

Wojciech Lis*

Zgoda pacjenta na czynność medyczną w polskim porządku prawnym

Uwagi wprowadzające

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP¹). By to „Zdrowie zachować człowiek musi korzystać z różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania². Wynika stąd, że chodzi zarówno o interwencje o charakterze leczniczym jak i pozaleczniczym. Prawodawca uzależnił udzielanie świadczeń zdrowotnych od wyrażenia na nie zgody przez bezpośrednio zainteresowanego, należy dodać, że warunkiem ich udzielenia jest uzyskanie zgody pacjenta na realizację konkretnych czynności medycznych składających się na określoną ingerencję medyczną.

Wymóg uzyskania takiej zgody ma swoje umocowanie w Konstytucji RP, która chroni wolność osobistą i nietykalność osobistą (art. 41) oraz prawo do ochrony prawnej życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47). Oznacza to, że bez zgody bezpośrednio zainteresowanego, co do zasady, nie można udzielić mu żadnych świadczeń zdrowotnych. Przyjęte rozwiązanie jest konsekwencją wynikającej z godności człowieka autonomii decyzyjnej. W sposób kompleksowy zagadnienie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych zostało

* DR HAB. WOJCIECH LIS, PROF. KUL – Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm. (dalej: Konstytucja RP).

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1638 z późn. zm.

uregulowane w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty³ oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴. Niestety praktyka związana z realizacją prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych pozostawia wiele do życzenia.

Celem artykułu jest określenie warunków prawnie skutecznej zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wynika to z faktu, że każda czynność medyczna może zostać podjęta i przeprowadzona dopiero po uzyskaniu zgody pacjenta; w konsekwencji wszelkie działania profesjonalistów medycznych ukie-runkowane na dobro pacjenta w zasadzie uzależnione są od jego woli. Natomiast nie jest celem tego artykułu przeprowadzanie szczegółowej analizy prawnego charakteru zgody, który jest dobrze rozpoznany i był już przedmiotem wielu opracowań. W związku z tym zagadnienia te zostaną ograniczone wyłącznie do kwestii najistotniejszych.

Istota i cel zgody

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego ma zawsze charakter konkretny, odnosi się bowiem do ściśle określonego działania lekarza, któremu pacjent zezwala na wykonanie określonej czynności medycznej, jednocześnie na ingerencję w sferę swoich dóbr osobistych. Tym samym zgoda udzielona przez pacjenta wyznacza zakres i warunki takiej ingerencji a jednocześnie zakreśla ramy dla legalnych działań lekarza. Co więcej, zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych nie tylko uchyla bezprawność wkroczenia w sferę dóbr osobistych, ale oznacza także akceptację ryzyka interwencji medycznej i przejęcie go na siebie (działanie na własne ryzyko). W konsekwencji lekarz nie odpowiada za przypadkowe, niekorzystne dla pacjenta następstwa interwencji medycznej⁵. Zgodę charakteryzuje się jako możliwość podejmowania przez jednostkę decyzji zgodnie z własną wolą, dokonywania swobodnego wyboru postępowania w życiu publicznym i prywatnym, nieograniczonego przez inne osoby. Wolność jednostki – w świetle obowiązujących standardów konstytucyjnych – postrzegana jest jako fundamentalna wartość społeczeństwa demokratycznego, przysługująca

³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 125 z późn. zm. (dalej: uzl).

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1318, z późn. zm. (dalej: upp). Status pacjenta nie jest uzależniony jakichkolwiek wymogów formalnych. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 upp pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

⁵ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 stycznia 2017 r., V ACa 146/16, LEX nr 2233014.

jednostce z natury, niepodważalna i niezbywalna, będąca źródłem rozwoju jej osobowości, pomyślności osobistej i postępu społecznego⁶. Dzięki temu działania podejmowane przez lekarza nie mogą być wynikiem jego samowoli ani nawet przekonania o słuszności działania, zawsze muszą być zgodne z wolą osoby, której dotyczą.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r.⁷ stwierdził, że zgoda pacjenta, wyłączająca bezprawność naruszenia dóbr osobistych, jest przejawem woli podobnym do oświadczenia woli, co przemawia za odpowiednim stosowaniem do niej przepisów dotyczących oświadczeń woli oraz czynności prawnych, w szczególności przepisów regulujących skutki złożenia wadliwego oświadczenia woli (art. 82 KC⁸) oraz formę czynności prawnych (art. 73 KC⁹). Celem udzielającego zgody pacjenta nie jest wywołanie określonych skutków prawnych, lecz danie wyrazu woli zadysponowania sobą w zakresie poddania się interwencji medycznej. W przejawach woli skutek prawny następuje niezależnie od woli działającego, z kolei w oświadczeniach wola skierowana jest na jego wywołanie¹⁰. Jest to istotne, gdyż trudno nie dostrzec, iż wskazana interpretacja charakteru prawnego zgody współgra z przedmiotem ochrony przepisu art. 192 § 1 KK¹¹, który ujmowany jest jako prawo pacjenta do samostanowienia o poddaniu się zabiegowi leczniczemu, mające swe źródło w przyrodzonej i nienaruszalnej godności każdego człowieka oraz w gwarantowanej mu wolności osobistej i nietykalności osobistej. Jedynie dodatkowego zaakcentowania wymaga, że unormowanie art. 192 § 1 KK, dając prymat ochronie wolności nad ochroną zdrowia (nawet życia), stanowi przede wszystkim wyraz poszanowania autonomii i woli pacjenta. Do ważności tego oświadczenia (wyrażenia zgody) nie

⁶ Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 marca 2010 r., U 5/07, OTK ZU 2010, nr 3/A.

⁷ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., II CSK 191/05, OSP 2007, nr 7-8, poz. 83.

⁸ Zgodnie z art. 82 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 459 z późn. zm. (dalej: KC) „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych”.

⁹ Zgodnie z art. 73 § 1 KC „Jeżeli ustawa zastrzega dla czynności prawnej formę pisemną, dokumentową albo elektroniczną, czynność dokonana bez zachowania zastrzeżonej formy jest nieważna tylko wtedy, gdy ustawa przewiduje rygor nieważności. § 2. Jeżeli ustawa zastrzega dla czynności prawnej inną formę szczególną, czynność dokonana bez zachowania tej formy jest nieważna. Nie dotyczy to jednak wypadków, gdy zachowanie formy szczególnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków czynności prawnej”.

¹⁰ Szerzej K. Michałowska, Charakter prawny i znaczenie zgody pacjenta na zabieg medyczny, Warszawa 2014, s. 163 i n.

¹¹ Zgodnie z art. 192 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1137 z późn. zm. (dalej: KK) „§ 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

jest konieczna zdolność do czynności prawnych, co wynika zwłaszcza z treści art. 32 ust. 4 i 5 uzł oraz art. 34 ust. 4 uzł dotyczących zgody osób małoletnich powyżej 16 lat oraz osób pozbawionych zdolności do czynności prawnych lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych¹².

Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych ma doprowadzić do zapewnienia względnej równowagi między pacjentem a lekarzem jako partnerów tego samego procesu leczniczego i w konsekwencji zapewnić pacjentowi możliwość współdecydowania o jego przebiegu. Niestety zgoda pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych postrzegana jest przez wielu lekarzy jako dodatkowa uciążliwość realizowana wobec osób, które przecież nie posiadają wiedzy medycznej oraz przejaw braku zaufania. Wychodzą bowiem z założenia, że skoro pacjent dobrowolnie zwrócił się do nich o pomoc i przedstawił swój problem zdrowotny, to tym samym niejako automatycznie wyraził zgodę na realizację wobec niego wszelkich czynności medycznych.

Rodzaje zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Stosownie do postanowień ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po uprzednim wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1 uzł). Samodzielnie zgody udziela pacjent, który jest pełnoletni, nieubezważnowolniony (posiadający pełną zdolność do czynności prawnych) i zdolny do jej świadomego wyrażenia. Od tak określonej zasady dopuszcza się wyjątki. Samodzielną zgodę lub sprzeciw na udzielanie świadczeń zdrowotnych świadczenia zdrowotnego może wyrazić kobieta, która ukończyła 16 lat i za zgodą sądu opiekuńczego zawarła małżeństwo (art. 10 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy)¹³. Poza tym, prawodawca dopuszcza możliwość wykonania niezbędnego zabiegu lekarskiego u osoby pozbawionej wolności (art. 118 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy¹⁴); przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu (art. 26-28a ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁵); przymusowego leczenia i rehabilitacji niepełnoletniej osoby uzależnionej (art. 30 ustawy z dnia

¹² Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2015 r., III KK 14/15, LEX nr 1712821.

¹³ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 682 (dalej: KRiO).

¹⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 665 z późn. zm.

¹⁵ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 487 z późn. zm.

29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁶) oraz obowiązkowego leczenia osób chorych zakaźnie (art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁷).

Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. W przypadku, kiedy zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania takiej osoby zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (art. 32 ust. 2-3 uzl i art. 17 ust. 2 upp). Zgoda wyrażona przez przedstawiciela ustawowego, sąd opiekuńczy bądź opiekuna faktycznego zastępuje zgodę pacjenta niezdolnego do jej wyrażenia ze względu na wiek lub stan świadomości.

Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice wykonujący władzę rodzicielską (art. 98 § 1 KRiO), przysposabiający (art. 114 w zw. z art. 121 § 1 KRiO), opiekun (art. 145 § 1 KRiO) i kurator (art. 178 KRiO). Z reguły władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, co oznacza, że każdy z nich może działać jako przedstawiciel ustawowy dziecka, z tym że o istotnych sprawach dziecka, do których z pewnością należy podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu operacyjnego albo zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, rodzice rozstrzygają wspólnie a w razie braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy (art. 97 KRiO). Władza rodzicielska nie przysługuje w przypadku, kiedy w wyniku orzeczenia sądu opiekuńczego rodzice zostali jej pozbawieni albo władza ta została im ograniczona. W takim przypadku sąd opiekuńczy ustanawia dla dziecka opiekuna prawnego (najczęściej innego członka rodziny albo krewnego dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej), który staje się wówczas jego przedstawicielem ustawowym (art. 94 § 3 KRiO). Z tym, że nie posiada on takich samych uprawnień jak rodzice. Opiekun prawny powinien uzyskać zgodę sądu opiekuńczego we wszystkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego (art. 156 KRiO). „Ważniejszą sprawą” dotyczącą osoby małoletniego jest niewątpliwie wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko. Należy podkreślić, że opiekun prawny przed powzięciem decyzji w „ważniejszych sprawach” powinien wysłuchać pozostającego pod opieką, jeżeli tylko pozwala na to jego rozwój umysłowy i stan zdrowia oraz uwzględnić jego rozsądne życzenia. Od opiekuna prawnego, którego sąd opiekuńczy ustanawia przedstawicielem ustawowym, należy odróżnić opiekuna faktycznego, którym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego,

¹⁶ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 783 z późn. zm.

¹⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1866 z późn. zm.

stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny takiej opieki wymaga (art. 3 ust. 1 pkt 1 upp). Opiekun faktyczny może skutecznie wyrażać zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale jej zakres jest dużo węższy od zakresu zgody przedstawiciela ustawowego czy nawet opiekuna prawnego i dotyczy jedynie zgody na przeprowadzenie badania diagnostycznego, bez ingerencji w ciało pacjenta. Zakres zgody udzielonej przez opiekuna faktycznego ogranicza się zatem wyłącznie do czynności medycznych mających na celu ocenę stanu zdrowia i to z zastosowaniem metod diagnostyki nie stwarzających ryzyka dla pacjenta.

Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody i nie ma przedstawiciela ustawowego ani nawet opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy (art. 32. ust. 8 uzl). W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę taką wyraża jej przedstawiciel ustawowy. Z tym, że w przypadku, kiedy osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest również uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4 uzl).

Osoby ubezwłasnowolnione (częściowo, całkowicie) nie mają prawnej możliwości samodzielnego działania. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun prawny. Do opieki sprawowanej nad ubezwłasnowolnionym całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (art. 175 KRiO). Przedstawiciel ustawowy może rozstrzygać samodzielnie (wyrażając zgodę substytucyjną, zastępczą) albo wspólnie ze swoim podopiecznym (tzw. zgoda kumulatywna, podwójna). Sytuacja osoby ubezwłasnowolnionej jest zatem podobna do sytuacji małoletniego, który nie ukończył 16 lat z tą różnicą, że osoba taka może zostać dopuszczona do udziału w podejmowaniu decyzji na udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem, że jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć w sprawie swoją opinię. Nieco inna jest sytuacja osób ubezwłasnowolnionych częściowo, dla których ustanawia się kuratora (art. 16 § 2 KC). Kurator jest powołany do ich reprezentowania i do zarządu ich majątkiem (art. 181 § 1 KRiO). Nie oznacza to jednak, że przez sam fakt swego ustanowienia automatycznie uzyskuje status przedstawiciela ustawowego. Jego status jako przedstawiciela ustawowego osób ubezwłasnowolnionych częściowo musi wyraźnie wynikać z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora. W związku z tym kurator może wyrazić zgodę na interwencję medyczną pod warunkiem, że wynika to z treści postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora. Oznacza to, że kompetencja do wyrażania zgody na interwencję medyczną jest powiązana *expresis verbis* z przedstawicielstwem ustawowym *sensu stricto*, a nie z jakimś ogólnym prawem do sprawowania pieczy nad osobą ubezwłasnowolnioną.

W kontekście uwag dotyczących wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych należy zwrócić uwagę na to, że zgoda zastępcza jest niespójna, jeżeli chodzi o granice wiekowe małoletniego. Zasadą jest, że w przypadku, kiedy pacjent ukończył 16 lat, na udzielanie mu świadczeń zdrowotnych wymagana jest także jego zgoda (art. 32 ust. 5 uzl). Rozwiązanie to potwierdza art. 17 ust. 3 upp, zgodnie z którym pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku na udzielenie świadczenia zdrowotnego wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Należy podkreślić, że osoba ubezwłasnowolniona wypowiada się wyłącznie w sprawie badania, czyli zwykłej interwencji medycznej, a nie interwencji medycznej o podwyższonym ryzyku (zabiegu operacyjnym albo zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta)¹⁸.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 32 ust. 5 uzl oraz art. 34 ust. 4 uzl granica wiekowa została ustalona na 16 lat. Tymczasem prawodawca w art. 25 ust. 2 uzl dopuszcza do udziału w eksperymencie medycznym małoletniego, który nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznanie wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w takim eksperymencie, pod warunkiem wyrażenia przez niego pisemnej zgody (oprócz zgody przedstawiciela ustawowego), chociaż nie budzi żadnych wątpliwości, że działania eksperymentalne są czymś znacznie bardziej ryzykownym niż świadczenia zdrowotne. Podobne regulacje przewidują art. 17 ust. 1 upp, który przyznaje małoletniemu pacjentowi, który ukończył 16 lat, prawo do wyrażenia samodzielnej zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych; art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym, jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia zdolnej do wyrażenia zgody, to na przyjęcie do szpitala wymagane jest uzyskanie jej zgody¹⁹; art. 4a ust. 4 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, który do wykonania zabiegu przerywania ciąży osoby małoletniej powyżej 13 roku życia wymaga uzyskania jej pisemnej zgody, natomiast małoletnia poniżej 13 lat ma prawo do wyrażenia opinii wobec sądu opiekuńczego uprawnionego do wyrażenia zgody na wykonanie zabiegu

¹⁸ Przyjęte rozwiązanie jest jednak zastanawiające, skoro bowiem przyjmuje się, że osoba ubezwłasnowolniona dysponuje dostatecznym rozeznanie by wyrazić swoją opinię co do badania, to dlaczego nie może jej wyrazić w odniesieniu do każdej innej interwencji medycznej.

¹⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 882.

przerwania ciąży²⁰; art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, który wymaga od małoletniego powyżej 13 lat, będącego dawcą, zgody na pobranie od niego szpiku²¹. Z treści tych przepisów wynika, że zdolność do wyrażenia zgody jest kategorią niezależną od zdolności do czynności prawnych. Takie różnicowanie sytuacji prawnej można postrzegać nie tylko jako brak konsekwencji, ale wręcz także jako podważenie sensu samej idei posługiwania się kryterium wieku przy określaniu zdolności do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. W związku z tym należałoby rozważyć celowość utrzymywania cezury wiekowej, od której uzależniona jest zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych i uzależnić ją wyłącznie od stopnia dojrzałości małoletniego i jego zdolności do kształtowania własnych poglądów. To z kolei oznaczałoby konieczność zapewnienia profesjonalnej opieki psychologicznej pozwalającej na ocenę stopnia dojrzałości małoletniego w jednostkach opieki zdrowotnej.

Jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 6 uzl)²². Przepis ten ma zastosowanie również w sytuacji, kiedy przedstawiciel ustawowy sprzeciwia się wyrażeniu zgody na zabieg leczniczy, a pacjent taką zgodę wyraża. Dotyczy to zarówno zwykłych interwencji medycznych, jak również interwencji medycznych o podwyższonym ryzyku.

Zezwolenie sądu opiekuńczego wymagane jest także w przypadku, kiedy małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się wykonaniu zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko; zezwolenie sądu opiekuńczego wymagane jest oprócz zgody jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody (art. 34 ust. 5 uzl). W przypadku, kiedy dochodzi do kolizji stanowisk lekarza i przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego, ubezwłasnowol-

²⁰ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. 1993, nr 17, poz. 78 z późn. zm.

²¹ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1000 (dalej: ut).

²² Prawodawca w art. 32 ust. 6 uzl przewiduje następujące kategorie pacjentów niezdolnych do samodzielnego wyrażania zgody: małoletnich, ubezwłasnowolnionych oraz niezdolnych do świadomego wyrażania zgody. Dwie pierwsze kategorie to pacjenci, którzy doznali ograniczeń z mocy samego prawa (*de lege*). Z kolei trzecia kategoria to pacjenci ograniczeni *de facto*, czyli wskutek zaistniałych, uzasadnionych okoliczności faktycznych, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.

nionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, który nie zgadza się na podjęcie działań o podwyższonym ryzyku, o konieczności wykonania przez lekarza zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia rozstrzyga sąd opiekuńczy (art. 34 ust. 6 uzl).

Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko także wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 34 ust. 3 uzl). Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda (art. 34 ust. 4 uzl). Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 34 ust. 2 uzl).

Udzielenie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta

Odstępstwo od tych zasad jest możliwe jedynie w przypadkach nadzwyczajnych, kiedy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Zgodnie z wolą prawodawcy w takich przypadkach lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź sądu opiekuńczego. Z tym, że ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 9 uzl). Przyjęte rozwiązanie znajduje także potwierdzenie w treści art. 33 ust. 1 uzl, zgodnie z którym „Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym”. W okolicznościach takiego przypadku decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem (art. 33 ust. 2 uzl).

Co więcej, w sytuacjach nagłych, uzasadnionych zagrożeniem życia albo koniecznością usunięcia niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, czyli w sytuacjach wymagających natychmiastowego działania, lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź sądu opiekuńczego, jeżeli zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody 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 specjalności, który ma pomóc w podjęciu ostatecznej decyzji. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy (art. 34 ust. 7 uzl.). W takich sytuacjach decyzję samodzielnie podejmuje lekarz kierując się dobrem pacjenta. Przyjęte rozwiązanie znajduje swoje uzasadnienie w treści art. 30 uzl., zgodnie z którym „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Postanowienia te chronią wartość w postaci życia i zdrowia ludzkiego i wymuszają określone zachowania w sytuacji niebezpieczeństwa grożącego tym wartościom²³. *A contrario*, jeżeli sytuacja nie jest nagła, czyli nie wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, obowiązkiem lekarza jest uzyskanie zgody podmiotu uprawnionego.

Szczególną sytuację, w której może dojść do działania lekarza bez zgody pacjenta, właściwie do działania wykraczającego poza zakres zgody udzielonej przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego przewiduje art. 35 ust. 1 uzl. Zgodnie z jego treścią, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Przyjęte rozwiązanie zostało stworzone na potrzeby praktyki lekarskiej, z której jasno wynikało, że w niektórych przypadkach lekarz może postawić diagnozę dopiero w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego. Znajduje on zastoso-

²³ Zob. Ł. Caban, M. Urbańska, Komentarz do art. 30, [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, M. Kopec (red.), Warszawa 2016, s. 662.

wanie wtedy, kiedy zmiana zakresu zabiegu operacyjnego była niemożliwa do przewidzenia, a konieczność jej dokonania wynikła dopiero w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego na skutek ujawnienia się okoliczności, o których uprzednio lekarz nie wiedział²⁴.

Warunki i forma wyrażenia zgody

By zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogła być uznana za wyrażoną prawidłowo musi być niewadliwa. Przyjmuje się, że zgoda jest niewadliwa, kiedy została wyrażona dobrowolnie przez osobę do tego uprawnioną, działającą z dostatecznym rozeznaniem, w odpowiedniej formie, a czynność stanowiąca przedmiot zgody nie sprzeciwia się ustawie lub zasadom współżycia społecznego. Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych musi mieć charakter uprzedni („zgoda na” poddanie się określonym czynnościom), co oznacza, że musi być wyrażona przed przystąpieniem do udzielania świadczenia zdrowotnego. Zgoda musi być niewątpliwa (nie pozostawiająca żadnej niepewności, co do stanowiska pacjenta), czyli zostać wyrażona pozytywnie, gdyż ani zachowanie milczenia ani brak sprzeciwu nie oznacza jeszcze wyrażenia zgody. Prawo polskie tylko w jednym przypadku przewiduje zgodę domniemaną – transplantacji *ex mortuo*. Jeżeli dawca za życia nie wyraził sprzeciwu na pobranie jego komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia lub pobrania komórek lub tkanek w celu ich zastosowania u ludzi w razie jego śmierci, to oznacza to wyrażenie zgody na dokonanie takiej interwencji medycznej (art. 5 ust. 1 ut). Innymi słowy, wyrażenie zgody na transplantację *ex mortuo* polega na tym, że jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu, to pobieranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok dla celów diagnostycznych, leczniczych, dydaktycznych i naukowych jest zgodna z prawem (art. 4 i 5 ut). W ten sposób zasada zgody domniemanej (którą za życia można przecież uchylić) pozwala chronić autonomię jednostki w zakresie dysponowania swoim ciałem także po śmierci²⁵.

Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych może być wyrażona w każdy sposób byle tylko intencja pacjenta (lub osób wyrażających zgodę w jego imieniu) mogła zostać jednoznacznie zidentyfikowana, a zatem może być wyrażona ustnie albo poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza świadczeniom zdrowotnym²⁶. W praktyce przyjęcie zgody wyrażonej ustnie lub zgody

²⁴ Zob. U. Drozdowska, W. Wojtal, *Zgoda i informowanie pacjenta*, Warszawa 2010, s. 99.

²⁵ Zob. D. Karkowska, *Komentarza do art. 18, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 375.

²⁶ Miarodajna, legalizująca działanie lekarza zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego to taka zgoda, która stanowi wyraz jego własnej, świadomej (zarówno od strony zdolności psychofizycznej

dorozumianej może mieć zastosowanie w sytuacji, kiedy chodzi o czynności rutynowe, które nie wiążą się z żadnym ryzykiem dla pacjenta albo ryzyko to jest niewielkie. Tego rodzaju zgoda (z uwagi na komfort pracy lekarza oraz czas niezbędny dla świadczenia usług) jest wystarczająca w przypadku większości świadczeń zdrowotnych, np. badania fizykalnego pacjenta czy prostych badań diagnostycznych, np. pobrania krwi do badań laboratoryjnych. W sytuacji, kiedy interwencja medyczna wiąże się z podwyższonym ryzykiem prawodawca wymaga zgody pisemnej. Do świadczeń zdrowotnych związanych z podwyższonym ryzykiem zalicza się wszystkie zabiegi operacyjne oraz metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, np. metody radioterapeutyczne czy wszelkiego rodzaju metody inwazyjne. Do zachowania formy pisemnej wystarczy złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie obejmującym treść oświadczenia woli (art. 78 § 1 KC). Należy podkreślić, że niezachowanie formy pisemnej nie prowadzi automatycznie do uznania, że zgoda nie została wyrażona. Prawodawca nie zastrzegł bowiem dla skutecznego wyrażenia zgody formy pisemnej pod rygorem nieważności; forma pisemna ma znaczenie wyłącznie dla celów dowodowych. W konsekwencji niezachowanie formy pisemnej prowadzi do trudności dowodowych, o ile pacjent będzie wskazywał, że zgoda nie została udzielona, ale nie do pozbawienia jej mocy prawnej. Zgodnie z art. 74 § 1 KC zastrzeżenie formy pisemnej bez rygору nieważności ma tylko ten skutek, że w razie jej niezachowania nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności, przy czym reguła powyższa nie znajduje zastosowania, kiedy zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie w celu wywołania określonych skutków prawnych. Wyjątki od powyższej reguły przewidziane zostały w art. 74 § 2-3 KC. Stosownie do ich postanowień, mimo niezachowania formy pisemnej przewidzianej dla celów dowodowych dowód z zeznań świadków lub z przesłuchania stron jest dopuszczalny, jeżeli obie strony wyrażą na to zgodę albo fakt dokonania czynności prawnej jest uprawdopodobniony za pomocą dokumentu. Jeżeli forma pisemna jest zastrzeżona dla oświadczenia jednej ze stron, w razie jej niezachowania dowód z zeznań świadków lub z przesłuchania stron na fakt dokonania tej czynności jest dopuszczalny także na żądanie drugiej strony²⁷.

udzielającego zgody, jak i rozważenia niezbędnych jej przesłanek) oraz swobodnej i dobrowolnej (nieobciążonej wadą błędu, czy przymusu) decyzji. Respektowanie przez lekarza opisywanej zgody możliwe jest tylko wówczas, kiedy wola poddania się proponowanym czynnościom medycznym zostanie mu przez pacjenta w sposób niebudzący wątpliwości ujawniona, zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2015 r., III KK 14/15, LEX nr 1712821.

²⁷ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., II CSK 191/05, OSP 2007, nr 7-8, poz. 83.

Obowiązek informacyjny

Warunkiem skutecznego wyrażenia zgody jest informacja. Zgoda oznacza bowiem aprobatę, akceptację, a zatem już z istoty tego pojęcia wynika świadomość, wiedza o okolicznościach, na które zostaje udzielona²⁸. Informacja oznacza element wiedzy przekazywanej za pomocą języka lub innego kodu i stanowi czynnik zmniejszający stopień niewiedzy o jakimś zjawisku, umożliwiając człowiekowi polepszenie znajomości otoczenia i sprawniejsze przeprowadzenie celowego działania²⁹. Z treści art. 31 ust. 1 uzł oraz art. 9 ust. 2 upp wynika, że pacjent i/albo jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do szerokiego zakresu informacji, dotyczącego różnych etapów procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, mianowicie, do informacji o: stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniach na przyszłość.

Obowiązek udzielenia informacji spoczywa na lekarzu, który zobligowany jest udzielić jej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, natomiast za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego może udzielić informacji również innym osobom (art. 31 ust. 1 uzł i art. 9 ust. 3 upp). Informacja powinna być udzielona w przystępny i zrozumiały dla odbiorcy sposób, ponieważ ma być podstawą do podjęcia świadomej decyzji i wyrażenia zgody, bądź nie, na czynność medyczną. By tak się stało, lekarz zobowiązany jest wytłumaczyć pacjentowi jaki jest stan jego zdrowia, na czym polega choroba, jak będzie przebiegać leczenie i jakie są jego rokowania. Wynika stąd, że lekarz nie tylko ma leczyć, ale również prowadzić swego rodzaju działalność edukacyjną. To z kolei wymaga od niego właściwego podejścia do osób, którym udziela informacji, czyli delikatności, wyrozumiałości i odpowiedniego przygotowania komunikacyjnego. Obowiązek informacyjny musi być realizowany wobec wszystkich pacjentów, którzy ukończyli 16 lat. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 upp³⁰, przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – opiekunowi faktycznemu (art. 31 ust. 6 uzł). Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania (art. 31 ust. 7 uzł).

²⁸ Zob. I. Bernatek-Zagula, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 65.

²⁹ Zob. *Słownik współczesny języka polskiego*, B. Dunaj (red.), Warszawa 1998, s. 320.

³⁰ Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 upp osobą bliską jest małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być zgodą wyrażoną świadomie. Przyjmuje się, że pacjent działa świadomie, kiedy posiada wiedzę o tym, jakiej interwencji medycznej powinien się poddać, dlaczego i jakie wiązać się z tym konsekwencje; nie może bowiem skutecznie udzielić zgody na coś o czym nic nie wie. By skutecznie i w pełni świadomie wyrazić zgodę na interwencję medyczną pacjent musi wiedzieć, co obejmuje przedmiot zgody, jakie jest ryzyko takiej interwencji oraz jej następstwa, a w szczególności te, które mogą prowadzić do powikłań. Chodzi bowiem o to, by pacjent z całą świadomością poddał się interwencji medycznej albo z niej zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka pogorszenia swego stanu zdrowia³¹. W związku z tym lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o rodzaju i celu interwencji medycznej oraz o wszystkich następstwach, które są zwykle jej skutkiem, czyli o pożądanych – ze względu na jej cel – skutkach interwencji medycznej i o innych jej skutkach oraz powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Przy czym wystarczające jest ogólne określenie możliwych następstw interwencji medycznej oraz wskazanie, czy zagrażają one życiu pacjenta, ewentualnie jaki mogą mieć wpływ na prawidłowe funkcjonowanie jego organizmu³². Uzyskanie zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej³³. Przy czym w każdej sytuacji lekarz zobowiązany jest do udzielenia informacji o normalnych, typowych następstwach proponowanej interwencji medycznej. Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa interwencji medycznej, zwłaszcza, jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i nie można określić stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia³⁴. Lekarz powinien więc poinformować pacjenta o rodzaju i celu interwencji medycznej oraz o wszystkich następstwach, które są zwykle jej skutkiem, tj. pożądanych – ze względu na cel – skutkach interwencji medycznej, jak i o skutkach ubocznych. Nie można jednak wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw interwencji medycznej i zawierała ich dokładny opis.

³¹ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.

³² Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., II CSK 191/05, OSP 2007, nr 7-8, poz. 83.

³³ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2012 r., I ACa 443/12, LEX nr 1237851; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 lutego 2014 r., I ACa 377/13, LEX nr 2012555.

³⁴ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 września 1999 r., II CKN 511/96, LEX nr 453701.

Wystarczające jest ogólne określenie możliwych następstw interwencji medycznej oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta, ewentualnie jaki mogą mieć wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu³⁵. Obowiązek informacyjny nie sięga tak daleko, by obejmował wszelkie możliwe skutki uboczne i powikłania, zwłaszcza wtedy, kiedy prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest znikome³⁶. Nie można bowiem oczekiwać, by lekarz informował pacjenta o wszystkich, nawet najbardziej nieprawdopodobnych skutkach interwencji medycznej. Tak rozumiane prawo pacjenta do informacji wykluczałoby praktycznie wykonanie każdej bardziej skomplikowanej interwencji medycznej, z uwagi na szereg potencjalnych powikłań, niejednokrotnie niezwykle rzadkich i niemożliwych do przewidzenia³⁷.

Wydaje się, że im poważniejsza interwencja medyczna, tym bardziej obszerna i szczegółowa powinna być informacja. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, by podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanej interwencji medycznej³⁸. Przy czym zakres przekazywanych informacji powinien być zindywidualizowany, czyli dostosowany do konkretnego pacjenta. Nie wystarczy zatem samo przekazanie informacji, od lekarza wymaga się, by informacja była przekazana w sposób dla pacjenta zrozumiały i co więcej, w sposób kompleksowy, czyli ze wskazaniem nie tylko proponowanej, ale także innej możliwej do zastosowania w konkretnym przypadku metody leczenia lub diagnostyki. Pacjent, by mógł dokonać świadomego wyboru, musi bowiem zostać poinformowany także o alternatywnych metodach leczenia lub diagnostyki, jeżeli istnieją, nawet kiedy nie są one stosowane w jednostce opieki zdrowotnej, do której pacjent się stawiał. Należy dodać, że udzielając pacjentowi wymaganych informacji, lekarz powinien unikać składania zapewnień, że proponowana metoda jest całkowicie bezpieczna i nie łączy się z nią żadne ujemne dla zdrowia następstwa. Jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia kilkoma różnymi metodami, powinien być przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z ich zastosowania, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, by mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody. Brak informacji

³⁵ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., II CSK 191/05, OSP 2007, nr 7-8, poz. 83.

³⁶ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 stycznia 2017 r., V ACa 146/16, LEX nr 2233014.

³⁷ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 czerwca 2015 r., VI ACa 1404/14, LEX nr 1843180.

³⁸ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206.

o alternatywnych metodach leczenia oznacza, że informacja nie została przekazana i w konsekwencji zgoda jest prawnie nieskuteczna³⁹. W sytuacji, gdy istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze wybór jednej z nich należy do pacjenta. Wybór ten lekarz ma obowiązek uszanować, nawet jeżeli jego zdaniem nie jest on trafny. Wprawdzie z przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ta zasada nie wynika wprost, jednakże zasadę tę należy wyprowadzić chociażby z jej art. 31 ust. 1, gdzie mowa jest o informacji m.in. o „proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych”. Po to prawodawca zamieścił to sformułowanie, by dać wyraz temu, że wybór określonej metody pozostawia pacjentowi. Oczywistym jest, że pacjent – z reguły – jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania i terapii, dlatego lekarz powinien uczynić wszystko, by przekonać pacjenta do optymalnej, jego zdaniem, metody diagnostycznej lub terapeutycznej. Wynika to z istoty staranności zawodowej lekarza. Ostateczna decyzja należy jednak do pacjenta, który zresztą może wybrać metodę mniej inwazyjną lub nawet o zmniejszonej skuteczności terapeutycznej, także ze względów pozamedycznych. O wyborze tym przesądzają przekonania pacjenta, jego indywidualna wrażliwość na ból, podatność na alergię i inne cechy osobnicze, którym daje wyraz, wypowiadając swoje zdanie. Lekarz powinien go w dokonaniu wyboru efektywnie wspomagać, nie odpowiada jednak za rezultat swojej perswazji. Pacjent może pozostać nieprzekonany do proponowanej przez lekarza bardziej efektywnej metody, ale i taką jego wolę należy uszanować⁴⁰.

Dzięki informacjom o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu pacjent staje się nie tylko partnerem lekarza, ale także współodpowiedzialnym za rezultat leczenia. Od tych informacji zależy bowiem wyrażenie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale także przedsięwzięcie przez pacjenta innych działań zmierzających do osiągnięcia celu zdrowotnego, w tym przede wszystkim wzbudzenia w sobie woli walki i chęci przezwyciężenia choroby.

Na marginesie należy dodać, że po uzyskaniu informacji pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie (art. 9 ust. 5 upp), co w konsekwencji powinno stanowić otwarcie dyskusji, którą w praktyce lekarze całkowicie ignorują. Tymczasem z treści tego przepisu wynika, że prawodawca przewiduje dialog między lekarzem a pacjentem celem urzeczywistnienia prawa

³⁹ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., I ACa 51/10, LEX nr 653696; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 13 lipca 2011 r., I ACa 57/11, LEX nr 898650; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211 885; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., I ACa 355/13, LEX nr 1383480.

⁴⁰ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885.

do informacji i prawa do wyrażenia zgody⁴¹. Nic bardziej nie zbliża ludzi i nie buduje więzi wzajemnego zaufania, tak potrzebnego zwłaszcza w relacjach lekarz-pacjent, niż dialog.

Lekarz zostaje zwolniony z obowiązku udzielenia informacji na wyraźne żądanie pacjenta (art. 31 ust. 3 uzł i art. 9 ust. 4 upp). W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić i jemu żądanej informacji (art. 31 ust. 4 uzł). Należy podkreślić, że w przypadku skorzystania z przywileju terapeutycznego lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli wymaga tego dobro pacjenta, ale nie może zaniechać informowania w ogóle. Jeżeli więc, w okolicznościach konkretnego przypadku, lekarz zdecyduje się skorzystać z takiej możliwości, to mimo wszystko jest zobowiązany udzielić informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. Przy czym osoba taka musi być jednoznacznie wskazana przez pacjenta. O jej wyborze nie decyduje lekarz, tylko bezpośrednio zainteresowany pacjent. Z kolei lekarz przed udzieleniem informacji zobowiązany jest upewnić się czy osoba ich żądająca została do tego upoważniona przez pacjenta. Niestety tego rodzaju zachowanie lekarzy nie jest w praktyce powszechne.

Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych może zostać odwołana w każdym czasie, zarówno przed jak i w trakcie jego udzielania. Podstawą przyjęcia odwołalności zgody jest art. 27 uzł, który wprowadzając wymóg uzyskania zgody na eksperyment medyczny, zezwala jego uczestnikowi na jej cofnięcie w każdym momencie. Skoro zatem możliwe jest cofnięcie zgody na eksperyment, który jest świadczeniem zdrowotnym szczególnego rodzaju, to tym bardziej możliwe jest cofnięcie zgody na każde inne świadczenie zdrowotne.

Ciężar dowodu wykonania obowiązku udzielenia pacjentowi lub innym uprawnionym przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych spoczywa na lekarzu⁴². Zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu, wyrażoną w art. 6 KC, ciężar udowodnienia relewantnego prawnie faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Za nałożeniem na lekarza ciężaru dowodu przemawiają również argumenty natury funkcjonalnej – tylko lekarz może przeprowadzić taki dowód, ponieważ dysponuje on dokumentacją medyczną pacjenta⁴³. Oznacza to, że w celu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu naruszenia dóbr osobistych

⁴¹ Zob. U. Drozdowska, W. Wojtal, *Zgoda i informowanie pacjenta*, Warszawa 2010, s. 46.

⁴² Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131.

⁴³ Zob. D. Karkowska, *Komentarz do art. 9, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 246.

lekarz powinien udowodnić fakt udzielenia pacjentowi informacji i uzyskania jego prawidłowo wyrażonej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Podsumowanie

Zgoda pacjenta jest warunkiem udzielenia każdego świadczenia zdrowotnego. W relacji lekarz – pacjent, to pacjent jest decydem co do wszelkich czynności odnoszących się do jego organizmu i podejmowanych wobec niego interwencji medycznych. Od jego świadomości, opartej na informacji udzielonej przez lekarza, ale także własnych doświadczeń, zależy to, czy na daną czynność medyczną wyrazi zgodę czy nie. W środowisku lekarskim trudnym do zaakceptowania jest fakt, że pacjent ma „coś” do powiedzenia w sprawach własnego zdrowia. Niemniej jednak obowiązek uzyskania jego zgody na czynność medyczną jest wyrazem poszanowania jego autonomii i prawa do samostanowienia. Przykładem tego jest już uprawnienie przyznane pacjentowi małoletniemu do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, do bycia wysłuchanym i wyrażenia własnego zdania w kwestii zdrowia oraz proponowanej interwencji medycznej, nawet jeżeli wymagana jest zgoda kumulatywna, czy tylko zgoda przedstawiciela ustawowego, by świadczenie zdrowotne mogło zostać zrealizowane.

Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych inicjuje zatem wszelkie czynności o charakterze diagnostyczno-leczniczym. Stanowi wyraz uznania jego podmiotowości a zarazem jest swego rodzaju kontrolą działań podejmowanych przez lekarzy, tym bardziej, że może zostać odwołana w każdym czasie w przypadku utraty zaufania do lekarzy albo przekonania o celowości podejmowanych przez nich działań. By zgoda była ważna i skuteczna musi spełniać kilka warunków. Przede wszystkim, pacjent musi wiedzieć, na co się godzi i jakie konsekwencje spowoduje udzielona przez niego zgoda. Poza tym, zgoda musi być wyrażona świadomie, w momencie, kiedy stan jego zdrowia pozwala na przyjęcie ze zrozumieniem informacji udzielanej mu przez lekarza. Co więcej, lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o alternatywnych metodach leczenia, które mogą być zastosowane w określonej sytuacji klinicznej realizując tym samym uprawnienie pacjenta do współdecydowania o wyborze metody terapeutycznej. Niewątpliwie zmusza to lekarzy do większego zaangażowania się w każdy indywidualny przypadek, ale dzięki temu podkreśla rolę pacjenta w procesie diagnostyczno-leczniczym i chroni go przed arbitralnością ze strony lekarzy-profesjonalistów w swojej dziedzinie.

Bibliografia

Akty normatywne:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.
Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 682.
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 459 z późn. zm.
Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 487 z późn. zm.
Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. 1993, nr 17, poz. 78 z późn. zm.
Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 882.
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 125 z późn. zm.
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1137 z późn. zm.
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 665 z późn. zm.
Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1000.
Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 783 z późn. zm.
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1318, z późn. zm.
Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1866 z późn. zm.
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 1638 z późn. zm.

Orzecznictwo:

- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 marca 2010 r., U 5/07, OTK ZU 2010, nr 3/A.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 września 1999 r., II CKN 511/96, LEX nr 453701.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., II CSK 191/05, OSP 2007, nr 7-8, poz. 83.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.
Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.
Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2015 r., III KK 14/15, LEX nr 1712821.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., I ACa 51/10, LEX nr 653696.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 13 lipca 2011 r., I ACa 57/11, LEX nr 898650.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2012 r., I ACa 443/12, LEX nr 1237851.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., I ACa 355/13, LEX nr 1383480.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 lutego 2014 r., I ACa 377/13, LEX nr 2012555.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 czerwca 2015 r., VI ACa 1404/14, LEX nr 1843180.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 stycznia 2017 r., V ACa 146/16, LEX nr 2233014.

Literatura przedmiotu:

- Bernatek-Zagula I., Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej, Toruń 2008.
Caban Ł., Urbańska M., Komentarz do art. 30, [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Kopeć M. (red.), Warszawa 2016.
Drozdowska U., Wojtal W., Zgoda i informowanie pacjenta, Warszawa 2010.
Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2016.
Słownik współczesny języka polskiego, B. Dunaj (red.), Warszawa 1998.

Streszczenie

Każdy człowiek, jako podmiot wolności i praw, samodzielnie decyduje o sposobie skorzystania z nich. Od niego więc zależy decyzja co do poddania się czynności medycznej koniecznej ze względu na stan zdrowia. By decyzja ta była prawnie skuteczna musi być podjęta w sposób dobrowolny, świadomy oraz zostać wyrażona w sposób nie budzący wątpliwości przed przystąpieniem do poddania się konkretnej czynności medycznej. W ten sposób pacjent uzyskuje realny wpływ na proces swojego leczenia i staje się partnerem lekarza w podejmowanych przez niego działaniach. Zgoda na czynność medyczną stanowi wyraz poszanowania autonomii pacjenta i jego prawa do samostanowienia.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, świadczenia zdrowotne, zgoda pacjenta, obowiązek informacyjny.

Patient's consent to a medical activity in the Polish legal order

Summary

Every men, as a subject of freedom and rights, independently decides how to use them. It is up to him, therefore, to decide whether to undergo the medical act necessary for health. In order for the decision to be legally effective, it must be voluntary, conscious, expressed in a way that does not raise any doubts before proceeding to a specific medical activity. In this way, the patient gets a real influence on the process of his treatment and becomes a partner of the doctor in the actions taken by him. Consent to a medical act is an expression of respect for the patient's autonomy and his right to self-determination.

Keywords: healthcare, health benefits, patient's consent, information obligation.
