa Antydyskryminacyjnego

Tomasz Dudek

#### **Koncepcja i koordynacja badań w Zespole do spraw równego traktowania i ochrony praw osób z niepełnosprawnościami BRPO:**

Anna Chabiera, Anna Mazurczak, Paula Nowek

#### **Współpraca:**

Monika Probosz – Laboratorium badania komunikacji społecznej

Agata Urbanik – Fundacja Pole Dialogu

#### **Recenzja metodologii badań:**

dr Jacek Bieliński, Collegium Civitas

Raport przygotowano z wykorzystaniem wyników badań społecznych zrealizowanych na zlecenie BRPO: *Wiedza lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie równego traktowania osób nieheteroseksualnych w praktyce lekarskiej* (BioStat, listopad – grudzień 2012 r.) oraz *Równe traktowanie w percepcji osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej* (Laboratorium Badań Społecznych, październik – listopad 2013 r.)

#### **Wydawca:**

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Warszawa 2014

ISSN 0860-7958

Oddano do składu w grudniu 2014 r.

Podpisano do druku w grudniu 2014 r.

Wydanie I

Nakład: 1000 egz.

#### **Projekt okładki:**

Grażyna Dziubińska

#### **Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:**

Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzczak

[www.grzeg.com.pl](http://www.grzeg.com.pl)

# SPIS TREŚCI

<b>I. Wprowadzenie</b> .....	5
<b>II. Prawo do ochrony zdrowia w świetle prawa międzynarodowego i krajowego</b> .....	10
<b>III. Badanie antydyskryminacyjne Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące sytuacji osób LGB w obszarze opieki zdrowotnej</b> .....	16
<b>IV. Przestrzeganie praw pacjentów – osób nieheteroseksualnych</b> .....	19
1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.....	19
2. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności.....	22
3. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych.....	24
4. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.....	27
<b>V. Korzystanie z praw pacjenta przy udziale osób bliskich</b> .....	29
1. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta.....	29
2. Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej.....	31
<b>VI. Środki ochrony praw pacjentów nieheteroseksualnych</b> .....	36
1. Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania.....	36
2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.....	37
3. Sprzeciw od opinii lub orzeczenia lekarza.....	39
4. Skarga do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.....	40
5. Wniosek do Rzecznika Praw Obywatelskich.....	41
<b>VII. Wnioski i zalecenia</b> .....	44
<b>VIII. Osoby LGB w opiece zdrowotnej – najważniejsze kwestie</b> .....	50



# I. Wprowadzenie

Niniejszy, kolejny raport dotyczący ochrony zdrowia, został przygotowany w ramach realizacji przez Rzecznika Praw Obywatelskich, działającego jako organ ds. równego traktowania, obowiązku prowadzenia niezależnych badań dotyczących dyskryminacji oraz opracowywania i wydawania niezależnych sprawozdań i zaleceń odnośnie do problemów związanych z dyskryminacją<sup>1</sup>.

Prawo do ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego to prawo człowieka gwarantowane przez szereg aktów prawa międzynarodowego i krajowego. Utrudnienia w dostępie do opieki zdrowotnej na najwyższym możliwym poziomie dotyczą wszystkich pacjentów, jednak szczególnie dotkliwie odczuwają je pacjenci narażeni na dyskryminację również w innych obszarach, jak w szczególności osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze, osoby chorujące psychicznie czy osoby nieheteroseksualne.

Ze zjawiskiem dyskryminacji, rozumianym jako działania odbierające określonym grupom dostęp do środków lub możliwość czerpania korzyści, które są otwarte dla innych, zdaniem aż 59% społeczeństwa spotykają się osoby nieheteroseksualne (lesbijki, geje, biseksualiści – LGB)<sup>2</sup>. Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną jest związana z rozpowszechnionymi stereotypami na temat gejów i lesbijek oraz ich sytuacją społeczną. Dostrzeganiu problemów, z jakimi borykają się te osoby, towarzyszy względnie trwała, raczej negatywna wobec nich postawa. Homoseksualni mężczyźni, osoby transpłciowe, biseksualne oraz homoseksualne kobiety to grupy, w stosunku do których Polacy odczuwają największy dystans społeczny<sup>3</sup>. Ponadto 83% Polaków jest zdania,

<sup>1</sup> Zob. art. 17b ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r., poz. 1648). Raporty RPO w serii „Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka” dostępne są w wersji elektronicznej na stronie: <http://rpo.gov.pl/pl/content/zasada-rownego-traktowania-prawo-i-praktyka-raporty-rpo>.

<sup>2</sup> Biorąc pod uwagę postawę społeczeństwa oraz sposób traktowania w urzędach i w miejscu pracy, za najbardziej dyskryminowaną w Polsce grupę osób uważa się bezdomnych (będzie im poświęcony kolejny raport RPO) – ok. 67% polskiego społeczeństwa (w wieku 16 lat i więcej) jest zdania, że bezdomni są raczej dyskryminowani lub zdecydowanie dyskryminowani. Wśród grup o relatywnie najwyższym poziomie zagrożenia dyskryminacją wymieniane są również: osoby o odmiennej orientacji seksualnej, niepełnosprawni, osoby ubogie i o niskim statusie społeczno-zawodowym. *Jakość życia i spójność społeczna 2011* (wstępna analiza wyników badania ankietowego). Materiał na konferencję prasową GUS 23.09.2011 r., s. 26 – dostępny: [http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/wz\\_jakosc\\_zycia\\_i\\_spojnosc\\_spoleczna\\_2011.pdf](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/wz_jakosc_zycia_i_spojnosc_spoleczna_2011.pdf).

<sup>3</sup> P. Antosz, *Równe traktowanie standardem dobrego rządzenia. Raport z badań sondażowych*, s. 56. Badanie sondażowe przeprowadzone przez Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego od dnia 16 listopada do dnia 21 grudnia 2011 r. na reprezentatywnej grupie 1715 respondentów w formie indywidualnych wywiadów według standaryzowanego kwestionariusza.

że homoseksualizm jest odstępstwem od normy, a niemal dwie trzecie (63%) uważa, że osoby homoseksualne nie powinny mieć prawa do publicznego pokazywania swojego sposobu życia<sup>4</sup>. Taki stosunek do osób nieheteroseksualnych ukształtowany jest nie tylko na poziomie deklaracji, ale objawia się też w negatywnych zachowaniach wobec osób LGBT. Przykładem jest problem nierównego traktowania osób homoseksualnych i biseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej<sup>5</sup>.

Jak istotny wpływ na stan zdrowia jednostki mają czynniki zewnętrzne, wskazuje definicja zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)<sup>6</sup>, która określa zdrowie jako „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego<sup>7</sup> i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”. Kontekst społeczno-kulturowy, w jakim żyją osoby LGBT, może zatem mieć na nie istotny wpływ i przyczyniać się do występowania chorób wymagających profesjonalnej pomocy.

W ramach realizowanych badań i działań na rzecz wprowadzenia określonych rozwiązań, osoby LGBT często są uznawane za zbiorowość o jednolitych potrzebach, tymczasem każda z grup tej populacji – oznaczana przez kolejne litery akronimu – charakteryzuje się specyficznymi potrzebami zdrowotnymi. Ponadto należy uwzględnić, że doświadczenia poszczególnych osób nie są jednorodne i są kształtowane przez szereg dodatkowych czynników, jak płeć, pochodzenie etniczne, status społeczno-ekonomiczny, miejsce zamieszkania, wiek, spośród których każdy może mieć wpływ na stan zdrowia. Oceniając zatem adekwatność i jakość oferowanej przez system ochrony zdrowia pomocy należy uwzględnić wpływ szeregu czynników – zewnętrznych i wewnętrznych, w tym własnej aktywności – na zdrowie osób LGBT<sup>8</sup>. Badania

<sup>4</sup> Centrum Badania Opinii Społecznej, *Stosunek do praw gejów i lesbijek oraz związków partnerskich. Komunikat z badań*, Warszawa, luty 2013, s. 2.

<sup>5</sup> Na istnienie tego zjawiska wskazuje również Światowa Organizacja Zdrowia w: *Improving the health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender persons. Report by the Secretariat*, EB133/6, 14 May 2013, pkt 2. Dostępny: [http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B133-6\\_LGBT.pdf](http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B133-6_LGBT.pdf).

<sup>6</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

<sup>7</sup> Zob. wnioski dotyczące stanu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce w: *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa 2014. Dostępny: [http://rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona\\_zdrowia\\_psychicznego.pdf](http://rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf).

<sup>8</sup> Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: styl życia (ok. 50%, „udziału”), środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), działania służby zdrowia (ok. 10%). Do ważnych przesłanek zachowania zdrowia należą warunki społeczno-ekonomiczne,



naukowe wskazują także na specyficzne zagadnienia<sup>9</sup>, które powinny być uwzględniane w ramach działań na rzecz zapewnienia realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia.

Po stronie państwa istnieje obowiązek zapewnienia właściwego rodzaju i standardu porad i opieki medycznej. Jak wynika z powoływanej już konstytucji WHO, korzystanie z ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej.

Skalę dyskryminacji doświadczanej przez osoby LGB w zakresie opieki zdrowotnej można próbować oszacować na podstawie badań. Jak wynika z badań Agencji Praw Podstawowych UE, jeden na 10 respondentów, który miał dostęp do opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, doświadczył dyskryminacji ze strony personelu medycznego<sup>10</sup>. Według przeprowadzonego w Polsce badania jedynie 19,6% osób ujawniło swoją orientację seksualną w kontakcie z personelem medycznym, zaś 11% doświadczyło nierównego traktowania ze strony osób reprezentujących służbę zdrowia<sup>11</sup>. Jako przykłady dyskryminującego traktowania wskazywano poniżające, obraźliwe komentarze ze strony personelu medycznego, brak możliwości upoważnienia partnera do otrzymywania informacji o stanie zdrowia, uznawanie homoseksualizmu za chorobę czy odmowę możliwości oddania krwi<sup>12</sup>. W innym badaniu wskazywano podobne, występujące w praktyce problemy. Ponadto należy podkreślić, że wyniki badania pokazały,

---

natomiast największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia. Zob. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, s. 10.

<sup>9</sup> Wskazuje się, że w ramach populacji LGB występuje wyższe ryzyko depresji i nadużywania różnych substancji; lesbijki i biseksualne kobiety częściej cierpią na otyłość i raka piersi; homoseksualnych mężczyzn dotyczy wyższe ryzyko HIV i innych przenoszonych drogą płciową chorób; starsze osoby LGB borykają się z dodatkowymi trudnościami zdrowotnymi wynikającymi z izolacji – za: GlobalHealth.gov (agencja US Department of Health and Human Services) <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/lgbt/index.html>. Wskazuje się też, że osoby LGB narażone są na większe ryzyko raka z powodu niechęci do przeprowadzania badań profilaktycznych, np. rak piersi i rak szyjki macicy - za: R. Bränström, A. van der Star, All inclusive Public Health—what about LGBT populations? w: *The European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 3, 353–354, 2013.

<sup>10</sup> *European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Results at a glance*, Agencja Praw Podstawowych UE, 2013, s. 20. W badaniu wzięły udział ponad 93 tysiące osób identyfikujących się jako osoby LGBT ze wszystkich krajów Unii Europejskiej i Chorwacji.

<sup>11</sup> M. Abramowicz, *Sytuacja społeczna osób LGB. Analiza danych z badania ankietowego*, w: *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*, pod red. M. Makuchowskiej i M. Pawłęgi, Kampania Przeciw Homofobii 2012, s. 56-57. Badanie obejmowało okres od stycznia 2010 r. do dnia wypełnienia ankiety (okres wypełnienia ankiety trwał od listopada 2011 do stycznia 2012), zrealizowane na próbie 11 144 osób LGB.

<sup>12</sup> M. Abramowicz, *Sytuacja społeczna...*, s. 57-58.

że trudności życia codziennego osób LGB w największym zakresie dotyczą zdrowia partnera i kontaktu ze służbą zdrowia<sup>13</sup>.

Jest to bardzo niepokojące, zważywszy na fakt, że niezwykle osobista i wymagająca zaufania nawet w kwestiach intymnych relacja pacjent – lekarz, jest elementem europejskiego dziedzictwa i podlega ochronie w międzynarodowym i krajowym systemie prawnym<sup>14</sup>. Niewątpliwie dyskryminacja jest naruszeniem tej relacji i może prowadzić do niezapewnienia pacjentom osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia. Ponadto należy podkreślić, wskazaną w art. 30 Konstytucji RP, centralną kategorię nienaruszalnej godności człowieka, będącej źródłem wszelkich wolności i praw, której poszanowanie i ochrona należy do podstawowych obowiązków władz publicznych. Poszanowanie godności pacjenta jest szczególnie ważne, dotyczy bowiem osoby znajdującej się w relacji zaufania i opieki, udostępniającej wrażliwe dane osobowe.

W tym zakresie szczególne zadanie spoczywa na Rzeczniku Praw Obywatelskich jako organie stojącym na straży wolności i praw człowieka i obywatela. Rzecznik podejmuje działania nakierowane na zapewnienie możliwie najszybszej i najszerzej ochrony wolności i praw konstytucyjnych przynależnych każdej osobie oraz usuwanie naruszeń tych praw.

Pomimo doświadczanej przez osoby nieheteroseksualne dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej pacjenci bardzo rzadko wnoszą skargi. Do przyczyn tego stanu rzeczy należy zaliczyć brak wiedzy o prawach przysługujących ofiarom dyskryminacji – 58% Polaków nie zna praw przysługujących osobom dyskryminowanym<sup>15</sup>. W przypadku osób LGB dodatkowo należy wziąć pod uwagę kontekst społeczno-kulturowy oraz to, że złożenie skargi może się wiązać z ujawnieniem orientacji nieheteroseksualnej. Niezwykle istotny jest także brak zaufania do skuteczności dostępnych procedur<sup>16</sup>. Należy zatem uznać, że

<sup>13</sup> J. Mizielińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*, Warszawa 2014, s. 79-80 (Raport powstał w ramach projektu „Rodziny z wyboru w Polsce” finansowanego ze środków budżetowych w Instytucie Psychologii PAN). Zgłaszane problemy dotyczyły dostępu do informacji o stanie zdrowia najbliższej osoby, odwiedzin partnera w szpitalu, możliwości decydowania o jego zdrowiu czy odbioru wyników badań. Z trudnościami w tym zakresie borykało się 38% badanych par, co stanowi najwyższy ze wskaźników spośród wszystkich analizowanych obszarów problemowych (jak m.in. wspólny majątek, odbiór korespondencji, otoczenie społeczne).

<sup>14</sup> Więcej na ten temat zob. rozdział II niniejszego tomu.

<sup>15</sup> Dyskryminacja w UE w 2012 r. Eurobarometr 77.4 wyniki dla Polski, bezpośrednie wywiady kwestionariuszowe na próbie 1000 osób w Polsce.

<sup>16</sup> 59% badanych stwierdziło, że nie zgłosiło przypadku dyskryminacji, ponieważ „nic by to nie zmieniło”. Na ten czynnik wskazało najwięcej badanych – zob. *EU lesbian, gay, bisexual and transgender survey*, op.cit., s. 21.





w tym zakresie występuje zjawisko tzw. *underreportingu*, czyli nieadekwatnej, w porównaniu do rzeczywistej skali zjawiska dyskryminacji, liczby skarg na nierówne traktowanie, kierowanych do właściwych organów, m. in. Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta oraz organów samorządu zawodowego. Zjawisko to występuje pomimo szerokiej dostępności postępowania przed takimi organami<sup>17</sup>.

W szczególności należy podkreślić, że wniosek do Rzecznika Praw Obywatelskich nie musi spełniać żadnych formalnych wymagań, jest bezpłatny i można go złożyć w dowolnej formie. Rzecznik co do zasady nie rozpatruje skarg anonimowych, jednak powziąwszy wiadomość wskazującą na naruszenie praw i wolności człowieka i obywatela czy zasady równego traktowania może podjąć czynności przewidziane w ustawie. Rzecznik może także zatrzymać dane osobowe skarżącego do swojej wyłącznej wiadomości, jeżeli jest to niezbędne dla ochrony jego wolności, praw lub interesów. Jest to także możliwe w przypadku złożenia przez skarżącego takiego wniosku. Warto ponadto zaznaczyć, że wnioski w sprawach indywidualnych mogą także być zgłaszane Rzecznikowi za pośrednictwem organizacji pozarządowej, jeśli taka formuła jest dogodniejsza dla zainteresowanego. Rzecznik Praw Obywatelskich bardzo ceni współpracę z organizacjami pozarządowymi i pozostaje stale otwarty na wszelkie sygnały o problemach generalnych i wymagających interwencji sytuacjach jednostkowych. Wobec niewielkiej liczby zgłoszeń osób indywidualnych, w niektórych obszarach takie wystąpienia są ważnym źródłem wiedzy o problemach, z jakimi borykają się poszczególne grupy społeczne.

<sup>17</sup> Więcej na temat dostępnych środków ochrony zob. rozdział VI niniejszego tomu.

## II. Prawo do ochrony zdrowia w świetle prawa międzynarodowego i krajowego

Prawo do ochrony zdrowia gwarantowane jest przez szereg aktów prawa międzynarodowego. Artykuł 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej<sup>18</sup> gwarantuje każdemu prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Zgodnie z Europejską Kartą Społeczną<sup>19</sup>, każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia. Wreszcie prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego gwarantuje każdemu art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych<sup>20</sup>.

Zapewnienie prawa dostępu do opieki zdrowotnej na równych zasadach, zwłaszcza dla grup szczególnie narażonych na dyskryminację, jest obowiązkiem państw<sup>21</sup>. Opieka zdrowotna powinna być dostarczana wszystkim bez jakiegokolwiek dyskryminacji<sup>22</sup>.

Na szczególną sytuację zdrowotną osób nieheteroseksualnych zwrócił uwagę Parlament Europejski w rezolucji z dnia 4 lutego 2014 r. w sprawie unijnego planu przeciwdziałania homofobii i dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową<sup>23</sup> oraz Komitet Ministrów Rady Europy w zaleceniu z dnia 31 marca 2010 r. w sprawie środków zwalczania dyskryminacji ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową<sup>24</sup>.

Obydwa dokumenty opierają się na założeniu, że osoby nieheteroseksualne mają specyficzne problemy zdrowotne. Przykładowo, Komitet Ministrów Rady Europy dostrzegł problem wysokiego wskaźnika samobójstw wśród młodych lesbijek, gejów i osób biseksualnych w porównaniu do wskaźnika samobójstw wśród młodych ludzi w ogóle. Komitet Ministrów jednocześnie zauważył, że

<sup>18</sup> Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Dz. Urz. UE Nr C 2007 z 14 grudnia 2007.303.1.

<sup>19</sup> Europejska Karta Społeczna, Strasburg, 18 października 1961 r., ratyfikowana przez Polskę w dniu 25 czerwca 1991 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).

<sup>20</sup> Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 19 grudnia 1966 r., ratyfikowany przez Polskę w dniu 18 marca 1977 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

<sup>21</sup> Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, *General Comment No. 14 (2000) E/C.12/2000/4*, art. 43a.

<sup>22</sup> Wysoki Komisarz ds. Praw Człowieka, *The Right to Health, Fact Sheet no. 31*, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, s. 3–4.

<sup>23</sup> 2013/2183(INI).

<sup>24</sup> CM/Rec(2010)5.



nie jest to efekt ich orientacji seksualnej, ale stygmatyzacji, marginalizacji i dyskryminacji, których doświadczają<sup>25</sup>.

Do przeprowadzania badań naukowych dotyczących problemów zdrowotnych charakterystycznych dla osób LGBTI<sup>26</sup> i jednocześnie uwzględnienia ich obaw i szczególnych problemów zdrowotnych w ramach odpowiednich krajowych planów i polityk zdrowotnych wezwał Komisję Parlament Europejski<sup>27</sup>. Według Parlamentu Europejskiego państwa powinny wziąć pod uwagę szczególne potrzeby lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych przy opracowywaniu narodowych planów dotyczących zdrowia, w tym środków zapobiegania samobójstwom, badań zdrowotnych, świadectw medycznych, szkoleń i materiałów szkoleniowych oraz przy monitorowaniu i ocenianiu jakości świadczeń medycznych.

Wpływ dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w obszarze usług zdrowotnych na dostęp do innych praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych podkreślił Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższego dostępnego standardu zdrowia fizycznego i psychicznego<sup>28</sup>. Powszechna stygmatyzacja osób LGB powoduje brak działań instytucji państwowych mających za zadanie odpowiednie reagowanie na problemy związane ze zdrowiem. Sprawozdawca podkreślił, że służby zdrowia powinny być dostępne dla wszystkich, bez dyskryminacji, zwłaszcza dla osób szczególnie narażonych na nierówne traktowanie lub marginalizowanych. Brak pełnego dostępu do opieki zdrowotnej tworzy atmosferę, w której osoby pozbawione prawa do decydowania o sobie nie mogą również osiągnąć pełnej realizacji innych praw człowieka.

Jednym z najistotniejszych międzynarodowych dokumentów rekonstruujących obowiązujący standard ochrony praw osób nieheteroseksualnych i transpłciowych są Zasady Yogyakarty. Zasady te mają charakter niewiążącej

<sup>25</sup> Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy nr 1608(2008) w sprawie samobójstw dzieci i młodzieży w Europie, stanowiących poważny problem zdrowia publicznego, pkt 10.

<sup>26</sup> Akronim „LGBTI” stosowany jest dla łącznego oznaczenia lesbijek, gejów, osób biseksualnych oraz osób trans- i interpłciowych. W większości opracowań i dokumentów międzynarodowych rozważania dotyczą tej grupy populacyjnej. Niniejszy raport RPO odnosi się natomiast do zagadnienia nierównego traktowania ze względu na orientację seksualną (dotyczy więc lesbijek, gejów, osób biseksualnych).

<sup>27</sup> Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 4 lutego 2014 r. w sprawie unijnego planu przeciwdziałania homofobii i dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową, lit. E.

<sup>28</sup> Human Rights Council UN Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/14/20), 27 April 2010.

wykładni prawa międzynarodowego dotyczącego praw człowieka, opartej na tekstach obowiązujących przepisów z uwzględnieniem prac przygotowawczych i interpretacji dokonanej przez organy traktatowe, takie jak Komitet Praw Człowieka czy Europejski Trybunał Praw Człowieka<sup>29</sup>.

Przechodząc do omówienia krajowego systemu normatywnego należy zauważyć, że zakaz dyskryminacji, również ze względu na orientację seksualną, w obszarze opieki zdrowotnej, wynika z przepisów ratyfikowanych przez Polskę aktów prawa międzynarodowego. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ<sup>30</sup> w art. 2 pkt 2 zobowiązuje państwa do zagwarantowania wykonywania praw wymienionych w Pakcie bez żadnej dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuację majątkową, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności, przy czym zwrot „inne okoliczności” obejmuje orientację seksualną<sup>31</sup>. Zakazana jest zatem dyskryminacja w korzystaniu z prawa do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego z art. 12 Paktu, również ze względu na orientację seksualną.

Z prawem do ochrony zdrowia związanych jest szereg innych praw i wolności wyrażonych w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka<sup>32</sup> – wynikający z art. 3 zakaz poniżającego traktowania, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego z art. 8 czy wreszcie zakaz dyskryminacji w korzystaniu z praw i wolności wymienionych w Konwencji, zawarty w art. 14. Artykuł 14 Konwencji zakazuje dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, kolor skóry, język, religię, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź jakiegokolwiek inne przyczyny. Wśród „innych przyczyn” wymienia się również orientację seksualną, co zostało już ugruntowane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> Więcej zob. M. Wieruszewski, *Ochrona praw człowieka mniejszości seksualnych i osób transseksualnych – Zasady Yogyakarta*, w: *Orientacja seksualna i tożsamość płciowa. Aspekty prawne i społeczne*, pod red. R. Wieruszewskiego i M. Wyrzykowskiego, Instytut Wydawniczy EuroPrawo, Warszawa 2009, s. 11-12.

<sup>30</sup> Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169.

<sup>31</sup> Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, General Comment No. 20 (2009) E/C.12/GC/20, art. 8, pkt 32.

<sup>32</sup> Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 ze zm.).

<sup>33</sup> Zob. np. wyrok ETPCz z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie Kozak przeciwko Polsce (skarga nr 13102/02).



Wreszcie zakaz dyskryminacji, w szczególności ze względu na płeć, rasę, kolor skóry, pochodzenie etniczne lub społeczne, cechy genetyczne, język, religię lub przekonania, poglądy polityczne lub wszelkie inne poglądy, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną, wyrażony jest w art. 21 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Zgodnie z art. 6 Traktatu o Unii Europejskiej, Unia uznała prawa, wolności i zasady określone w Karcie Praw Podstawowych oraz przyznała jej taką samą moc prawną jak Traktatom. W art. 10 Traktatu z kolei wskazuje się, że przy określaniu i realizacji swoich polityk i działań, Unia dąży do zwalczania wszelkiej dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną.

Należy zatem przyjąć, że dyskryminacja ze względu na orientację seksualną, w tym w obszarze opieki zdrowotnej, jest zakazana przez wiążące, ratyfikowane przez Polskę akty prawa międzynarodowego.

Na gruncie regulacji konstytucyjnej trzeba uwypuklić znaczenie określonej w art. 30 Konstytucji zasady godności człowieka. „Przyrodzona i niezbywalna” godność człowieka ma jako jedyna status „nienaruszalnej”, zaś jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Nadrzędność zasady przyrodzonej godności człowieka wynika z faktu, iż stanowi ona źródło praw i wolności określonych w Konstytucji. W konsekwencji, wszelkie prawa i wolności muszą być realizowane w sposób służący realizacji zasady godności. Godność każdego człowieka jest tak samo ważna i cenna, a więc nie można naruszać godności jednostki w imię jakichkolwiek interesów<sup>34</sup>. Ponadto podkreślenia wymaga kolejna zasada konstytucyjna, tj. wynikająca z art. 32 zasada równości wobec prawa oraz zakaz dyskryminacji z jakiegokolwiek przyczyny, a więc również ze względu na orientację seksualną, m. in. w życiu społecznym. Prawo każdego do ochrony zdrowia i prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wynika z kolei z art. 68 Konstytucji. Ustawa zasadnicza gwarantuje szeroki dostęp do opieki zdrowotnej dla każdego, niezależnie od jego sytuacji materialnej.

Z poszanowaniem wskazanych norm konstytucyjnych należy stosować regulacje ustawowe dotyczące praw pacjentów. Prawa pacjentów uregulowane są w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>35</sup>, natomiast obowiązki związane z zagwarantowaniem ich realizacji

<sup>34</sup> Zob. H. Zięba-Załucka, *Godność człowieka i jej ochrona wobec działań administracji publicznej w: Jednostka wobec działań administracji publicznej*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa, Olszanica, 21-23 maja 2001 r., pod red. E. Ura, Rzeszów „Mitel”, 2001, s. 495.

<sup>35</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm., dalej: ustawa o prawach pacjenta.

wynikają z szeregu innych ustaw, m.in. z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>36</sup> i ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>37</sup>. W ustawie o prawach pacjenta znajdują się przepisy precyzujące prawa pacjenta, w szczególności do świadczeń zdrowotnych, informacji o swoim stanie zdrowia, tajemnicy informacji związanych z pacjentem, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, poszanowania intymności i godności, dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych, zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza czy do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

Warto ponadto podkreślić, że niektóre dane medyczne uznane zostały przez ustawodawcę za dane wrażliwe, a w odniesieniu do nich wprowadzono bardziej intensywną ochronę i przetwarzanie ich poddano odrębnym zasadom. Do danych tego rodzaju zaliczono m. in. te dotyczące stanu zdrowia czy życia seksualnego. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych<sup>38</sup> wprowadza zasadę zakazu przetwarzania danych wrażliwych, i to bez względu na to, czy przetwarzanie ma nastąpić w formie zautomatyzowanej czy tradycyjnej. Postanowienia zezwalające na przetwarzanie takich danych mają charakter przepisów wyjątkowych i nie mogą podlegać wykładni rozszerzającej. Przetwarzanie danych wrażliwych jest dopuszczalne m.in. wtedy, gdy jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych. Obszar stosowania tego upoważnienia zakreślony został zatem przez cel przetwarzania danych oraz kryterium podmiotowe. Zarówno cel, jak i krąg uprawnionych podmiotów, wyznaczone zostały określeniami o szerokim i elastycznym zakresie. Przez pojęcie ochrony stanu zdrowia, leczenia i świadczenia usług medycznych rozumieć należy także działania profilaktyczne, diagnostyczne, rehabilitacyjne. Z kolei osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych to personel medyczny, który tworzą nie tylko sami lekarze, ale również personel pomocniczy (pielęgniarki, laboranci) czy rehabilitanci. Warunkiem powołania się na omawiane upoważnienie jest stworzenie pełnych gwarancji ochrony danych osobowych. Dotyczy to w pierwszym rzędzie przestrzegania tajemnicy lekarskiej i tajemnicy nałożonej przez prawo

<sup>36</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm., dalej: ustawa o zawodzie lekarza.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm., dalej: ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej.

<sup>38</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1182.



lub umowę na inne osoby pracujące w sektorze szeroko rozumianych usług medycznych. Należy przy tym uwzględnić stosowanie odpowiednich zabezpieczeń informatycznych uniemożliwiających dostęp do danych osobom nie-upoważnionym<sup>39</sup>.

Szczegółowe omówienie praw pacjenta gwarantowanych przez przepisy prawa na poziomie krajowym i międzynarodowym znajduje się w części raportu prezentującej wyniki przeprowadzonych badań jakościowych. Zgłaszane przez respondentów przypadki dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej stanowiły naruszenie praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych, do dostępu do dokumentacji medycznej, do tajemnicy informacji z nim związanych, a także do poszanowania intymności i godności pacjenta.

---

<sup>39</sup> J. Barta, P. Fajgielski, R. Markiewicz, *Komentarz do art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych*, Lex.

### III. Badanie antydyskryminacyjne Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące sytuacji osób LGBT w obszarze opieki zdrowotnej

Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania<sup>40</sup> implementowała do polskiego porządku prawnego dyrektywy równościowe Unii Europejskiej, które m.in. nałożyły na państwa członkowskie obowiązek powołania niezależnych organów ds. równego traktowania. Do ich zadań należy promowanie, analizowanie, monitorowanie i wspieranie równego traktowania wszystkich osób, w tym bez względu na orientację seksualną. W Polsce od dnia 1 stycznia 2011 r., zgodnie z art. 18 ustawy równościowej, funkcje niezależnego organu ds. równego traktowania pełni Rzecznik Praw Obywatelskich. Jednym z zadań ustawowych, zgodnie z art. 17b ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich<sup>41</sup>, jest prowadzenie niezależnych badań dotyczących dyskryminacji oraz opracowywanie i wydawanie niezależnych sprawozdań i wydawanie zaleceń odnośnie do problemów związanych z dyskryminacją. Rzecznik ma zatem obowiązek prowadzić badania antydyskryminacyjne. Obejmują one analizę aktów prawnych oraz innych dokumentów i opracowań odnoszących się do określonej problematyki, a także zlecenie badań społecznych, których wyniki wraz z zaleceniami Rzecznika sformułowanymi z uwzględnieniem szerokiego zakresu informacji prezentowane są w raportach z serii „Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka”<sup>42</sup>.

W ramach badania antydyskryminacyjnego dotyczącego sytuacji osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej przeprowadzono dwa jakościowe badania społeczne.

Pierwsze z nich – *Wiedza lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie równego traktowania osób nieheteroseksualnych w praktyce lekarskiej* – zrealizowane zostało przez firmę badawczą BioStat w listopadzie oraz grudniu 2012 r. i obejmowało przeprowadzenie jedenastu indywidualnych wywiadów pogłębionych z lekarzami specjalizującymi się w dziedzinach: chorób zakaźnych, ginekologii, chorób wewnętrznych, proktologii i urologii. Wywiady były przeprowadzane w Łodzi i Warszawie. Co istotne, połowa respondentów miała styczność z pa-

<sup>40</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 254, poz. 1700, z późn. zm., dalej: ustawa równościowa.

<sup>41</sup> Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147, z późn. zm.

<sup>42</sup> Wszystkie raporty serii wydane od 2011 r. dostępne są w wersji elektronicznej na stronie RPO: <http://rpo.gov.pl/pl/content/zasada-rownego-traktowania-prawo-i-praktyka-raporty-rpo>.





cjentami nieheteroseksualnymi. Przedmiotem badania były postawy lekarzy aktualnie specjalizujących się w dziedzinach medycyny, w których osoby o orientacji nieheteroseksualnej są w sposób szczególny narażone na dyskryminację.

W październiku i listopadzie 2013 r., w celu pogłębienia analizy badanego zjawiska, przeprowadzono badanie społeczne pt. *Równe traktowanie w percepcji osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej*. Badanie zrealizowane zostało przez firmę badawczą Laboratorium Badań Społecznych i obejmowało przeprowadzenie piętnastu indywidualnych wywiadów pogłębionych oraz sześciu zogniskowanych wywiadów grupowych (w formie minigrup) z osobami o orientacji nieheteroseksualnej, które w ciągu ostatniego roku odbyły wizytę u lekarza lub przebywały w szpitalu. W celu zebrania różnorodnych świadectw o sposobie traktowania osób LGB przez pracowników służby zdrowia wykorzystano również technikę ankiety internetowej (CAWI), co umożliwiło poznanie doświadczeń kolejnych pięćdziesięciu osób LGB. Uczestnicy badania pochodzili ze zróżnicowanych co do wielkości miejscowości.<sup>43</sup> Dodatkowo przeprowadzono dwadzieścia indywidualnych wywiadów pogłębionych z lekarzami różnych specjalizacji (chorób wewnętrznych, ginekologii, proktologii, urologii, chorób zakaźnych), z różnym stażem pracy (staż pracy powyżej 15 lat lub staż pracy poniżej 15 lat), pracujących w placówkach leczenia otwartego i zamkniętego w dużych i średnich miastach.

Zastosowanie technik jakościowych pozwala na uzyskanie pogłębionej wiedzy o zjawisku dyskryminacji osób LGB w opiece zdrowotnej. Należy podkreślić, iż w przypadku populacji osób nieheteroseksualnych nie jest możliwe uogólnienie wyników badania dotyczących tej grupy ze względu na trudność w ustaleniu reprezentatywnej próby osób nieheteroseksualnych. W związku z tym, celem badań społecznych było nie tyle sprawdzenie, jaka jest rzeczywista skala dyskryminacji osób LGB, lecz zebranie doświadczeń osób, które zetknęły się z nierównym traktowaniem w obszarze opieki zdrowotnej. Ma to szczególne znaczenie również dlatego, iż często przypadki dyskryminacji nie znajdują odzwierciedlenia w skargach i wnioskach kierowanych do instytucji zajmujących się prawami człowieka i zasadą równego traktowania (tzw. zjawisko *underreportingu*<sup>44</sup>).

<sup>43</sup> Próba badawcza uwzględniała reprezentację dużych i średnich miast oraz małych miejscowości.

<sup>44</sup> Więcej informacji o zjawisku *underreportingu* można znaleźć w: EQUINET, the European Network of Equality Bodies; *Tackling the 'Known Unknown' How Equality Bodies Can Address Under-Reporting of Discrimination through Communications; An Equinet Report 2012*; dostępny pod adresem: [http://www.equineteurope.org/IMG/pdf/tackling\\_the\\_known\\_unknown\\_final\\_merged\\_.pdf](http://www.equineteurope.org/IMG/pdf/tackling_the_known_unknown_final_merged_.pdf)

Celem badań społecznych było więc pogłębienie wiedzy w zakresie przyjętych roboczo następujących hipotez:

1. Pacjenci nieheteroseksualni są narażeni ze względu na swoją orientację seksualną na różne formy dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej (np. agresję werbalną, nieuzasadnione ograniczanie kontaktu z lekarzem, odmowę udzielenia informacji medycznej na temat stanu zdrowia partnera/partnerki).

2. Dyskryminacja ta wpływa na gorszą profilaktykę zdrowotną osób LGB, także w obszarze bezpiecznych zachowań seksualnych oraz na ograniczanie kontaktu ze służbą zdrowia.

3. Lekarze nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat kontaktu, diagnostyki i leczenia osób LGB (m.in. brak przygotowania psychologicznego do prowadzenia rozmów z pacjentami, brak wiedzy o rzeczywistym wpływie orientacji seksualnej lub jego braku na leczenie i profilaktykę zdrowotną osób LGB).

Niniejszy raport prezentuje pozyskane w badaniach informacje, stanowiące – wraz z wynikami analizy regulacji prawnych oraz stosownych rekomendacji – podstawę do sformułowania zaleceń Rzecznika Praw Obywatelskich odnoszących się do ochrony osób nieheteroseksualnych przed dyskryminacją w obszarze opieki zdrowotnej.



## IV. Przestrzeganie praw pacjentów – osób nieheteroseksualnych

### 1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Prawo każdego do ochrony zdrowia i prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantowane jest przez art. 68 Konstytucji. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, nakłada na lekarzy art. 4 ustawy o zawodzie lekarza.

Odmowa leczenia, wydania skierowania na odpowiednie badania czy uzależnienie podjęcia leczenia od testu na obecność wirusa HIV to przykłady naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Naruszeniem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną jest również podejmowanie decyzji dotyczących leczenia czy diagnostyki w oparciu o stereotypy – takie jak przekonanie o negatywnym wpływie na stan zdrowia orientacji seksualnej, identyfikowanie orientacji seksualnej z pedofilią czy zakażeniem wirusem HIV, próby leczenia homoseksualizmu. Odrębnym problemem jest uniemożliwianie osobom homoseksualnym oddawania krwi. Respondenci spotykali się z taką odmową w związku ze swoją orientacją seksualną, choć możliwość oddawania krwi przez osoby homoseksualne nie jest już kwestionowana<sup>45</sup>.

Traktowanie orientacji nieheteroseksualnej jako choroby jest niezgodne ze stanem aktualnej wiedzy medycznej. Światowa Organizacja Zdrowia już w 1992 r. wykreśliła homoseksualizm z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń<sup>46</sup>. Rada Europy zobowiązała państwa do przyjęcia odpowiednich środków w celu zapobieżenia klasyfikowaniu homoseksualizmu jako choroby, zgodnie ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia<sup>47</sup>.

<sup>45</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich skierował w tej sprawie wystąpienie do Ministra Zdrowia jeszcze w dniu 7 sierpnia 2006 r. (RPO-537307).

<sup>46</sup> The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, s. 11.  
<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.

<sup>47</sup> Zalecenie Komitetu..., pkt 34.

Nieodpowiednie traktowanie osób homoseksualnych i biseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej w konsekwencji może prowadzić do zapewnienia niższego standardu opieki medycznej. Wyniki badania wskazują, iż osoba LGB korzystająca z pomocy medycznej, a doświadczająca nierównego traktowania, w mniejszym stopniu jest skłonna do wyjawiania intymnych informacji o sobie i o swoim zdrowiu, które mogą mieć istotne znaczenie w procesie leczenia. Innymi słowy, pacjenci obawiający się gorszego traktowania mogą nie tylko unikać informowania o istotnych kwestiach (np. podczas wizyty u specjalistów związanych ze zdrowiem układu płciowego), ale również w ogóle decydowania się na wizytę u lekarza. Unikanie kontaktu ze służbą zdrowia prowadzi do niezapewnienia osobom nieheteroseksualnym prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Dlatego tak istotne jest stworzenie atmosfery, w której pacjenci nie będą obawiali się mówienia o swojej orientacji seksualnej w gabinecie lekarskim.

Respondenci opisywali przypadki, w których doświadczali dyskryminacji bezpośredniej ze względu na swoją orientację seksualną w dostępie do świadczeń zdrowotnych – jeden z respondentów spotkał się z sytuacją wyproszenia go z gabinetu przez lekarza po tym, jak poinformował go o swojej orientacji seksualnej.

Rozważając, w świetle prezentowanych wyników badań, standard realizacji prawa pacjenta nieheteroseksualnego do świadczeń zdrowotnych, warto ponadto odnotować następujące przypadki, które zebrano dzięki ankiecie internetowej.

- 34-letni homoseksualny mężczyzna był pouczany przez lekarzkę, następnie został poproszony o zmianę lekarza rodzinnego.
- 26-letnia biseksualna kobieta spotkała się z niewiarą ze strony lekarza w istnienie orientacji biseksualnej. Psychiatra zerwał terapię przed jej zakończeniem, unikając kontaktu z pacjentką.
- 27-letni homoseksualny mężczyzna spotkał się z niestosownymi komentarzami nawiązującymi do jego życia seksualnego, a następnie odmową wykonania badania i wyproszeniem z gabinetu oraz obraźliwymi, wulgarnymi wypowiedziami.
- 29-letniej biseksualnej kobiecie lekarz odmówił skierowania na badanie cytologiczne, uzasadniając to jej orientacją seksualną, kierując względem niej obraźliwe komentarze.
- 22-letni mężczyzna homoseksualny odniósł wrażenie, że został potraktowany w sposób zdawkowy – lekarz niedbale wykonał badanie, ponadto pozwolił sobie na niestosowne komentarze nawiązujące do życia seksualnego pacjenta. Kolejny lekarz stwierdził u tego pacjenta zapalenie jelit.



Zgłaszano też zastrzeżenia co do zachowania wobec nieheteroseksualnych pacjentów personelu pielęgniarskiego w szpitalach. To właśnie on najczęściej ma szansę na przypadkowe poznanie orientacji seksualnej pacjentów, jako że ma zwykle częstszy kontakt z pacjentem, aniżeli lekarz prowadzący leczenie. Respondenci narażeni byli na obraźliwe komentarze, wyzwiska, nieuzasadnione ujawnianie przez pielęgniarki informacji o orientacji seksualnej pacjenta innym pracownikom szpitala.

Przyjmowanie negatywnej postawy wobec osób homoseksualnych i biseksualnych przez pracowników służby zdrowia jest ściśle powiązane ze stereotypowym postrzeganiem osób LGB. Kwestia ta najjaskrawiej objawia się w utożsamianiu przez lekarzy i innych pracowników medycznych homoseksualizmu z nosicielstwem wirusa HIV. Wiąże się to bezpośrednio z brakiem aktualnej wiedzy medycznej odnośnie do ryzyka i sposobów zakażenia wirusem HIV. Homoseksualna orientacja jest często przez lekarzy utożsamiana z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, co stanowi w wielu przypadkach krzywdzące uproszczenie<sup>48</sup>. Jeden z respondentów podał przykład szpitala, w którym po uzyskaniu przez personel medyczny informacji o jego orientacji seksualnej, został przebadany na obecność wirusa HIV, przy czym przy pobraniu krwi nie został nawet poinformowany o tym, w jakim celu krew jest pobierana.

Respondenci w ankiecie internetowej opisywali przypadki uwłaczającego traktowania ze strony lekarzy, które wynikały z automatycznego powiązania kwestii ich orientacji z byciem zakażonym wirusem HIV. W jednym z nich, posługiwanie się stereotypową wiedzą skutkowało ograniczeniem dostępu do leczenia.

- Lekarka odmówiła leczenia 34-letniego homoseksualnego mężczyzny do czasu, aż pacjent wykona badanie na obecność wirusa HIV po tym, jak dowiedziała się, że pacjent od 10 lat pozostaje w związku z mężczyzną. Pacjent zmienił lekarza rodzinnego.
- 18-letni homoseksualny mężczyzna spotkał się z niestosownymi komentarzami na temat swojego życia seksualnego. Sugerowano, że przyczyną zakażenia opryszczką jest to, że uprawiał seks oralny oraz że jest zakażony wirusem HIV i kiłą.

Problem stereotypowego postrzegania osób nieheteroseksualnych jako nosicieli wirusa HIV pojawił się również w rozmowach z lekarzami. Rozmówcy

<sup>48</sup> Należy jednak uwzględnić, że według danych udostępnionych RPO przez Krajowe Centrum ds. AIDS zakażenia wśród MSM (mężczyźni mający seks z mężczyznami) stanowią większość wykrywanych zakażeń, jednak mając na uwadze nawet szacunkowe dane o liczbie homoseksualnych mężczyzn, mężczyźni mający seks z mężczyznami zakażeni wirusem HIV stanowią ich niewielką liczbę.

w swoich wypowiedziach utożsamiali bycie osobą homoseksualną z nawiązaniem przygodnych kontaktów seksualnych i stąd osoby LGTB są, ich zdaniem, częściej narażone na zakażenie wirusem HIV.

Nie dotyczyło to wszystkich, gdyż inni lekarze biorący udział w badaniu przyznawali, że prawdopodobieństwo zarażenia się wirusem HIV lub zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową jest związane ze stylem życia, charakteryzującym się częstą zmianą partnerów seksualnych i podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych. Byli oni świadomi, że tego stylu życia nie można automatycznie przypisywać wyłącznie osobom nieheteroseksualnym i że ryzykowne zachowania seksualne podejmują również osoby heteroseksualne.

Warto odnotować, że pacjenci niewiedzą o specyfice zakażenia wirusem HIV w szczególności zarzucają personelowi pielęgniarskiemu. Utożsamianie zakażenia wirusem z orientacją inną niż heteroseksualna objawia się w strachu i niechęci do otoczenia należytą opieką pacjenta LGTB.

Inną konsekwencją posługiwania się stereotypem, że osoba homoseksualna lub biseksualna jest zakażona HIV, są przypadki uniemożliwiania osobom nieheteroseksualnym oddawania krwi, z którymi nadal stykają się respondenci.

## 2. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności

Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta, zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, spoczywa na osobach wykonujących zawód medyczny. Zobowiązanie do ochrony intymności i godności określają również normy etyczne (art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej, pkt 3a części szczegółowej Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej).

Zgłaszane w badaniu przypadki niestosownych komentarzy, obraźliwe, poniżające określenia osób homoseksualnych stanowią naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności<sup>49</sup>.

W sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia dowiaduje się o homoseksualnej lub biseksualnej orientacji pacjenta, pacjent może spotkać się zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi reakcjami lekarzy. Do pozytywnych należy zaliczyć profesjonalne, spokojne, „nieoceniające” reakcje personelu medycznego. Jedna

<sup>49</sup> Warto w tym miejscu przypomnieć, że używanie obraźliwych słów do określenia orientacji seksualnej stanowi naruszenie dóbr osobistych i może być podstawą uzyskania zadośćuczynienia. Zob. np. wyrok Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 4 sierpnia 2009 r. w sprawie o sygn. akt IC 764/08.



z respondentek przytoczyła przykład ginekolożki, która po uzyskaniu informacji o orientacji homoseksualnej pacjentki, nie zadawała pytań o środki antykoncepcyjne i stawiała pytania adekwatne do sytuacji, bez upokarzania pacjentki.

Niemniej jednak osoby LGB biorące udział w badaniu opisywały również liczne przypadki negatywnej, dyskryminującej reakcji lekarzy czy innego personelu medycznego na informację o nieheteroseksualnej orientacji. Uczestnicy badania on-line<sup>50</sup> wskazywali, że najczęściej spotykali się z niestosownymi uwagami i komentarzami odnoszącymi się do ich orientacji (80% wskazań). Mieli ponadto do czynienia z wyzwiskami (18% badanych doświadczyło takiej reakcji), a 38% osób LGB było obiektem drwin lub szyderstwa. Poniżej znajdują się przykłady tych sytuacji.

- 28-letni homoseksualny mężczyzna spotkał się z niestosownymi komentarzami odnośnie do swojego życia seksualnego.
- 25-letnia lesbijka została pouczona przez lekarza o konieczności zaprzestania kontaktów homoseksualnych.
- 21-letni homoseksualny mężczyzna podczas wizyty spotkał się z nieprofesjonalnym zachowaniem lekarza, który wypowiadał niestosowane komentarze na temat osób LGB, np. lekarz „w formie żartu” poinformował respondenta o procedurze medycznej, która jest bezbolesna, chyba że pacjent jest homoseksualistą, bo takich osób nie znieczula.
- Podczas wizyty 25-letniej homoseksualnej kobiety lekarka pozwalała sobie na niestosowane komentarze oraz sugerowała rodzicom pacjentki, że jej orientacja seksualna i fakt bycia w związku z osobą tej samej płci negatywnie wpływa na jej stan zdrowia.

Niektórzy respondenci spotkali się z bardzo skrajnymi reakcjami lekarzy, w momencie gdy lekarze ci dowiadywali się o orientacji pacjenta. Jedna z sytuacji wiązała się z utożsamieniem homoseksualizmu z pedofilią, a inna – z wiarą lekarza w skuteczność terapii konwersyjnej („zmiany” orientacji homoseksualnej na heteroseksualną), co pacjenci odbierali negatywnie.

- 35-letni homoseksualny mężczyzna w trakcie wizyty u psychiatry został zapytany przez lekarza o to, czy jest pedofilem.
- 31-letnia homoseksualna kobieta poinformowała terapeutkę o swojej orientacji seksualnej. W odpowiedzi lekarka odmówiła dalszego leczenia i zaproponowała, że skieruje ją do seksuologa. Inny lekarz psycholog zaproponował jej terapię konwersyjną, mającą na celu zmianę orientacji

<sup>50</sup> W celu zebrania wiedzy o dyskryminacji osób LGB w opiece zdrowotnej do udziału w badaniu CAWI zostały zaproszone osoby LGB, które doświadczyły nierównego traktowania podczas wizyty u lekarza lub w szpitalu.

seksualnej pacjentki na heteroseksualną.

### 3. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Ujawnienie danych dotyczących orientacji seksualnej pacjenta może zostać uznane za naruszenie prawa do prywatności wyrażonego w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, art. 7 Karty Praw Podstawowych UE i art. 47 Konstytucji.

Prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, zagwarantowane jest przez art. 13 ustawy o prawach pacjenta. Do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, zobowiązani są zarówno lekarze<sup>51</sup>, jak i pielęgniarki i położne<sup>52</sup>.

Informacje na temat orientacji seksualnej pacjenta należą do najbardziej intymnej sfery życia prywatnego pacjenta<sup>53</sup>. Tym bardziej ich ujawnienie (nieuzasadnione względami medycznymi) stanowi szczególnie dotkliwie naruszenie prawa do prywatności, zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjent o swojej orientacji seksualnej nie powiedział nawet najbliższym osobom.

Europejski Trybunał Praw Człowieka kilkakrotnie wypowiedział się na temat znaczenia ochrony tajemnicy danych medycznych pacjenta. Dane medyczne pacjenta są sprawą poufną, każdorazowe ich ujawnienie wymaga świadomej i wyraźnej zgody<sup>54</sup>. Ochrona danych osobowych, nie tylko medycznych, ma fundamentalne znaczenie dla korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego gwarantowanego przez art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Zachowanie w tajemnicy danych medycznych jest ważną zasadą systemów prawnych nie tylko ze względu na szacunek dla prywatności, ale również na zaufanie do lekarzy i całej służby zdrowia. Bez takiej ochrony osoby potrzebujące opieki zdrowotnej mogą powstrzymać się od ujawniania informacji o charakterze osobistym i intymnym, które mogą być konieczne do otrzymania odpowiedniego leczenia. Mogą nawet nie zwracać się o po-

<sup>51</sup> Art. 40 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

<sup>52</sup> Art. 17 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pkt I części szczegółowej Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

<sup>53</sup> § 52 wyroku ETPCZ z dnia 22 października 1981 r. w sprawie Dudgeon przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 7525/76.

<sup>54</sup> § 45 wyroku ETPCZ z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie Avilkina i inni przeciwko Rosji, skarga nr 1585/09.





moc, narażając swoje zdrowie, a w przypadku chorób zakaźnych, zdrowie całej społeczności<sup>55</sup>. Poczucie bezpieczeństwa każdego pacjenta, wiąże się silnie z ochroną jego danych medycznych<sup>56</sup>.

Ujawnianie orientacji seksualnej przed personelem medycznym było kwestią często omawianą przez osoby nieheteroseksualne biorące udział w badaniu. Większość rozmówców zgodnie przyznawało, iż kwestia orientacji seksualnej pacjenta nie powinna być poruszana podczas wizyt lekarskich, jeśli nie jest bezpośrednio związana z jego stanem zdrowia. Informacja o orientacji seksualnej jest sprawą osobistą pacjenta i nie powinna być ujawniona przed lekarzem, jeśli nie jest istotna w procesie leczenia. Respondenci przypominali, że osoby heteroseksualne nie zaznaczają, jakiej są orientacji seksualnej, tak więc nie ma takiej potrzeby w przypadku osób nieheteroseksualnych, ponadto nie dostrzegali też związku pomiędzy orientacją seksualną a stanem zdrowia czy zwykłymi decyzjami diagnostycznymi i leczniczymi, choć podkreślali, że jeśli orientacja seksualna miałaby w ich opinii tego rodzaju znaczenie, zgodziliby się o niej mówić.

Rozmówcy dopuszczali możliwość ujawniania orientacji seksualnej głównie podczas wizyt lekarskich związanych ze zdrowiem układu płciowego – ich zdaniem informacja o orientacji może być kluczowa w kontekście profilaktyki oraz leczenia chorób. Część badanych wskazała jednak, że orientacja nie powinna być ujawniana mimo uzasadniania tego kwestiami medycznymi. W takim przypadku oczekuje się bowiem od lekarza zapytania o ryzykowne zachowania seksualne, a nie *stricte* o orientację seksualną pacjenta.

Również wśród lekarzy pojawiła się refleksja, że tylko przy niektórych schorzeniach istotna jest wiedza o podejmowanych określonych zachowaniach seksualnych i to właśnie o nie należy pytać pacjenta, a nie o samą orientację. Z kolei badane osoby LGB dopuszczają mówienie o orientacji seksualnej w kontekście leczenia terapeutycznego, psychiatrycznego lub psychologicznego. Kwestia orientacji seksualnej pacjenta może mieć tutaj istotne znaczenie w procesie powrotu do zdrowia.

Wyniki badania w formie ankiety internetowej pokazują, że respondenci, którzy doświadczyli nieodpowiedniego traktowania w obszarze opieki zdrowotnej, rzadko mówią o swojej orientacji seksualnej podczas kontaktów ze służbą zdrowia. Jedynie dziewięciu spośród pięćdziesięciu uczestników tego komponentu badania mówi o niej często, a zaledwie cztery osoby robią to za-

<sup>55</sup> § 95 wyroku ETPCZ z dnia 25 lutego 1997 r. w sprawie Z. przeciwko Finlandii, skarga nr 22009/93.

<sup>56</sup> Zob. Wprowadzenie w niniejszym tomie, *in fine*.

wsze.

W odpowiedzi na pytanie, dlaczego kwestia orientacji seksualnej generalnie nie powinna być poruszana podczas kontaktów ze służbą zdrowia, ankietowane osoby LGB wskazywały, że jest to przede wszystkim nadmierna ingerencja w intymność oraz życie osobiste pacjenta, co w ich opinii najczęściej nie ma żadnego uzasadnienia medycznego. Ponadto niemówienie o swej orientacji wynika równie często z obawy przed nierównym traktowaniem, które wyraża się w negatywnej postawie personelu medycznego wobec pacjenta LGB, nie stosownych komentarzach czy niechęci podejmowania leczenia.

Osoby LGB zwracały uwagę na to, że nieodłącznym elementem kontaktu ze służbą zdrowia jest stały niepokój wynikający z niepewności co do reakcji lekarza na ujawnienie homoseksualnej lub biseksualnej orientacji. Jedna z respondentek tłumaczyła, że lęk związany z reakcją lekarza na odpowiedź na pytanie o życie seksualne towarzyszy jej podczas każdej wizyty u ginekologa.

Osoby LGB, które wypełniły ankietę internetową, w większości twierdziły, że wiedza lekarza i personelu medycznego na temat homoseksualnej orientacji pacjenta może mieć negatywny wpływ na jakość usług świadczonych przez personel medyczny. W wyniku swoich uprzedzeń do osób nieheteroseksualnych lekarz może traktować takich pacjentów w sposób zdawkowy, zdystansowany.

Z doświadczeń osób LGB wynika, że często zdarzają się również sytuacje, w których ujawnienie orientacji nieheteroseksualnej nie zależy od ich woli i świadomej decyzji. Przyczyną może być zbyt duża dociekliwość lekarza – niekoniernie uzasadniona z kwestiami medycznymi.

Respondenci w większości przyznawali, że podczas ich wizyt u lekarzy internistów i lekarzy pierwszego kontaktu kwestia orientacji seksualnej pacjenta nie była podnoszona. Ujawnienie orientacji w sposób niezamierzony i pozamedyczny zdarza się najczęściej w momencie rejestracji na wizytę, gdy należy dokonać upoważnienia do wglądu do dokumentacji medycznej. Wpisanie danych partnera tej samej płci często budzi nadmierne zainteresowanie personelu medycznego i dociekanie, kim właściwie dla pacjenta jest dana osoba. Z analogiczną sytuacją mamy do czynienia, gdy pacjent przebywa u lekarza lub w szpitalu w towarzystwie partnera tej samej płci. Jeden z respondentów opisał sytuację, gdy towarzyszył partnerowi tej samej płci w szpitalu po wypadku – ze strony personelu medycznego padło pytanie o rodzaj łączącej ich relacji, a informacja o tym, że są parą, wpłynęła negatywnie na sposób ich traktowania.

Należy zaznaczyć, że część badanych, mimo iż uważa, że informacja o orientacji seksualnej może mieć wpływ na diagnozę i proces leczenia, nie informuje



o niej lekarza. Wynika to z obawy przed nierównym traktowaniem, powodowanej często negatywnymi doświadczeniami z przeszłości. W małych miejscowościach dodatkowo pojawia się niepewność co do respektowania poufności danych pacjenta. Osoby LGB obawiają się, że informacja o ich orientacji seksualnej zostanie wyjawiona przez personel medyczny poza placówką służby zdrowia i stanie się przedmiotem plotek wśród okolicznych mieszkańców. Może to w ich ocenie skutkować przypadkami dyskryminacji w życiu społecznym i zawodowym. Jeden z respondentów opisał sytuację ujawnienia informacji o jego orientacji seksualnej przez wenerologa, co spowodowało, że o jego chorobie dowiedzieli się mieszkańcy małego miasta, w którym mieszkał. Inny respondent o swojej orientacji seksualnej poinformował lekarza podczas rutynowych badań w miejscu pracy – lekarz nie dotrzymał tajemnicy lekarskiej i o orientacji seksualnej respondenta dowiedzieli się inni pracownicy.

#### **4. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

Zgodnie z art. 15 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego<sup>57</sup>. Jednak w sytuacji, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, lekarz może wykonać badanie lub udzielić innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody – w miarę możliwości taką decyzję powinien skonsultować z innym lekarzem, ma też obowiązek odnotowania okoliczności jej podjęcia w dokumentacji medycznej<sup>58</sup>. Lekarz może również wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody przez sąd opiekuńczy groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej

<sup>57</sup> Art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza.

<sup>58</sup> Art. 33 ustawy o zawodzie lekarza.

specjalności, a o wykonywanych czynnościach zawiadomić sąd opiekuńczy<sup>59</sup>.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, nie ma zatem możliwości wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez osobę bliską pacjenta, który nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, o ile nie jest on osobą ubezwłasnowolnioną czy małoletnią lub osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny wymaga stałej opieki – w takiej sytuacji zgodę wyraża odpowiednio przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny.

Wobec powyższego, również partner pacjenta tej samej płci nie ma możliwości wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w jego imieniu, choć wiedza o brzmieniu obecnie obowiązujących w tym zakresie przepisów nie jest wśród respondentów rozpowszechniona i czuli się oni niekiedy pokrzywdzeni myśląc, że takie prawo przysługuje w Polsce małżonkom, a nie przysługuje osobom pozostającym w związku jedнопłciowym.

---

<sup>59</sup> Art. 34 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza.

## V. Korzystanie z praw pacjenta przy udziale osób bliskich

### 1. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta, jednym z elementów prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności jest również możliwość towarzyszenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby bliskiej<sup>60</sup>. Osoba wykonująca zawód medyczny może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych jedynie w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta; odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej<sup>61</sup>.

Osoba bliska, zgodnie z definicją zamieszczoną w ustawie o prawach pacjenta, to małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta<sup>62</sup>.

Wskazywana przez respondentów odmowa obecności osoby bliskiej, nieuzasadniona wyżej wymienionymi względami, stanowi zatem naruszenie prawa pacjenta do intymności i godności. Warto odnotować, że w podobnych sprawach, choć niezwiązanych z osobami LGB, naruszenie prawa pacjenta stwierdzał Rzecznik Praw Pacjenta (odmowa ciężarnej pacjentce obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i nieodnotowanie tej okoliczności w dokumentacji medycznej<sup>63</sup>, odmowa obecności osoby bliskiej małoletniego przy gastrokopii<sup>64</sup>, zakaz uczestniczenia osoby bliskiej, mimo wyrażenia zgody pacjenta, w badaniu przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego<sup>65</sup>).

<sup>60</sup> Art. 21. ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

<sup>61</sup> Art. 21 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta.

<sup>62</sup> Tak też A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2012, s. 18; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX 2012, komentarz do art. 3. Zob. rozdział dotyczący prawa pacjenta do informacji i dokumentacji medycznej i uwagi w rozdziale dotyczącym prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej.

<sup>63</sup> *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.*, Rzecznik Praw Pacjenta, s. 30.

<sup>64</sup> *Sprawozdanie...*, s. 31.

<sup>65</sup> *Sprawozdanie...*, s. 151.

Ograniczenie możliwości odwiedzania pacjenta przez jego osoby bliskie, w tym partnera tej samej płci, może natomiast stanowić naruszenie prawa pacjenta do życia prywatnego i rodzinnego – w podobnych sprawach takie naruszenie również stwierdzał Rzecznik Praw Pacjenta (uniemożliwianie osobom poniżej 14. roku życia odwiedzenia pacjenta<sup>66</sup>).

Aspektem prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta szeroko poruszonym przez badanych było uszanowanie prawa do obecności upoważnionej osoby bliskiej – partnera tej samej płci – przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Osoby LGB w wywiadach przywoływały sytuacje, w których prawo to nie było respektowane przez lekarzy i partnerzy osób LGB nie mogli towarzyszyć im przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Sytuacje takie mają miejsce szczególnie podczas pobyków w szpitalach, w których personel medyczny argumentuje, że tylko rodzina – rozumiana jako osoby ze sobą spokrewnione, spowinowacane – jest uprawniona do kontaktu z pacjentem. Lekarze i personel pielęgniarski często nie traktują partnerów tej samej płci jako osób bliskich, a więc osób uprawnionych do towarzyszenia pacjentowi.

Tę kwestię poruszali także respondenci, którzy wypełnili ankietę internetową. Kilkoro z nich 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.

Pacjenci LGB nieczęsto sprzeciwiają się arbitralnym decyzjom pracowników służby zdrowia dotyczącym respektowania praw osób bliskich – partnerów tej samej płci. Może się to wiązać bezpośrednio z obawą przed gorszym traktowaniem ze strony personelu i – w konsekwencji – sprawowaniem gorszej opieki zdrowotnej. Zdaniem badanych, decyzja o tym, kogo upoważnia się do towarzyszenia osobie leczonej, powinna być uszanowana.

W badaniu zostały również przywołane pozytywne sytuacje, w których lekarze nie mieli obiekcyj co do obecności partnera tej samej płci podczas wizyty u lekarza, a tym samym informowania partnera tej samej płci o stanie zdrowia osoby bliskiej. Poprzez pozytywną reakcję *de facto* rozumie się profesjonalną postawę, która uwzględnia obowiązujące przepisy prawne oraz wolę pacjenta.

<sup>66</sup> *Sprawozdanie...*, s. 154.



## 2. Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej

Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia zagwarantowane jest w art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Prawo pacjenta do informacji obejmuje również prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym, upoważnionym przez siebie osobom. Informacja o stanie zdrowia pacjenta powinna być przystępna i obejmować rozpoznanie, proponowane oraz możliwe metody diagnostyczne, lecznicze, dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania, wyniki leczenia oraz rokowanie.

Zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta, pacjent może wskazać dowolną osobę, co do której wyraża zgodę na udzielenie jej informacji o swoim stanie zdrowia. Upoważnienie to nie wymaga zachowania formy pisemnej, ale w praktyce łatwiej nie dopuścić do naruszania tego prawa poprzez wpisanie upoważnienia do dokumentacji medycznej. Podobne rozwiązanie wynika z treści art. 31 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza. Stanowi on, że lekarz może udzielić informacji innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Warto zaznaczyć, że prawo nie wymaga dochowywania żadnej szczególnej formy dla oświadczeń tej kwestii dotyczących, w szczególności nie jest tu wymagana forma pisemna<sup>67</sup>. Toteż jest wystarczające zamianowanie w jakikolwiek sposób aprobaty dla udzielania określonej osobie informacji: może to być gest, a nawet trzeba dopuścić milczącą akceptację takiego stanu rzeczy. Jeśli zatem rozmowa z pacjentem na temat jego stanu zdrowia jest prowadzona w obecności jego najbliższych i on się temu nie sprzeciwia – należy przyjąć istnienie jego zgody na informowanie tych osób.

Sytuacja może się skomplikować jeśli pacjent, ze względu na swój stan (brak zdolności do wyrażenia swojej woli), nie może wskazać upoważnionej osoby bliskiej. Kluczowa jest definicja legalna pojęcia „osoba bliska”, która znajduje się w ustawie o prawach pacjenta. Zgodnie z ustawową definicją, za osobę bliską dla pacjenta uznaje się małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

<sup>67</sup> T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, T. Dukiet-Nagórska, Prawo i Medycyna Nr 6/7 (Vol. 2) 2000 r.

Osoby LGB pozostające w związkach uznaje się za osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a więc osoby bliskie w obszarze opieki zdrowotnej. Do kategorii osób pozostających we wspólnym pożyciu partnerów tej samej płci zaliczył również Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku w sprawie Kozak przeciwko Polsce<sup>68</sup>. Do wniosku, że partnerów tej samej płci należy traktować jako osoby pozostające we wspólnym pożyciu, doszedł również Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 28 listopada 2012 r., zgodnie z którą osobą faktycznie pozostającą we wspólnym pożyciu z najemcą – w rozumieniu art. 691 § 1 k.c. – jest osoba połączona z najemcą więzią uczuciową, fizyczną i gospodarczą; także osoba tej samej płci<sup>69</sup>. Uchwała dotyczyła jednak pojęcia osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z najemcą, a więc jej przedmiotem była interpretacja przepisu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 31 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza, jeżeli pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta. Wskazane upoważnienie dla lekarza, wynikające z ustawy o zawodzie lekarza, trzeba interpretować zgodnie z art. 16 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz, w przypadku chorego nieprzytomnego, może udzielić dla jego dobra niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego<sup>70</sup>.

Jeżeli pacjent jest nieprzytomny czy niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz, zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami, powinien udzielić informacji o jego stanie zdrowia osobie bliskiej, w tym pozostającemu we wspólnym pożyciu z pacjentem partnerowi tej samej płci.

Z problemami dotyczącymi upoważnień do dostępu do dokumentacji medycznej czy informacji o stanie zdrowia pacjenta borykają się nie tylko osoby nieheteroseksualne – przykładowo, przepisy ustawy o prawach pacjenta interpretowane były w ten sposób, że upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia pacjenta obowiązywało jedynie w podmiocie leczniczym, w którym zostało złożone. Jednak biorąc pod uwagę reguły wykładni systemowej i celowościowej oraz dobro pacjenta i jego najbliższych, należy przyjąć pogląd, że oświadczenie pacjenta o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej osobie najbliższej, złożone również w innej placówce medycznej i nieodwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany) powo-

<sup>68</sup> Wyrok ETPCZ z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie Kozak przeciwko Polsce (skarga nr 13102/02).

<sup>69</sup> Sygn. akt III CZP 65/12.

<sup>70</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX 2012, komentarz do art. 9.





duje domniemanie, że oświadczenie to zachowuje swoją moc również w innych placówkach ochrony zdrowia, skoro jest dołączane do karty choroby w ramach indywidualnej dokumentacji pacjenta<sup>71</sup>.

Utrudnienia związane z ograniczeniem dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej mogą szczególnie dotknąć partnerów osób nieheteroseksualnych, o ile w opinii lekarza nie będą one osobami bliskimi w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta. Na marginesie zwrócić należy uwagę, że szpitale nadal nakładają na pacjentów niewynikające z obecnie obowiązujących przepisów wymagania formalne dotyczące składanych upoważnień, przykładowo, żądają upoważnienia z podpisem notarialnie poświadczonym czy sporządzonego w obecności pracownika szpitala<sup>72</sup>.

Najczęściej omawianym przez osoby biorące udział w badaniu problemem, świadczącym o nierównym traktowaniu osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej, było nierespektowanie przez personel medyczny praw pacjenta związanych z upoważnieniem partnera tej samej płci do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i do dostępu do dokumentacji medycznej.

Respondenci często spotykali się z sytuacją, gdy w trakcie udzielania upoważnienia osobie bliskiej – partnerowi tej samej płci – do dostępu do informacji i dokumentacji medycznej personel medyczny dopytywał, jaka istnieje relacja między osobą upoważnianą a pacjentem. Tym samym – odpowiadając na takie pytania – jest się zmuszonym w sposób pośredni do ujawnienia swojej orientacji seksualnej.

Jednak 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. W efekcie badani byli często przekonani, że nie mają możliwości, by dopuścić do wglą-

<sup>71</sup> Zob. wyrok WSA w Warszawie z dnia 13 lutego 2013 r. (Sygn. akt VII SAB/Wa 217/12). Sprawa dotyczyła odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej żonie pacjenta, który zmarł w szpitalu, do którego został w trakcie leczenia przetransportowany. Pacjent upoważnił żonę do wglądu w jego dokumentację medyczną w pierwszym ze szpitali, w którym był leczony – w kolejnym szpitalu odmówiono udostępnienia dokumentacji jedynie na podstawie pierwszego upoważnienia. RPO wniósł w tej sprawie skargę do WSA, który następnie stwierdził bezczynność dyrektora szpitala i zobowiązał go do wydania dokumentacji medycznej.

<sup>72</sup> Zob. np. pkt 5 *Instrukcji w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu Specjalistycznym im. St. Staszica w Pile*, <http://www.szpitalpila.pl/pliki/Instrukcja2.pdf>.

du do dokumentacji medycznej osoby im bliskie. Jedną ze strategii poradzenia sobie z taką przeszkodą było deklarowanie, że jest to „rodzina”, bez podawania szczegółów łączącej ich relacji.

Ponadto badani wskazywali na przypadki, w których personel medyczny odmawiał podania informacji o stanie zdrowia pacjenta mimo złożonej przez niego deklaracji, komu taka informacja może być przekazana. Niemal połowa respondentów, którzy wypełnili ankietę internetową, spotkała się z odmową przekazania przez personel medyczny informacji o stanie zdrowia partnera lub partnerki tej samej płci w sytuacji wskazania ich jako osoby upoważnionej. Jedną z respondentek opisała sytuację, w której dzwoniła po brata jej partnerki, tak żeby to on mógł otrzymać informację o stanie zdrowia, pomimo wcześniejszego jej upoważnienia.

Zdarzały się również pojedyncze, pozytywne przykłady świadczące o respektowaniu woli pacjenta, kiedy bez utrudnień dopuszczano partnerów tej samej płci do informacji o stanie zdrowia.

Sytuacja jednak staje się bardziej problematyczna, gdy pacjent trafia do szpitala wskutek wypadku lub nagłego zachorowania. Nie ma wtedy możliwości w sposób świadomy wypełnić oświadczenia dotyczącego informowania o stanie zdrowia. W rezultacie partnerzy tej samej płci nie mają dostępu do informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej, gdyż, jak wskazują badani, w opinii lekarzy nie są oni członkami rodziny i nie są upoważnieni do otrzymania takiej informacji.

Osoby LGB przyjmują różne strategie radzenia sobie z takimi sytuacjami. O ile pozostają w dobrych relacjach z członkami rodziny swojego partnera, to od nich mogą uzyskać informacje o jego stanie zdrowia. Niekiedy jednak 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 „sióstr” w związku małżeńskim.

Osoby LGB biorące udział w badaniu przede wszystkim oczekują uszanowania przez pracowników ochrony zdrowia decyzji o tym, kogo upoważniają do dostępu do dokumentacji i informacji o stanie ich zdrowia, bez względu na rodzaj relacji.

Z wypowiedzi respondentów wynika głównie to, że zarówno lekarze, jak i osoby LGB, mają niepełną wiedzę o prawnych regulacjach dotyczących informowania osób bliskich o stanie zdrowia pacjenta. Badania pokazały, że osoby LGB nie dysponują dostateczną wiedzą na temat tego, czy w przypadku, kiedy



ich partner znajdzie się w sytuacji wymagającej kontaktu ze służbą zdrowia, mogą być upoważnione do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia. Niespójna jest też praktyka pracowników służby zdrowia w tym zakresie, często bowiem kierują się uprzedzeniami lub nie znają przepisów obecnie obowiązującego prawa.

Dzięki ankiecie internetowej uzyskano także więcej przykładów modelowego zachowania lekarzy i personelu medycznego w trakcie pobytu w szpitalu pacjentów LGB. Obejmują one zarówno neutralną reakcję na upoważnienie partnera tej samej płci, respektowanie tego upoważnienia – czyli rzeczywiste informowanie partnera pacjenta LGB o jego stanie zdrowia, i przede wszystkim nieutrudnianie kontaktów pary osób tej samej płci podczas pobytu jednej z nich w szpitalu.

## VI. Środki ochrony praw pacjentów nieheteroseksualnych

### 1. Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania

Podstawowym aktem prawnym mającym stanowić ochronę prawną przed dyskryminacją jest ustawa równościowa. Ustawa wdraża dyrektywy, które swoim zakresem zastosowania obejmują ochronę przed dyskryminacją w opiece zdrowotnej jedynie ze względu na pochodzenie narodowe lub etniczne<sup>73</sup>. Polski ustawodawca nie zdecydował się na rozszerzenie ochrony przed dyskryminacją w opiece zdrowotnej na inne przesłanki dyskryminacyjne, choć taki postulat zgłaszany był już na etapie prac legislacyjnych przez organizacje pozarządowe<sup>74</sup>, a następnie wielokrotnie podnoszony, m.in. przez Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>75</sup>.

Zgodnie z art. 32 ust. 2 Konstytucji nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. Implementacja dyrektyw do polskiego porządku prawnego została dokonana na najniższym wymaganym przez prawo unijne poziomie, tymczasem poszczególne dyrektywy równościowe jasno stwierdzają, że państwa członkowskie mogą przyjmować lub utrzymywać przepisy bardziej korzystne od przepisów ustanowionych w tych dyrektywach w celu urzeczywistnienia zasady równego traktowania<sup>76</sup>. Standardy ochrony przewidziane w dyrektywach mają zatem charakter jedynie minimalny i poszczególne państwa członkowskie mogą je w stosownym zakresie poszerzać.

Niezależnie od powyższego, ustawa nie zawiera skutecznych narzędzi ochrony prawnej przed dyskryminacją – wprost, w przypadku naruszenia

<sup>73</sup> Art. 3 dyrektywy Rady 2000/43/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. wprowadzającej w życie zasadę równego traktowania osób bez względu na pochodzenie rasowe lub etniczne. W Radzie UE negocjowany był wniosek dotyczący dyrektywy w sprawie wprowadzenia w życie zasady równego traktowania osób bez względu na religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną (16525/11).

<sup>74</sup> Uwagi Polskiego Towarzystwa Prawa Antydyskryminacyjnego w imieniu Koalicji na rzecz Równych Szans, s. 17 uzasadnienia do projektu ustawy, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/2F63D00750A8E830C12577A600267926/\\$file/3386.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/2F63D00750A8E830C12577A600267926/$file/3386.pdf).

<sup>75</sup> Wystąpienie RPO do Pełnomocniczki rządu ds. równego traktowania z dnia 28 maja 2012 r. (ozn.: RPO- 687085). Projekt nowelizacji ustawy przewidujący rozszerzenie tej ochrony znajduje się obecnie w Sejmie, druk sejmowy nr 1051.

<sup>76</sup> Art. 6 ust. 1 dyrektywy 2000/43/WE; art. 8 ust. 1 dyrektywy 2000/78/WE; art. 7 ust. 1 dyrektywy 2004/113/WE; art. 27 ust. 1 dyrektywy 2006/54/WE.



zasady równego traktowania, przewiduje jedynie możliwość dochodzenia odszkodowania. Podnoszone są natomiast wątpliwości co do możliwości dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, a tym samym stosowania w takich postępowaniach zasady przeniesionego ciężaru dowodu, które to rozwiązanie dla strony powodowej – ofiary dyskryminacji – jest niezwykle pomocne<sup>77</sup>. W efekcie, sądy powszechne tylko w jednostkowych sprawach orzekały w oparciu o przepisy ustawy, a w 2013 r. suma odszkodowania zasądzona w Polsce z tego tytułu wyniosła zaledwie tysiąc dwieście złotych<sup>78</sup>. Tymczasem sankcje za naruszenie zasady równego traktowania – stosownie do regulacji unijnych – powinny być skuteczne, proporcjonalne i odstrasżające.

## 2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Zgodnie z art. 4 ustawy o prawach pacjenta<sup>79</sup>, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Art. 4 ustawy wskazuje zatem te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego – pokrzywdzony nie musi zatem udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego, wystarczy, że wykaże konkretne naruszenie prawa pacjenta. Jeżeli sąd stwierdzi naruszenie innych dóbr osobistych, które nie znajdują swojego odzwierciedlenia w katalogu praw pacjenta, może zasądzić odpowiednie zadośćuczynienie na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego<sup>80</sup>.

Uwzględniając przedmiot rozważań należy podkreślić, że chodzi m. in. o następujące prawa pacjenta:

- 1) prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach od-

<sup>77</sup> W sprawie, w której dochodzone odszkodowania za wcześniejsze rozwiązanie umowy cywilnoprawnej ze względu na orientację seksualną powoda sąd rozważał również zasadność dochodzenia w tym wypadku zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Odstąpił jednak od jego zasądzenia z uwagi na brak odpowiedniej aktywności powoda (por. wyrok Sądu Rejonowego Warszawa-Śródmieście w Warszawie z dnia 9 lipca 2014 r., sygn. akt VI C 402/13).

<sup>78</sup> Informacja Ministerstwa Sprawiedliwości: Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia w sprawach cywilnych dotyczące naruszenia zasady równego traktowania w sądach powszechnych w roku 2013.

<sup>79</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.

<sup>80</sup> D. Karkowska, *Ustawa...*, komentarz do art. 4.

powiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym;

- 3) prawo do informacji uzyskanej od lekarza oraz prawo do uzyskania informacji od pielęgniarki, położnej;
- 4) prawo do zachowania przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem w tajemnicy (w tym dotyczących jego stanu zdrowia);
- 5) prawo do intymności i poszanowania godności osobistej,
- 6) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego<sup>81</sup>.

Zadośćuczynienia z art. 4 ustawy o prawach pacjenta nie można jednak dochodzić m.in. w przypadku naruszenia prawa do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta. Może mieć to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów LGB. Często bowiem to w tym zakresie naruszane są przez personel medyczny prawa pacjenta poprzez nieuznawanie upoważnienia partnera tej samej płci do wglądu do dokumentacji medycznej. W takim przypadku pacjent ma jednak możliwość dochodzenia zadośćuczynienia na zasadach ogólnych, w oparciu o przepisy Kodeksu cywilnego. Jest wówczas zobowiązany do udowodnienia, że doszło do naruszenia dobra osobistego. Dochodząc natomiast zadośćuczynienia na gruncie ustawy o prawach pacjenta, powód korzysta z domniemania, że skoro doszło do naruszenia praw pacjenta, doszło jednocześnie do naruszenia jego dobra osobistego.

Trudno ocenić, czy przewidziana w ustawie o prawach pacjenta możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za zawinione naruszenie praw pacjenta znajduje zastosowanie w praktyce. Rzecznik Praw Pacjenta nie ma wiedzy o prowadzonych w Polsce sprawach o zadośćuczynienie na podstawie art. 4 ustawy o prawach pacjenta<sup>82</sup>. Ministerstwo Sprawiedliwości dysponuje jedynie danymi o liczbie spraw o odszkodowanie lub zadośćuczynienie za błędy medyczne. Wydaje się jednakże, że liczba zasądzonych zadośćuczynień za naruszenie praw pacjenta, w szczególności innych niż prawa do świadczeń zdrowotnych, nie może być duża, mając na uwadze, że, przykładowo, w 2012 r., Rzecznik Praw Pacjenta na 1168 prowadzonych postępowań wyjaśniających, zaledwie w 275 uznał, że doszło do naruszenia praw pacjenta<sup>83</sup>.

Doświadczenie dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w jednej z przytoczonych w raporcie form, z zastrzeżeniem, o którym mowa wyżej, stanowi jednocześnie naruszenie prawa pacjenta

<sup>81</sup> D. Karkowska, op. cit.

<sup>82</sup> Pismo Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 13 sierpnia 2014 r., I.812.2.2014.

<sup>83</sup> *Sprawozdanie...*, s. 18.



i w związku z tym może być podstawą dochodzenia zadośćuczynienia z art. 4 ustawy o prawach pacjenta. Należy jednak zwrócić uwagę, że korzystniejsza dla pacjenta byłaby – niedostępna obecnie – możliwość dochodzenia zadośćuczynienia na gruncie ustawy równościowej, m.in. z uwagi na ustanowiony w art. 14 tej ustawy odwrócony ciężar dowodu, tj. osoba zarzucająca naruszenie zasady równego traktowania jedynie uprawdopodobnia fakt jej naruszenia, zaś to ten, któremu to naruszenie zarzuciła, obowiązany jest wykazać (przedstawić dowody), że do naruszenia nie doszło. Tak więc działając na podstawie ustawy równościowej powód znajduje się w korzystniejszej dla niego sytuacji procesowej. Dochodząc zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ustawy o prawach pacjenta powód musi bowiem udowodnić, że doszło do zawinionego naruszenia praw pacjenta.

### **3. Sprzeciw od opinii lub orzeczenia lekarza**

W sytuacji opisanej w raporcie odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego lub skierowania na badania ze względu na orientację seksualną pacjenta, zgodnie z art. 31 ustawy o prawach pacjenta, pacjentowi przysługuje prawo do sprzeciwu.

Zgodnie z powołanym przepisem, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa powyżej. W przypadku niespełnienia tego wymogu, sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej, oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie. Do postępowania przed Komisją nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego. Cała procedura nie ma zastosowania w odniesieniu do opinii i orzeczeń, co do których procedura odwoławcza została uregulowana w odrębnych przepisach.

Wśród przykładowych orzeczeń lekarskich, od których przysługuje sprzeciw, wskazane przez Rzecznika Praw Pacjenta jest orzeczenie w sprawie ustalenia, czy kandydat na dawcę lub dawca odpowiada wymaganiom zdrowotnym

i czy pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy<sup>84</sup>.

Jak wynika z przeprowadzonej przez Rzecznika Praw Obywatelskich kontroli akt sprzeciwów wniesionych do Rzecznika Praw Pacjenta, procedura ta jest obecnie nieskuteczna. Wszystkie 39 sprzeciwów wniesionych w latach 2011-2012 zostało odrzuconych lub zwróconych osobom, które je wniosły, na podstawie art. 31 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, tj. z uwagi na brak uzasadnienia sprzeciwu, w tym brak wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta lub w związku z art. 31 ust. 9 tej ustawy, tj. istnienia innej drogi odwoławczej<sup>85</sup>.

Rzecznik Praw Pacjenta w sytuacji, gdy z przyczyn formalnych nie przyjął sprzeciwu do rozpoznania, wskazuje jednak na możliwość wszczęcia w tej sytuacji postępowania wyjaśniającego. Po przeprowadzeniu postępowania Rzecznik może w szczególności skierować wystąpienie do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta bądź zwrócić się do organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych przepisami prawa<sup>86</sup>. W latach 2012 – 2013 do Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynęła jednak ani jedna skarga na dyskryminację ze względu na orientację seksualną<sup>87</sup>. Z badania wynika, że osoby LGB doświadczają dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej w skali, która nie znajduje odzwierciedlenia w skargach kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta.

#### **4. Skarga do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej**

Zachowanie lekarza będące przejawem dyskryminacji ze względu na orientację seksualną może zostać ocenione jako naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Pokrzywdzony pacjent może w tym przypadku zawiadomić okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w okręgowej izbie lekarskiej o możliwości popeł-

<sup>84</sup> Przykładowy katalog orzeczeń lekarskich, od których przysługuje sprzeciw do Komisji Lekarskiej [http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/aktualnosci/sprzeciw-przysluguje.pdf](http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/sprzeciw-przysluguje.pdf).

<sup>85</sup> Zob. *Sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Raport z analizy akt spraw prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2011 – 2012 wraz z zaleceniami Rzecznika Praw Obywatelskich* w wystąpieniu RPO do Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2013 r., RPO-578571.

<sup>86</sup> Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na wystąpieniu RPO z dnia 19 listopada 2013 r. RPO-578571.

<sup>87</sup> Dane uzyskane od Rzecznika Praw Pacjenta, pismo z dnia 13 sierpnia 2014 r., I.812.2.2014.





nienia przewinienia zawodowego. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, zgodnie z art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich<sup>88</sup>. Postępowanie wyjaśniające może zakończyć się skierowaniem do okręgowego sądu lekarskiego wniosku o ukaranie. Sąd lekarski może natomiast nałożyć na obwinionego lekarza karę upomnienia, nagany, karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat czy nawet pozbawienie prawa wykonywania zawodu<sup>89</sup>.

Jak wynika z danych przedłożonych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej wszystkich okręgowych izb lekarskich, w latach 2012 – 2013, w całej Polsce do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej nie wpłynęła jednak ani jedna skarga na dyskryminację ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej (do rzeczników wpłynęło łącznie blisko 6 tysięcy skarg)<sup>90</sup>. Z badania wynika, że osoby LGB doświadczają dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej w skali, która nie znajduje odzwierciedlenia w skargach kierowanych do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

## 5. Wniosek do Rzecznika Praw Obywatelskich

Rzecznik Praw Obywatelskich wykonuje zadania związane z realizacją zasady równego traktowania. Jednym ze źródeł informacji o jej naruszeniu są składane do Rzecznika skargi. O ile skargi na dyskryminację stanowią niewielką część wszystkich skarg składanych do Rzecznika, w obszarze dyskrymina-

<sup>88</sup> Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.

<sup>89</sup> Art. 83 ustawy o izbach lekarskich.

<sup>90</sup> Dane uzyskane w sierpniu 2014 r. z Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, Beskidzkiej Izby Lekarskiej, Bydgoskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim, Śląskiej Izby Lekarskiej, Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, Lubelskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, Opolskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie, Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie, Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze, Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie, Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie, Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, I.812.2.2014.

cji ze względu na orientację seksualną ich liczba jest znikoma. Do Rzecznika w 2012 r. wpłynęło łącznie 21 skarg na dyskryminację ze względu na orientację seksualną<sup>91</sup>, w 2013 r. – 65 takich skarg<sup>92</sup>. W latach 2012–2013 tylko dwie skargi dotyczyły dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej<sup>93</sup>. Niewielka liczba skarg dotycząca tej problematyki nie musi oddawać skali problemów i rzeczywistej dyskryminacji tej grupy społecznej. Rzecznik prowadzi działania nakierowane na zachęcenie do korzystania z przysługujących środków działania.

Do kompetencji Rzecznika należy podejmowanie spraw dotyczących naruszenia zasady równego traktowania przez organy władzy publicznej, przy czym dotyczy to również organów, organizacji lub instytucji, które wykonują władztwo publiczne – a więc także szpitali czy organów samorządu zawodowego lekarzy lub pielęgniarek i położnych.

W sprawach naruszenia zasady równego traktowania przez podmioty prywatne, w zakresie relacji horyzontalnych, kompetencje Rzecznika są znacznie ograniczone. Rzecznik może wskazać wnioskodawcy przysługujące mu środki działania lub zwrócić się do organów lub instytucji, do których ustawowych obowiązków należy realizacja praw i obowiązków osób fizycznych lub innych podmiotów prawa prywatnego w zakresie równego traktowania. Rzecznik bada wówczas, czy wykonują one ciążące na nich obowiązki i odpowiednio reagują na naruszenie zasady równego traktowania oraz ocenia prawidłowość ich reakcji<sup>94</sup>.

Rzecznik Praw Obywatelskich podejmuje czynności przewidziane w ustawie na wniosek lub z własnej inicjatywy. Wniosek składany do Rzecznika nie musi spełniać żadnych formalnych wymagań, jest bezpłatny, można go złożyć w dowolnej formie (osobiście, za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej lub formularza elektronicznego, listownie, wysyłając wiadomość e-mail). Rzecznik co do zasady nie rozpatruje skarg anonimowych, jednak powziąwszy wiadomość wskazującą na naruszenie praw i wolności człowieka i obywatela czy zasady równego traktowania może podjąć czynności przewidziane w ustawie. Rzecznik może także zatrzymać dane osobowe skarżącego do swojej wy-

<sup>91</sup> Przy wpływie 1 960 skarg dotyczących naruszenia zasady równego traktowania i 62 400 skarg w ogóle.

<sup>92</sup> Przy wpływie 845 skarg dotyczących naruszenia zasady równego traktowania i 70 002 skarg w ogóle.

<sup>93</sup> Skargi dotyczyły ograniczania prawa do informacji o stanie zdrowia upoważnionej osoby bliskiej i odmowy dawstwa szpiku kostnego przez homoseksualnego mężczyznę.

<sup>94</sup> Uzasadnienie do *projektu ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania*, druk nr 3386, s. 12-13.



łączonej wiadomości, jeżeli jest to niezbędne dla ochrony jego wolności, praw lub interesów. Jest to także możliwe w przypadku złożenia przez skarżącego takiego wniosku. W takiej sytuacji należy jednak rozważyć, czy możliwe będzie skuteczne załatwienie sprawy bez odwołania się do sytuacji konkretnej osoby.

Rzecznik po otrzymaniu wniosku może podjąć postępowanie wyjaśniające. W toku tego postępowania Rzecznik może zbadać każdą sprawę na miejscu, żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy, zlecać sporządzenie ekspertyz i opinii. Po zbadaniu sprawy, jeżeli Rzecznik stwierdził naruszenie praw i wolności człowieka i obywatela (w tym naruszenie zasady równego traktowania), może:

- skierować wystąpienie do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie,
- zwrócić się do organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa, np. przeprowadzenie kontroli lub wyciągnięcie konsekwencji wobec osób bezpośrednio odpowiedzialnych za naruszenie,
- żądać wszczęcia postępowania w sprawach cywilnych, jak również wziąć udział w każdym toczącym się postępowaniu, np. żądając zasądzenia zadośćuczynienia za naruszenie godności osoby dyskryminowanej czy za naruszenie praw pacjenta,
- żądać wszczęcia postępowania karnego w sprawach o przestępstwa ścigane z urzędu,
- zwrócić się o wszczęcie postępowania administracyjnego (gdy stwierdzi beczynność właściwego organu), wnosić skargi do sądu administracyjnego, a także uczestniczyć w tych postępowaniach, np. w postępowaniu przed Rzecznikiem Praw Pacjenta,
- wystąpić z wnioskiem o ukaranie, a także o uchylenie prawomocnego rozstrzygnięcia w postępowaniu w sprawach o wykroczenia,
- wnieść kasację lub inny nadzwyczajny środek odwoławczy od prawomocnego orzeczenia, na zasadach i w trybie określonym w przepisach procesowych.

Jeżeli Rzecznik nie podejmie decyzji o samodzielnym prowadzeniu postępowania może wskazać wnioskodawcy przysługujące mu środki działania lub przekazać sprawę według właściwości do innego organu władzy publicznej.

## VII. Wnioski i zalecenia

Rzecznik Praw Obywatelskich przy formułowaniu wniosków i zaleceń odnośnie do problemów związanych z dyskryminacją uwzględnia ustalenia poczynione w toku badań społecznych, a także inne dostępne źródła wiedzy odnoszące się do rozważanej problematyki, jak zalecenia odpowiednich organów organizacji międzynarodowych i analizy tematyczne, czy raporty opracowywane przez inne podmioty, w szczególności organizacje pozarządowe.

### Wnioski

#### **1. Niższy standard opieki medycznej spowodowany stereotypowym postrzeganiem pacjentów nieheteroseksualnych i ich poniżającym traktowaniem**

Z przeprowadzonych badań wynika, że standard opieki zdrowotnej w przypadku pacjentów nieheteroseksualnych może być niższy z powodu rozpowszechnienia wśród personelu medycznego stereotypów dotyczących osób LGB. Niezależnie od przypadków odmowy podjęcia leczenia czy przeprowadzenia badania z uwagi na orientację seksualną pacjenta, lekarze podejmowali niekiedy decyzje dotyczące leczenia czy diagnostyki w oparciu o stereotypy – respondenci jako przykłady wskazali identyfikowanie orientacji homoseksualnej z zakażeniem wirusem HIV, rozwiązłym trybem życia, a nawet pedofilią. W oparciu o takie przekonania lekarze uzależniali niekiedy podjęcie leczenia od testu na obecność wirusa HIV, doradzali podjęcie prób leczenia homoseksualizmu, czy zadawali sugerujące pytania dotyczące pedofilii w trakcie konsultacji psychiatrycznych.

Pacjenci narażeni byli również na niestosowne, nawet wulgarne komentarze i obraźliwe, poniżające określenia osób homoseksualnych ze strony personelu medycznego. Takie traktowanie osób LGB może prowadzić do zniechęcenia do podejmowania nawet pilnego leczenia z obawy przed dyskryminacją, a także do całkowitego unikania kontaktu ze służbą zdrowia.

Brak znajomości specyfiki problemów zdrowotnych osób nieheteroseksualnych, doświadczanie przez pacjentów LGB przypadków naruszających ich godność, poniżającego traktowania przez personel medyczny, ujawnianie przez personel medyczny chronionej prawem informacji o orientacji seksualnej pacjenta mogą skutkować odkładaniem decyzji o podjęciu leczenia. Może też generować zagrożenia dla innych osób (np. brak właściwej diagnozy i leczenia może stwarzać ryzyko rozprzestrzeniania choroby).



Jeden z respondentów wskazał na nadal istniejące przypadki odmowy dawstwa krwi, jedna ze spraw prowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczy natomiast przypadków odmowy dawstwa szpiku kostnego wyłącznie z powodu orientacji seksualnej<sup>95</sup>.

Analiza krajowych polityk zdrowotnych pozwala z kolei na sformułowanie wniosku, że problemy osób nieheteroseksualnych nie znajdują w nich odzwierciedlenia – w Narodowym Programie Zdrowia<sup>96</sup> czy Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego<sup>97</sup> brak jest odwołań do specyficznej sytuacji zdrowotnej osób nieheteroseksualnych<sup>98</sup>.

Jedną z przyczyn nierównego traktowania osób nieheteroseksualnych może być niedostateczna wiedza personelu medycznego na temat specyfiki leczenia osób LGB. Personel medyczny nie otrzymuje też odpowiedniej oferty szkoleniowej na ten temat<sup>99</sup>. Zdarzają się też przypadki przekazywania w trakcie szkoleń treści przedstawiających homoseksualizm oraz biseksualizm jako zaburzenie. Ma to swoje konsekwencje dyskryminujące.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. dotyczącym ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, homoseksualizm nadal wymieniony jest wśród „wybranych zagadnień z zaburzeń i patologii seksualnej”, obok terminów takich jak ekshibicjonizm, sadyzm, ma-

<sup>95</sup> W ankietach opublikowanych na stronie internetowej Narodowego Centrum Krwi z Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach i Kielcach znajdują się pytania odnoszące się do współżycia seksualnego z mężczyznami (pytanie nr 33 – czy uprawiał Pan seks z mężczyznami – oraz pytanie nr 34 – czy uprawiała Pani seks z mężczyzną, który miał kontakty seksualne z innym mężczyzną). Kryteria dyskwalifikujące dawców szpiku kostnego określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2010 r. w *sprawie ośrodków dawców szpiku* (Dz. U. Nr 54, poz. 330). Nie ma w nim jednak mowy ani o orientacji seksualnej dawców, ani o ryzykownych zachowaniach seksualnych. Zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami dotyczącymi kryteriów dyskwalifikujących potencjalnych dawców szpiku, np. wytycznymi World Marrow Donor Association (WMDA), dawcę szpiku dyskwalifikować powinny właśnie ryzykowne zachowania seksualne, takie jak częsta zmiana partnerów, a nie jego orientacja seksualna. Ryzykownym zachowaniem seksualnym nie jest współżycie dwóch partnerów tej samej płci, o ile deklarują oni współżycie z tym samym partnerem od dłuższego czasu. Zdanie Rzecznika w tej sprawie podzielił Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia w piśmie z dnia 10 czerwca 2014 r. w sprawie RPO-I.812.2.2014.

<sup>96</sup> Narodowy Program Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia>

<sup>97</sup> Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>, 10 lipca 2014 r.

<sup>98</sup> Zob. również *Prawa osób...*, s. 266–268.

<sup>99</sup> M. Pawługa i Agata Loewe, *O niewidzialności osób LGBT w polityce zdrowotnej*, w: *Sytuacja społeczna osób LGBT...*, s. 200–203.

sochizm, współzycie grupowe, gwałt i prostytutka<sup>100</sup>, co stanowi szczególną stygmatyzację osób LGB.

### **Zalecenia:**

- uwzględnienie specyficznych problemów osób LGB w programach i politykach zdrowotnych, w szczególności uwzględnienie większej liczby prób samobójczych i samobójstw osób nieheteroseksualnych przy tworzeniu poradnictwa i programów dotyczących zapobiegania samobójstwom dzieci i młodzieży,
- rozpowszechnienie wśród personelu medycznego wiedzy na temat specyfiki leczenia osób LGB,
- usunięcie z obowiązujących regulacji prawnych postanowień, które klasyfikują homoseksualizm jako zaburzenie, zestawione z gwałtem czy prostytutką,
- realizacja zadań z Krajowego Programu Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016 w systemie ochrony zdrowia, tj. upowszechnianie uwzględniania w toku kształcenia aktualnej wiedzy medycznej i psychologicznej na temat funkcjonowania społecznego orientacji seksualnych, a także specyficznych barier dla osób LGB oraz podniesienie standardów nauczania położnych i pielęgniarek w trakcie kształcenia przeddyplomowego,
- ustandaryzowanie ankiety dla dawców krwi i szpiku kostnego tak, aby nie dyskwalifikowały one dawców wyłącznie z uwagi na orientację seksualną, a ze względu na ryzykowne zachowania seksualne.

## **2. Naruszanie prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych**

Z przeprowadzonego badania wynika, że zdarzają się przypadki ujawniania przez lekarzy orientacji seksualnej pacjenta, o której lekarz dowiedział się przy okazji przeprowadzania wywiadu medycznego. Nie mając gwarancji ochrony danych uzyskanych przez lekarzy, pacjenci mogą powstrzymać się od ujawniania informacji istotnych dla diagnostyki czy leczenia, ale mogących sugerować

<sup>100</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922, z późn. zm.) – zał. nr 21 Ramowy program bloku specjalistycznego specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych (moduł III Programu nauczania) i zał. nr 23 Ramowy program bloku specjalistycznego specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego dla położnych (moduł IV Programu nauczania).



wać, jakiej orientacji seksualnej jest pacjent.

#### **Zalecenia:**

- podejmowanie postępowań wyjaśniających w przypadku podejrzenia popełnienia przez lekarzy przewinienia zawodowego poprzez naruszenie tajemnicy lekarskiej.

### **3. Ograniczanie obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń medycznych bez uzasadnienia i ograniczanie dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia upoważnionej osoby bliskiej (partnera tej samej płci)**

Respondenci podawali wiele przykładów sytuacji, w których uniemożliwiono im kontakt z osobą bliską – partnerem tej samej płci – podczas gdy takiego kontaktu nie ograniczono członkom rodziny spokrewnionym z pacjentem.

Wiele problemów związanych z obecnością przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych partnera tej samej płci wynika z faktu, że wśród personelu medycznego nie jest rozpowszechniona wiedza, że określenie „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu” odnosi się również do osób pozostających w związku tej samej płci.

Problemy związane z odmową możliwości upoważnienia partnera tej samej płci do dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia wynikają natomiast z niewiedzy o tym, że to wyłącznie pacjent decyduje o tym, kogo upoważnia i nie musi być to osoba z pacjentem spokrewniona. Dla personelu medycznego nie jest to jasne. Na poziom respektowania praw w tym zakresie rzutuje także często niechętny stosunek personelu medycznego do osób LGB. Niezbędne jest także dalsze upowszechnianie wiedzy wśród pacjentów, że upoważnienia są konieczne i odmowa informacji osobie nieupoważnionej nie jest dyskryminacją oraz o środkach ochrony przysługujących w przypadku niespektowania woli pacjenta w tym zakresie.

#### **Zalecenia:**

- rozpowszechnienie wśród personelu medycznego wiedzy na temat obowiązujących przepisów prawa dotyczących osób bliskich pacjenta oraz możliwości upoważniania do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji medycznej dowolnej osoby.

#### **4. Niekorzystanie przez osoby doświadczające nierównego traktowania z dostępnych środków działania – powiadamiania o sprawie właściwych organów (tzw. *underreporting*)**

Z badania wynika, że osoby LGB doświadczają dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej w skali nieproporcjonalnej do liczby skarg, które wpływają do Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Do Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 2012 – 2013 wpłynęły tylko dwie skargi na dyskryminację ze względu na orientację seksualną w opiece zdrowotnej, do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy i do Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynęła ani jedna taka skarga<sup>101</sup>.

Instytucje i organy zajmujące się równym traktowaniem w całej Europie otrzymują bardzo małą liczbę skarg dotyczących dyskryminacji – Rzecznik Praw Obywatelskich i inne organy państwa podejmują natomiast przewidziane prawem środki przede wszystkim dzięki informacjom, które otrzymują od osób doświadczających nierównego traktowania. Istotne jest zatem zachęcanie do zgłaszania wszystkich problemów dotyczących naruszenia zasady równego traktowania. Takie działanie może prowadzić do niezwłocznego usunięcia naruszenia prawa pacjenta. Każda skarga dotycząca nierównego traktowania jest też cenną informacją na temat stanu przestrzegania zasady równego traktowania w Polsce i może stanowić podstawę do podejmowania działań systemowych. Rzecznik, jako niezależny organ ds. równego traktowania, buduje swoją wiedzę również w oparciu o prowadzone badania społeczne, uzupełniając informacje pochodzące z innych źródeł.

#### **Zalecenia:**

- rozpowszechnianie wiedzy o prawach pacjenta i możliwości złożenia nawet anonimowej skargi do Rzecznika Praw Obywatelskich czy Rzecznika Praw Pacjenta.

#### **5. Niedostateczne środki ochrony prawnej**

Ustawa równościowa swoim zakresem zastosowania nie obejmuje zakazu dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej. Ustawa nie określiła też wystarczających narzędzi ochrony prawnej przed dyskryminacją – wprost przewiduje jedynie możliwość dochodzenia odszkodowania w przypadku naruszenia zasady równego traktowania, wprowadzając

<sup>101</sup> Zob. więcej na ten temat w rozdziale VI niniejszego tomu.





dla poszkodowanego korzystne rozwiązanie w postaci odwróconego ciężaru dowodu. Wątpliwości budzi możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Dotychczas, tj. od 2011 r., sądy powszechne tylko w jednostkowych sprawach orzekały w oparciu o przepisy ustawy.

Z kolei liczba wszystkich zasądzonych zadośćuczynień za naruszenie praw pacjenta na podstawie ustawy o prawach pacjenta, w szczególności innych niż prawa do świadczeń zdrowotnych, jest bardzo mała. Na podstawie tej ustawy nie jest również możliwe dochodzenie zadośćuczynienia za naruszenie prawa dostępu do dokumentacji medycznej.

### **Zalecenia:**

- intensyfikacja prac nad nowelizacją ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania tak, aby możliwe było dochodzenie odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku naruszenia zasady równego traktowania w obszarze opieki zdrowotnej, w tym ze względu na orientację seksualną,
- rozważenie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta tak, aby każda dyskryminacja, w tym ze względu na orientację seksualną, uznawana była za naruszenie prawa pacjenta i możliwe było dochodzenie zadośćuczynienia na gruncie ustawy o prawach pacjenta.

## VIII. Osoby LGB w opiece zdrowotnej – najważniejsze kwestie

**Partner tej samej płci może zostać upoważniony do otrzymywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i do dostępu do jego dokumentacji medycznej.**

To pacjent decyduje, kogo upoważnia do otrzymywania informacji o swoim stanie zdrowia i do dostępu do jego dokumentacji medycznej. Może to być dowolnie wskazana osoba, nie musi to być osoba spokrewniona czy spowinowacona z pacjentem (a więc nie tylko małżonkowie, rodzice czy dzieci pacjentów). Pacjent nie ma również obowiązku informować o charakterze związku łączącego go z osobą upoważnianą.

**Partner tej samej płci jest osobą bliską, która może otrzymać informacje o stanie zdrowia pacjenta w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji.**

Partner tej samej płci to osoba pozostająca we wspólnym pożyciu – może zatem otrzymywać informacje o stanie zdrowia pacjenta, gdy ten jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji.

**Rozmowa na temat orientacji seksualnej pacjenta powinna być uzasadniona względami medycznymi.**

Osoby nieheteroseksualne mają specyficzne problemy zdrowotne – rozmowa na temat ich orientacji seksualnej może zatem być uzasadniona względami medycznymi. Mając jednak na uwadze ochronę prawa do prywatności i intymności pacjentów LGB, w przypadkach, gdy informacja o życiu seksualnym pacjenta jest istotna dla postawienia diagnozy czy skutecznego leczenia, o ile to możliwe, lekarz powinien zadawać pytania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych, a nie orientacji seksualnej pacjenta. Istotne jest stworzenie rzeczowej atmosfery w gabinecie lekarskim, żeby ewentualna rozmowa o życiu seksualnym pacjenta nie powodowała u niego obaw przed dyskryminacją i odkładania decyzji o podjęciu leczenia.



### **Ujawnienie informacji o orientacji seksualnej pacjenta stanowi naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy.**

Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki zobowiązani są do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Informacja o orientacji seksualnej pacjenta uzyskana przy okazji wywiadu czy upoważniania partnera tej samej płci do otrzymywania informacji o stanie zdrowia nie może zostać ujawniona nikomu, nawet innym pracownikom służby zdrowia. Rozpowszechnienie takiej informacji w społeczności lokalnej stanowi ciężkie naruszenie prawa do prywatności i może prowadzić do trwałego pokrzywdzenia pacjenta.

### **Utożsamianie homoseksualizmu z zakażeniem wirusem HIV może stanowić przejaw dyskryminacji ze względu na orientację seksualną.**

Spośród osób, u których wykryto w Polsce zakażenie wirusem HIV, dużą liczbę stanowią mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami, którzy jednocześnie częściej niż mężczyźni heteroseksualni poddają się badaniom<sup>102</sup>. Porównując jednak liczbę zakażonych mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami do szacowanej liczby mężczyzn homoseksualnych w ogóle, założenie, że zakażona wirusem HIV jest większość homoseksualnych mężczyzn, jest błędne.

---

<sup>102</sup> Rocznie poza grupą dawców krwi badanych jest ok. 200 – 300 tysięcy osób. W roku 2011 zakażenia wśród MSM (mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami) stanowiły dwie trzecie wszystkich rozpoznanych zakażeń HIV, zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych 20%, a w wyniku iniekcyjnego używania narkotyków – 12%.

