

Prawo do informacji

The right to information

Rafał Kubiak

*Zakład Nauki o Przestępstwie Uniwersytetu Łódzkiego
Zakład Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Abstract

The right to self-determination, including the decision on treatment, is affirmed in modern societies. Therefore, the fundamental condition of legal procedures is informed consent of a patient or an authorised person. However, to make the consent legally effective, some conditions have to be met; of these, the provision of comprehensive medical information is of the utmost importance. Thus, a patient is entitled to necessary information provided by a physician. The correlate of this right is the obligation to disclose information which must be fulfilled by a medical practitioner. The aim of this review is to examine this obligation in terms of determining the range of subjects authorised to provide information, the scope of subject information or a set of data, and the manner and time in which it should be given. Moreover, this article discusses regulations which permit limitations of information disclosure, i.e. the patient's entitlement to renounce the right to information, and therapeutic privilege.

The disquisition regards achievements of legal doctrine and judicature, from the angle of which all the legal solutions and doubts arising are presented.

Key words: informed consent, patient, the right to information, therapeutic privilege, obligation to disclose information (disclosure)

Słowa kluczowe: zgoda, pacjent, prawo do informacji, przywilej terapeutyczny, obowiązek informacyjny

Anestezjologia Intensywna Terapia 2014, tom XLVI, nr 3, 192–208

We współczesnych demokracjach, afirmujących wolność jednostki i jej prawo do samostanowienia, także w aspekcie poddania się zabiegom medycznym, przyjęto fundamentalną zasadę, że dla legalności interwencji medycznej niezbędna jest zgoda pacjenta (lub innej kompetentnej osoby). Sam akt aprobaty nie ma jednak charakteru formalnego, lecz muszą być spełnione określone przesłanki, by zgoda wywoływała skutki prawne. Jedną z nich jest poinformowanie decydenta, bowiem tylko wówczas, gdy posiada on

odpowiednią wiedzę o swej sytuacji, potencjalnej alternatywie postępowania oraz następstwach ewentualnego rozstrzygnięcia, może on udzielić tzw. uświadomionej zgody. Stąd też w aktualnych regulacjach prawnych oraz normach etyczno-deontologicznych, adresowanych do poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych, głównie lekarzy, silnie akcentuje się powinność informacyjną, jaka na nich ciąży, a której odpowiada prawo pacjenta do informacji (tzw. obowiązek objaśnienia — *Aufklärungsp-*

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu z:

Kubiak R: The right to information. Anaesthesiol Intensive Ther 2014; 47: 180–194.

flicht; informed consent, czyli uświadomienie pacjenta)¹ [1]. Niewykonanie tego obowiązku powoduje, że zgoda, choćby formalnie wyrażona, nie jest prawnie relewantna, czyli zaistnieje sytuacja taka, jakby w ogóle zgody nie było. Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może zaś ponieść odpowiedzialność cywilną, a nawet karną (na podstawie art. 192 Kodeksu karnego, zwanego dalej „K.k.”²). Na tego rodzaju skutki zwracano uwagę w judykaturze już w latach 70. XX wieku. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 listopada 1972 r. wskazał bowiem, że „[...] zgoda chorego na zabieg operacyjny musi być wynikiem świadomego wyboru. Brak takiej zgody czyni zabieg prawnie nieusprawiedliwionym i uzasadnia odpowiedzialność Skarbu Państwa na podstawie art. 417 k.c.”³. Taka linia orzecznicza została podtrzymana także w nowszym orzecznictwie. Przykładowo Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 9 września 2005 r. uznał, iż: „Podkreślić więc trzeba, że lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę niedotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej 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 lekarskiej”⁴. Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 18 marca 2005 r.⁵ oraz można je spotkać w najnowszych wypowiedziach orzeczniczych⁶. Poglądy takie zostały sformułowane także

w literaturze. Już w latach 60. XX wieku M. Sośniak twierdził, że zabieg wykonany bez skutecznej prawnie zgody, nawet jeśli został przeprowadzony *lege artis*, jest bezprawny i może uzasadniać odpowiedzialność cywilną lekarza [2]. Także współcześnie popierane jest takie stanowisko. Przykładowo, zdaniem P. Daniluka, brak udzielenia informacji ewentualnie przekazanie jej, ale w sposób nieprzystępny, albo podanie nieprawdziwych danych, prowadzi do tego, że pacjent nie może podjąć świadomej decyzji. Tym samym jego zgoda jest nieskuteczna prawnie, a zabieg zostaje wykonany bez wymaganego zezwolenia [3–5]⁷.

Nie ulega zatem wątpliwości, że przysługujące pacjentowi prawo do informacji ma istotne znaczenie i jest skorelowane z wyrażeniem uświadomionej zgody na zabieg. Warto jednak odnotować, że współczesne ustawodawstwo pozwala na przekazanie danych także innym osobom (np. upoważnionym przez pacjenta oraz tzw. osobom bliskim), które nie podejmują decyzji terapeutycznych. Co prawda zaniechanie informowania takich osób nie wpływa na legalność zabiegu, ale regulacja ta ma doniosłe znaczenie praktyczne (np. umożliwia zawiadamianie małżonka pacjenta jego o stanie, gdy pacjent jest nieprzytomny) oraz dozwala pracownikowi medycznemu na podanie osobom trzecim informacji, objętych co do zasady, tajemnicą medyczną.

EWOLUCJA ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH I ETYCZNO-DEONTOLOGICZNYCH DOTYCZĄCYCH PRAWA DO INFORMACJI. AKTUALNE ŹRÓDŁA PRAWA

Mimo że prawo do informacji odgrywa tak istotną rolę, rozwiązania prawne dotyczące tej materii pojawiały się stosunkowo niedawno. Ustawodawstwo medyczne z okresu międzywojennego oraz ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza⁸ nie zawierały bowiem takich unormowań. W czasie obowiązywania tych przepisów w judykaturze i doktrynie postulowano jednak konieczność udzielania informacji pacjentowi. Przykładowo w orzeczeniu z dnia 8 maja 1934 r. Sąd Najwyższy uznał, że „Lekarz, dokonywujący zabiegu, chociażby nieoperacyjnego, ale

¹ A. Liszewska wskazuje, że w literaturze niemieckiej dokonuje się odróżnienia tzw. objaśnienia terapeutycznego (*therapeutische Aufklärung*) oraz objaśnienia w celu samostanowienia (*Selbstbestimmungsaufklärung*). To pierwsze przybiera postać swoistego instruktażu i skupia się na wyjaśnieniu pacjentowi, jak powinien postępować, by uzyskać optymalny rezultat leczniczy. Natomiast w tym drugim przypadku zakres przekazywanych danych jest szerszy, gdyż muszą one pozwolić choremu na świadome podjęcie decyzji terapeutycznych.

² Przepis ten typizuje przestępstwo polegające na wykonaniu zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Czyn ten jest zagrożony alternatywnie: grzywną (do 1 080 000 zł), karą ograniczenia wolności (od 1 do 12 miesięcy) albo karą pozbawienia wolności do lat 2.

³ Sygn. akt: I CR 463/72, OSN, 4/1975, s. 585.

⁴ Sygn. akt: I ACa 236/05, LEX nr 175206.

⁵ Sygn. akt: I ACa 784/04, „Prawo i Medycyna”, Nr 2/2007, s. 138. Sąd orzekł, że: „Wina funkcjonariusza ma miejsce nie tylko wówczas, gdy sam zabieg skutkujący powstaniem szkody, w rozumieniu art. 361 k.c., zawierał elementy zawinienia, ale także wówczas, jeżeli proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia operowanego”.

⁶ Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 15 listopada 2012 r. podkreślił, że „Brak świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzial-

ność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu — nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wówczas, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aproba pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda”. Sygn. akt: I ACa 596/12, LEX nr 1246866.

⁷ M. Nesterowicz podkreśla, że „udzielenie informacji nierzetelnych, dezinformacja oraz niewydanie skierowania na badania specjalistyczne, gdy jest to konieczne dla określenia stanu zdrowia pacjenta [...] stanowi o winie lekarza”.

⁸ Dz. U. Nr 50, poz. 458, z późn. zm.

mogącego pociągnąć za sobą skutki szkodliwe dla zdrowia pacjenta, obowiązany jest uprzedzić go o ewentualnej szkodliwości zabiegu oraz uzyskać jego zgodę na dokonanie tego zabiegu⁹. Po II wojnie światowej pojawiły się głosy, że lekarz powinien przekazywać choremu wiadomości na temat jego stanu zdrowia, proponowanych zabiegów i stopnia ich konieczności, co pozwoliłoby choremu na podjęcie decyzji o poddaniu się takiej interwencji medycznej [6]. Wspomniana ustawa o zawodzie lekarza z 1950 r. w art. 17 wymagała zgody pacjenta (ewentualnie jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) na zabieg operacyjny. Nie określała jednak warunków skuteczności tej aprobaty, a w szczególności nie formułowała powinności informacyjnej. W doktrynie uznawano jednak, że obowiązek taki ciąży na lekarzu. Zdaniem J. Marowskiego taka konstatacja wynikała z konieczności uzyskania niewadliwej zgody, a zatem uświadomionej. Autor twierdził także, że omawiany obowiązek w jednakowym stopniu dotyczy zarówno lekarzy zatrudnionych w placówkach publicznych (tzw. społecznej służby zdrowia), jak i prowadzących tzw. prywatną praktykę [7]. Potrzebę przekazywania informacji dostrzegał także M. Sośniak, który rozważał zakres obowiązku informacyjnego, a w szczególności jego ograniczenia [8]. Szerzej zagadnienie to analizował także M. Nesterowicz, który określał warunki, po spełnieniu których lekarz mógłby zaniechać (ewentualnie ograniczyć) przekazywania informacji [9] (konstrukcja tzw. przywileju terapeutycznego — obecnie art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zwanej dalej „UZL”¹⁰). Poglądom zgłaszanym w piśmiennictwie towarzyszyło wprowadzanie omawianego wymogu do aktów etyczno-deontologicznych. Przykładowo, zgodnie z pkt. B.I.6. Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z 1967 r., lekarz został zobowiązany do poinformowania „chorego bądź jego opiekuna o zamierzonych zabiegach i metodach postępowania” [10]. Analogiczne rozwiązania przyjęto w Zbiorze zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza z 1977 r. Zasada nr 12 wymagała bowiem, żeby lekarz przekazał choremu lub jego opiekunowi dane „o rodzaju choroby, na którą cierpi chory, o aktualnym stanie zdrowia i rokowaniu, a także o zamierzonym postępowaniu leczniczym”¹¹. Aktualnie problematyce tej poświęcone są art. 13, 16 i 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej (zwanego dalej „KEL”). Unormowania te są w pewnym stopniu koherentne z regulacją prawną i stanowiły jej pierwowzór.

Mimo rozbudowanego dyskursu w doktrynie w okresie PRL oraz spisania norm etyczno-deontologicznych, polski

ustawodawca zdefiniował omawianą powinność dopiero w latach 90. XX wieku. Po raz pierwszy prawo do informacji zostało określone w art. 19 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹². Przepis ten, pośród innych praw pacjenta, wymieniał bowiem uprawnienie do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz do wyrażenia uświadomionej zgody (tj. po „uzyskaniu odpowiedniej informacji”) na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych albo do wyrażenia odmowy. Komentatorzy tego przepisu podnosili, że choć ujęcie prezentowanego uprawnienia było dość „lakoniczne”, to odgrywało istotną rolę. Określało bowiem prawo pozbawione wszelkich wyjątków i służące aktywnemu i świadomemu uczestniczeniu pacjenta w procesie terapeutycznym [11]. Niestety, unormowanie to nie wskazywało zakresu udzielanych informacji oraz podmiotów, którym przysługiwało to uprawnienie (oprócz pacjenta). Poza tym miało zastosowanie jedynie do chorych, którym udzielano świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej. Nie odnosiło się zatem do lekarzy prowadzących praktykę zawodową. Nieco szerzej problematyka ta została uregulowana w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹³. Akt ten statuuje jako zasadę dobrowolność leczenia i hospitalizacji osób mających zaburzenia psychiczne. Konieczna jest zatem uświadomiona zgoda takich osób. Ustawodawca zdecydował więc, że chory powinien zostać w dostępny sposób poinformowany „o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, [...] stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania” (art. 3 pkt 4 ustawy). Postanowienie to odgrywa ważną rolę, przyznaje bowiem kompetencję do wyrażenia zgody nawet przez osobę, która nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych. Istotna jest bowiem faktyczna możliwość zrozumienia informacji, a nie kwestie formalnego statusu pacjenta. W piśmiennictwie podnosi się więc, że lekarz może uznać, że zgoda została udzielona skutecznie (swobodnie), jeśli chory zrozumiał przekaz i miał świadomość wszystkich, wymaganych przepisami, okoliczności [12]. Omawiana regulacja, choć nieco bardziej rozbudowana, ma jednak zawężony zakres przedmiotowy. Kreuje bowiem prawo do informacji jedynie w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi, którym udzielane są świadczenia zdrowotne na podstawie tej ustawy. Nie znajduje więc zastosowania do innych chorych. Kompleksowe unormowanie analizowanej kwestii zostało wprowadzone dopiero do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Obowiązkowi informacyjnemu poświęcony jest w niej przede wszystkim art. 31. Jeszcze szerzej i w sposób uniwer-

⁹ Sygn. akt: II C 3048/33, OSN(C), Nr 5/1935, poz. 184.

¹⁰ Tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.

¹¹ Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, Warszawa 1984, s. 7.

¹² Tekst pierw. Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.

¹³ Tekst pierw. Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.

salny zagadnienie to zostało unormowane na gruncie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁴ (zwanej dalej „UPP”), w której poświęcono tej materii rozdział 3 (art. 9–12). Jej postanowienia stosuje się do wszystkich osób udzielających świadczeń zdrowotnych, a zatem nie tylko do lekarzy, ale również innych pracowników medycznych (np. pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów itd.). Prawu temu odpowiada obowiązek informacyjny zdefiniowany w innych korporacyjnych aktach prawnych, tj. adresowanych do poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych¹⁵. Oprócz omawianych regulacji, powinność informacyjna jest dodatkowo określona w aktach szczególnych, dotyczących zabiegów danego rodzaju (zwłaszcza nieterapeutycznych). Przykładowo art. 24 UZL wskazuje zbiór danych, jakie należy przekazać uczestnikowi eksperymentu medycznego, art. 37b ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹⁶ opisuje zakres informacji udzielanych uczestnikowi badania klinicznego, dotyczącego produktu leczniczego, a art. 12 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁷ określa, jakie dane powinien otrzymać kandydat na dawcę materiału transplantacyjnego.

Z przedstawionego wyczerpania wynika, że współcześnie polski prawodawca poświęca wiele uwagi prawu do informacji, określając jego podmiotowy i przedmiotowy zakres oraz wskazując możliwości ograniczenia przekazu. Zagadnienia te zostaną zaprezentowane w dalszej części opracowania.

PODMIOTY UPRAWNIONE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI

UWAGI WPROWADZAJĄCE

Jak wcześniej wspomniano, obowiązujące przepisy definiują dwie grupy podmiotów uprawnionych do uzyskania informacji. Do pierwszej z nich należą osoby, które podejmują decyzje terapeutyczne, a do drugiej inne osoby, które co prawda nie wyrażają zgody na leczenie, ale są zainteresowane stanem zdrowia pacjenta. W szczególności istotna jest ta pierwsza grupa. Zaniechanie przekazania takim podmiotom wymaganych danych powoduje bowiem, że zabieg będzie nielegalny, gdyż ich zgoda nie będzie skuteczna prawnie.

¹⁴ Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.

¹⁵ Przykładowo art. 16 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) nakłada na przedstawicieli tej profesji powinność poinformowania pacjenta o jego prawach oraz o „stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu”.

¹⁶ Tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.

¹⁷ Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z późn. zm.

Od tej grupy należy zatem rozpocząć prezentowanie osób uprawnionych do uzyskiwania informacji.

PACJENT

W pierwszej kolejności prawo do informacji ma sam chory. On to bowiem najczęściej będzie samodzielnie decydował o poddaniu się zabiegowi. Należy jednak podkreślić, że uprawnienie to przysługuje nie tylko osobom posiadającym pełną zdolność do czynności prawnych. Ustawodawstwo medyczne przewiduje bowiem konstrukcję zgody kumulatywnej. Polega ona na wyrażeniu woli przez kilka podmiotów (zazwyczaj przez pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego). Rozwiązanie to znajduje zastosowanie w szczególności w odniesieniu do pacjentów, którzy ukończyli 16. rok życia. Przykładowo więc art. 34 ust. 4 UZL stanowi, że w przypadku zabiegów operacyjnych lub o podwyższonym ryzyku dla pacjenta, jeżeli ukończył on 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda. Jeśli zatem pacjent będzie współdecydował, musi także posiadać dane pozwalające mu na zajęcie stanowiska. Toteż w art. 9 ust. 2 UPP ustawodawca zdecydował, że odpowiednie informacje powinny być przekazane także małoletniemu, który ukończył 16 lat. Warto zauważyć, że przepisy szczególne (głównie dotyczące zabiegów nieterapeutycznych) obniżają granicę wiekową małoletniego, od której może on wyrażać kumulatywną zgodę (np. art. 4a ust. 4 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹⁸ wymaga zgody kobiety, która ma poddać się aborcji. W przypadku małoletniej zasadniczo decyduje jej przedstawiciel ustawowy. Jeśli jednak małoletnia ukończy 13 lat konieczna jest również jej pisemna zgoda). Pomimo że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie odnosi się wprost do takich przypadków, to należy przyjąć, że w takiej sytuacji informacja powinna być przekazana także małoletniemu. Art. 9 UPP nie reguluje *expressis verbis* prawa do informacji przysługującego osobom ubezwłasnowolnionym. Warto zaś podkreślić, że niekiedy ustawodawstwo medyczne nakazuje uzyskać również od takich osób zgodę (kumulatywną). Przykładem takiego rozwiązania może być art. 32 ust. 4 UZL, który stanowi, że wobec osoby ubezwłasnowolnionej decyzję o poddaniu jej zabiegowi prostemu podejmuje przedstawiciel ustawowy. Jeśli jednak osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Stąd też w doktrynie proponuje się, by informacja była przekazywana również takim osobom [13, 14] (pośrednio można powinność tę wyprowadzić z interpretacji art. 31 ust. 1 UZL

¹⁸ Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.

i art. 9 ust. 1 UPP, które stanowią o przekazywaniu informacji pacjentowi, bez względu na jego formalny status tj. posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych).

Podsumowując można przyjąć, że prawo do informacji posiadają wszyscy pacjenci, którym przepisy pozwalają na wyrażenie zgody na zabieg medyczny (samoistnej albo kumulatywnej, zarówno w odniesieniu do interwencji leczniczych, jak i nieterapeutycznych).

Obok pacjentów uprawnionych do wyrażania zgody na zabieg medyczny, prawo dodatkowo przewiduje obowiązek przekazania informacji małoletnim poniżej 16. r. życia, którzy nie podejmują decyzji terapeutycznych. Unormowanie takie wynika z art. 31 ust. 7 UZL oraz 9 ust. 7 UPP. Biorąc jednak pod uwagę brak kompetencji decyzyjnych, ustawodawca ograniczył zakres omawianej powinności. W myśl powołanych przepisów małoletni uzyskuje informacje w zakresie i formie potrzebnej do przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Sfera informacyjna będzie zatem ograniczona dwoma czynnikami:

- 1) potrzebami związanymi z przebiegiem leczenia,
- 2) możliwościami percepcyjnymi dziecka, wynikającymi w szczególności z jego wieku.

Rozwiązanie to można uzasadnić z jednej strony chęcią upodmiotowienia małoletniego pacjenta, z drugiej zaś względami praktycznymi, gdyż wydaje się, że przekazana informacja wyjaśni pacjentowi cel działań podejmowanych przez lekarzy, a tym samym będzie ono zorientowane w swej sytuacji i bardziej skłonne współdziałać przy przeprowadzaniu danej interwencji medycznej. Biorąc pod uwagę wiek dziecka i związaną z tym okoliczność, że nie posiada ono zazwyczaj dostatecznego rozeznania, o zakresie udzielonych informacji będzie ostatecznie decydował lekarz (lub inna osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych) [15]. Można jednak przyjąć, że im dziecko starsze i wykazujące wyższy poziom rozwoju, tym sfera danych powinna być szersza [16]. Dla porządku należy zauważyć, że w myśl cytowanych przepisów pracownik medyczny, po udzieleniu informacji, powinien wysłuchać zdania dziecka. Nie jest ono jednak wiążące.

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

W polskim systemie prawa medycznego przyjęto zasadę, że w przypadku osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, podmiotem uprawnionym do podejmowania decyzji terapeutycznych jest ich przedstawiciel ustawowy. Może on rozstrzygać samodzielnie (tzw. zgoda substytucyjna, zastępcza) albo wspólnie ze swym opiekunem (tzw. zgoda kumulatywna, podwójna, o której była już mowa). Konstrukcja zgody substytucyjnej jest przykładowo opisana w art. 32 ust. 2 i art. 34 ust. 3 UZL oraz w art. 17 ust. 2 UPP. Przewidują ją także przepisy szcze-

gólne, dotyczące zabiegów nieterapeutycznych, np. art. 25 ust. 2 i ust. 4 UZL — w odniesieniu do eksperymentów medycznych. Biorąc pod uwagę kompetencje decyzyjne takiego podmiotu, ustawodawca wyposażył go w prawo do uzyskania informacji (np. art. 31 ust. 1 UZL, art. 9 ust. 2 UPP).

Dla porządku należy wyjaśnić, jaki podmiot posiada status przedstawiciela ustawowego. Konstrukcja ta jest stosowana głównie na potrzeby prawa rodzinnego, toteż została opisana w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym (zwanym dalej „K.r.o.”). W myśl jego art. 98 § 1. wobec małoletniego dziecka przedstawicielami ustawowymi są jego rodzice, o ile pozostaje ono pod ich władzą rodzicielską. Jeśli natomiast rodzice nie posiadają takiej władzy, gdyż:

- 1) nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych (z powodu małoletności lub ubezwłasnowolnienia),
- 2) zostali jej pozbawieni, albo została ona zawieszona,
- 3) ojcostwo zostało ustalone wyrokiem sądu, ale ojcu nie przyznano władzy rodzicielskiej, a matce władza rodzicielska (z różnych powodów) nie przysługuje,

sąd opiekuńczy ustanawia dla małoletniego opiekuna prawnego, który staje się wówczas jego przedstawicielem ustawowym (art. 94 § 3 K.r.o.). Ponadto opieka jest ustanawiana dla ubezwłasnowolnionego całkowicie, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską (art. 13. § 2 Kodeksu cywilnego). Wyjątkowo przedstawicielem ustawowym może być również kurator, jeśli w orzeczeniu o jego ustanowieniu sąd przyzna mu takie uprawnienia. Kurator może być ustanowiony przykładowo dla małoletniego, jeśli wymaga tego jego dobro, a nie został jeszcze wyznaczony opiekun prawny (np. bezpośrednio po śmierci rodziców) — art. 147 K.r.o. Ponadto, na podstawie art. 16 § 2 Kodeksu cywilnego, sąd ustanawia kuratora dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo. Należy jednak podkreślić, że uprawnienia kuratora w sferze decydowania o leczeniu swego kuranta są zdefiniowane bardzo wąsko. W literaturze wskazuje się, że prawo takie przysługuje mu w odniesieniu do osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, ale tylko wówczas, gdy sąd opiekuńczy w orzeczeniu o jego ustanowieniu przyzna mu prawo do reprezentowania kuranta (zgodnie z art. 181 § 1 K.r.o.) [17]. Tylko wtedy kurator ma pozycję przedstawiciela ustawowego i w związku z tym może uzyskiwać informacje niezbędne do podejmowania decyzji terapeutycznych względem swego podopiecznego.

OPIEKUN FAKTYCZNY

Zgodnie z art. 32 ust. 3 UZL oraz art. 17 ust. 2 UPP podmiotem wyrażającym zgodę na zabieg medyczny może być tzw. opiekun faktyczny. Pojęcie to zostało zdefiniowane w art. 3 ust. 1 pkt 1 UPP. W myśl tego przepisu opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek,

stan zdrowia albo stan psychiczny, opieki takiej wymaga. Ujęcie to, choć dość intuicyjne, budzi jednak w doktrynie wątpliwości. Ustawodawca zawęził bowiem krąg opiekunów faktycznych tylko do tych osób, które sprawują **stałą opiekę** nad chorym. Jest to zaś sformułowanie ocenne, które nie zostało w przepisach określone, toteż jego wyjaśnienia należy poszukiwać w semantycznym rozumieniu tego pojęcia oraz w wypowiedziach doktryny i orzecznictwa. Według definicji słownikowej „opieka” to troszczenie się, dbanie o kogoś, dogłębienie, pilnowanie, strzeżenie, dozór [18]. Z kolei przymiotnik „stały” oznacza nieulegający zmianom, niezmienny, nieprzerwany. „Na stałe” rozumie się jako: na długi czas, na zawsze, trwale związany z jakimś miejscem [19]. W piśmiennictwie przyjmuje się więc, że „o stałej pieczy można mówić wówczas, gdy dana osoba sprawuje ją przez cały czas występowania okoliczności ją usprawiedliwiającej. Może być zatem spełniony wymóg stałości pieczy, pomimo że nie wystąpi długotrwałość jej sprawowania. Opiekunem faktycznym może być także ktoś, kto nie jest spokrewniony z pacjentem, jednakże opiekuje się nim w sposób ciągły” [20]. Z kolei T. Dukiet-Nagórska podkreśla, że okolicznością wymagającą opieki nie jest doraźna sytuacja, lecz ustawowo wskazany: wiek, stan zdrowia oraz stan psychiczny. Stała piecza będzie więc wykonywana przez cały czas, gdy taka okoliczność jej wymaga. Autorka ta wskazuje także, że o stałości pieczy nie decyduje długotrwałość jej sprawowania [21]. Z wypowiedzi tych wynika zatem, że opiekunem faktycznym nie musi być krewny ani osoba wykazująca jakiś szczególny stosunek emocjonalny; konieczne jest jednak, by zajmowała się pacjentem przez stosunkowo długi czas. Jak bowiem twierdzą wspomniani autorzy, nie będzie opiekunem faktycznym osoba, która z pacjentem ma jedynie kontakt okazjonalny lub też świadek wypadku drogowego, który przywozi ofiarę swoim samochodem do szpitala. Z kolei w orzecznictwie sądowym podnosi się, że dla ustalenia stałej opieki nie jest wystarczające sprawowanie jej periodycznie, ale tylko w pewnych okresach. Konieczne jest, by piecza była wykonywana „całościowo i niepodzielnie”¹⁹.

Podsumowując, osoba może być uważana za opiekuną faktyczną, gdy sprawuje opiekę przez dłuższy czas, w sposób nieprzerwany, trwały, przez cały okres, gdy dany pacjent wymaga takiej opieki. Ustawodawca nie wymaga jednak wystąpienia żadnych powiązań rodzinnych ani też szczególnego stosunku emocjonalnego łączącego opiekuna i podopiecznego. Nie można jednak domniemywać, że opiekunem jest np. bliski krewny. Z samego faktu pokrewieństwa nie wynika bowiem, że sprawuje on opiekę w rozumieniu omawianego przepisu.

Spełnienie analizowanej przesłanki nie jest jednak wystarczające do przyznania opiekunowi faktycznemu uprawnień w zakresie wyrażania zgody za jego podopiecznego, a tym samym do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia. Powołane przepisy wymagają bowiem zrealizowania jeszcze dwóch warunków:

- 1) pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego (np. osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, ale nieprzytomna) lub porozumienie z nim nie jest możliwe,
- 2) zgoda może być wyrażona jedynie w zakresie badania.

W doktrynie wskazuje się, że pojęcie badania powinno być rozumiane wąsko jako oględziny ciała, badanie przedmiotowe i osłuchowe [22, 23]. W pozostałym zakresie, a więc w przypadku bardziej inwazyjnej diagnostyki oraz późniejszej terapii, konieczna jest zgoda przedstawiciela ustawowego (ewentualnie sądu opiekuńczego). Odnosząc te rozważania do kwestii prawa do informacji, można zatem skonstatować, że opiekun faktyczny posiada takie uprawnienie, ale tylko w zakresie, w jakim prawo upoważnia go do podejmowania decyzji terapeutycznych względem jego podopiecznego.

SĄD OPIEKUŃCZY

W niektórych przypadkach podmiotem uprawnionym do wyrażania zgody na daną interwencję medyczną jest sąd opiekuńczy. W polskim systemie prawnym przyjęto jako zasadę, że jeśli pacjent ma pełną zdolność do czynności prawnych, lecz znajduje się w stanie, w którym nie może świadomie podejmować decyzji (np. jest nieprzytomny, pozostaje pod wpływem leków upośledzających jego percepcję) o zabiegu rozstrzyga sąd opiekuńczy (chory taki nie posiada bowiem swego przedstawiciela ustawowego). Interwencja sądowa jest konieczna niekiedy także w przypadku zgody substytucyjnej albo kumulatywnej, tj:

- 1) w razie kolizji woli pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego,
- 2) w sytuacji sprzeciwu przedstawiciela ustawowego (np. art. 32 ust. 6 oraz art. 34 ust. 6 UZL)²⁰.

Ponadto, uprawnienia sądu wynikają z przepisów szczególnych, dotyczących interwencji nieterapeutycznych (np. 25 ust. 5 i 6 UZL — w odniesieniu do eksperymentów medycznych, art. 4a ust. 4 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży — w przypadku aborcji).

Jeśli zatem sąd opiekuńczy będzie rozstrzygał o poddaniu pacjenta określonym zabiegom medycznym, powinien uzyskać niezbędną informację do podjęcia takiej decyzji.

¹⁹ Por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 maja 1997 r., sygn. akt: V KKN 248/96, OSNKW, Nr 9–10/1997, poz. 77.

²⁰ Na temat zgody sądowej zob. szerzej np. R. Kubiak, *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy*, Kraków 2013, s. 32–33; M. Świderska, *Zgoda...*, s. 54–57.

OSOBY TRZECIE

UWAGI WPROWADZAJĄCE

Jak wspomniano, oprócz podmiotów udzielających zgody na zabieg medyczny, prawo do informacji przysługuje także osobom trzecim. W tym wypadku jest ono uzasadnione głównie przesłankami społecznymi. Osoby te, często członkowie rodziny, są bowiem zainteresowane stanem zdrowia pacjenta. Ustawodawca, z jednej strony chcąc umożliwić im dostęp do takich danych, a z drugiej — ograniczyć krąg takich podmiotów, w poszanowaniu prywatności pacjenta zdefiniował dwie grupy uprawnionych: osoby upoważnione przez pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) oraz tzw. osoby bliskie.

OSOBY UPOWAŻNIONE PRZEZ PACJENTA (PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

Uprawnienie pacjenta do wskazania osoby upoważnionej jest przejawem jego autonomii i służy realizacji prawa do samostanowienia. Toteż ustawodawca zadekretował w art. 9 ust. 3 UPP, że pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom. Podobne rozwiązania znajdują się w art. 31 ust. 2 UZL. Regulacje te pozostawiają wymienionym podmiotom pełną swobodę we wskazaniu kręgu osób upoważnionych. Mogą to być więc zarówno członkowie rodziny, jak i osoby obce. Prawo nie wprowadza też żadnych ograniczeń co do liczby takich osób. Ponadto pacjent, wskazując dane osoby, może zróżnicować zakres informacji, jaki ma być im przekazywany. Ostatecznie chory może nie udzielić upoważnienia żadnej osobie (przy czym nie jest wymagana jego wyraźna deklaracja, wystarczające jest milczenie pacjenta).

Lekarz jest związany stanowiskiem pacjenta i bez jego wyraźnej zgody nie może udzielać informacji osobom postronnym. W tym duchu należy odczytywać także art. 16 ust. 2 zd. 2 KEL, który stanowi, że informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym. Co prawda w unormowaniu tym użyto zwrotu „powinno być uzgodnione”, ale należy przyjąć, że przepis nakłada na lekarza taki obowiązek²¹.

Jeśli prawo nakazuje zastosowanie konstrukcji zgody zastępczej, podmiotem uprawnionym do udzielenia upoważnienia jest przedstawiciel ustawowy pacjenta. Przepisy nie normują jednoznacznie, jakie są rozwiązania w przypadku, gdy wymagana jest zgoda kumulatywna. Wydaje się jednak, że ze względu na ochronę autonomii pacjenta, konieczne

byłoby wówczas udzielenie podwójnego upoważnienia, pochodzącego zarówno od chorego, jak i jego przedstawiciela ustawowego. Takie stanowisko można poprzeć wykładnią gramatyczną powołanych przepisów tj. art. 9 ust. 3 UPP i art. 31 ust. 2 UZL. Zawierają one bowiem zwrot „pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy”. Spójnik „lub” łączący oba człony tej alternatywy dopuszcza możliwość samodzielnego wyrażenia zgody przez te podmioty, ale także udzielenia upoważnienia przez oba łącznie. Przyjęcie takiego stanowiska powoduje jednak kolejną komplikację. Regulacja prawna nie opisuje bowiem mechanizmu rozstrzygnięcia kolizji woli obu decydentów. Wydaje się jednak, że w przypadku braku upoważnienia ze strony pacjenta, decyzja taka będzie dla lekarza wiążąca (nawet przy udzieleniu upoważnienia przez przedstawiciela ustawowego). Jak bowiem wspomniano, możliwość wskazania osoby upoważnionej jest emanacją autonomii chorego. Powinien on więc mieć decydującą rolę. Szkoda jednak, że ustawodawca, mimo wielu nowelizacji prezentowanych aktów prawnych, zagadnienia tego wprost nie uregulował.

Ustawa nie określa formy, w jakiej powinno nastąpić upoważnienie. Wymogi w tym zakresie wynikają jednak z przepisów wykonawczych. Zgodnie bowiem z § 8 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²², w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia. Z unormowania tego można zatem wnioskować, że upoważnienie powinno być udzielone w formie pisemnej. Na marginesie można zauważyć, że realizacja tego przepisu napotka trudności, gdy cała dokumentacja medyczna będzie prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej.

Kończąc wątek dotyczący udzielenia informacji osobie upoważnionej, warto jeszcze zwrócić uwagę na dylemat, jaki był omawiany w doktrynie: czy pracownik medyczny powinien (może) przekazać dane osobie upoważnionej, co do której wie, że nie działa on w interesie pacjenta (i np. może wykorzystać uzyskane informacje przeciwko niemu). Zdaniem T. Dukiet-Nagórskiej, mimo że przepisy na ten temat milczą, można zinterpretować jako zasadne uprawnienie lekarza do powstrzymania się w takich okolicznościach od przekazywania danych osobie upoważnionej. Autorka argumentuje, że skoro lekarz na zasadzie przywileju terapeutycznego (art. 31 ust. 4 UZL) może ograniczyć zakres informacji nawet wobec samego pacjenta, to tym bardziej uprawnienie

²¹ Warto zauważyć, że w pierwotnym brzmieniu KEL art. 17, poświęcony omawianej materii stanowi, że „informowanie rodziny, o ile jest to możliwe, powinno być uzgodnione z chorym”. Zwrot „o ile jest to możliwe” sugerował fakultatywność takich uzgodnień i nieco łagodził wymogi w tym obszarze. W obecnym kształcie przepisu sformułowanie to zostało jednak usunięte. Taki ruch można odczytywać jako obostrzenie omawianej powinności.

²² Tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 177.

takie przysługuje mu w stosunku do osób trzecich. Decydujące jest bowiem dobro chorego [24]. Inne stanowisko reprezentuje M. Świdarska. Autorka uważa, że lekarz nie ma wówczas prawa do „blokowania informacji”. Powinien jednak podzielić się z pacjentem swymi spostrzeżeniami oraz wątpliwościami i poczekać na jego ostateczną decyzję. Tylko pacjent jest bowiem kompetentny do rozstrzygnięcia, czy dana osoba może uzyskać dostęp do informacji [25]. Należy podzielić ten pogląd.

OSOBA BLISKA

Kategoria ta została wprowadzona do polskiego prawa ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przed jej wejściem w życie znajdował zastosowanie art. 31 ust. 6 UZL, który stanowił, że w przypadku pacjenta, który nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji a nie ma przedstawiciela ustawowego, lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe, lekarz był uprawniony do udzielenia informacji opiekunowi faktycznemu pacjenta. Rozwiązanie to nie było jednak wystarczające, zwłaszcza z powodu wąskiego rozumienia terminu „opiekun faktyczny” (czyli osoba sprawująca stałą pieczę). W szczególności więc istniała wątpliwość, czy lekarz może przekazywać dane małżonkowi pacjenta, ewentualnie jego pełnoletnim dzieciom, w okolicznościach, gdy chory nie udzielił im takiego upoważnienia, a znajduje się w stanie, w którym nie może zająć stanowiska (np. jest nieprzytomny). Biorąc pod uwagę, że osoby takie nie były przedstawicielami ustawowymi i najczęściej nie posiadały także statusu opiekuna faktycznego, udzielenie im informacji mogło być kwalifikowane jako ujawnienie tajemnicy medycznej. Takie postępowanie narażało zaś lekarza na odpowiedzialność cywilną, zawodową, nawet karną (na podstawie art. 266 § 1 K.k.). Rygorystyczne przestrzeganie tego ograniczenia wydawało się jednak nie do pogodzenia z potrzebami społecznymi, było niezyciowe. Stąd też w doktrynie podnosiły się głosy o konieczności jednoznacznego uregulowania tej kwestii [15]²³. W odpowiedzi na te dezideraty ustawodawca wprowadził konstrukcję osoby bliskiej. Definicja legalna tego pojęcia znajduje się w art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP. Do kategorii osób bliskich zalicza się:

- 1) małżonka,
- 2) krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej,
- 3) przedstawiciela ustawowego,
- 4) osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub
- 5) osobę wskazaną przez pacjenta.

²³ Autorka argumentowała, że członkowie rodziny (np. pełnoletnie dzieci) powinni mieć możliwość uzyskania informacji o chorym. Pozwoliłaby ona na wykonanie obowiązku opieki i zniwelowanie obawy o stan osoby najbliższej (np. matki, z którą córka jest silnie związana emocjonalnie).

Jednocześnie dokonano nowelizacji art. 31 ust. 6 UZL, nadając mu następujące brzmienie: „Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu [...] ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

Z całokształtu omawianej regulacji wynika więc, że osoba bliska uzyska prawo do informacji w stosunkowo wąskim zakresie. A mianowicie wobec:

- 1) małoletniego poniżej lat 16,
- 2) pacjenta nieprzytomnego,
- 3) chorego, który jest niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji.

Niestety, omawiane posunięcie legislacyjne nie rozwiązało wielu problemów, a nawet stworzyło nowe wątpliwości interpretacyjne. Przykładowo nadal nie jest jasne, jak należy rozumieć pojęcie osoby niezdolnej do zrozumienia znaczenia informacji. Pojęcie to występowało także na gruncie art. 31 ust. 6 UZL sprzed nowelizacji i już wówczas budziło kontrowersje. Zdaniem T. Dukiet-Nagórskiej należy przyjąć, że „idzie tu o taki stan zdrowia pacjenta, który stoi na przeszkodzie odbieraniu przezeń bodźców z otoczenia i reagowaniu w sposób adekwatny”. W celu egzemplifikacji autorka wskazywała, że omawiana regulacja może zatem znaleźć zastosowanie do osób nieprzytomnych, pozostających w odurzeniu narkotycznym, odczuwających silny ból, będących do wpływem leków upośledzających percepcję, mających ograniczoną sprawność intelektualną [26]. Z kolei M. Świdarska podnosi, że omawiana sytuacja nie wystąpi, jeśli przeszkoda w zrozumieniu informacji ma jedynie charakter techniczny np. osoba nie włada danym językiem [27]. M. Filar dodaje zaś, że z obowiązku informacyjnego nie zwalniają inne trudności w komunikacji, np. gdy pacjent jest głuchy lub niemy [28]. Na gruncie obecnego stanu prawnego nadal jednak pozostawiono to ocenne pojęcie. Wątpliwości co do jego zakresu nie straciły zatem na aktualności. Kontrowersje dotyczą także definicji osoby bliskiej. Po pierwsze, można zarzucić jej nadmierne uogólnienie. Wskutek tego wymienione w tym określeniu kategorie podmiotów nie przystają do wszystkich osób, o których mowa w art. 31 ust. 6 UZL. Przykładowo więc małoletni poniżej 16. r. życia nie może mieć osoby bliskiej w postaci małżonka. Po wtóre, ustawodawca nie określił pierwszeństwa w przekazywaniu informacji. Wydaje się, że ze względu na kompetencje decyzyjne, najpierw powinien uzyskać dane przedstawiciel ustawowy (w niektórych przypadkach opiekun faktyczny), a dopiero w następnej kolejności pozostałe osoby (powstaje więc pytanie, czy jeśli lekarz przekaze informacje np. rodzicom, to może ich udzielić również dziadkom, czy też uzyskanie danych przez rodziców wyklucza już prawo do informacji dziadków). Po trzecie, kilka wątpliwości dotyczy użytych pojęć. Nie jest bowiem jasne, czy ograniczenie „do

drugiego stopnia w linii prostej” ma zastosowanie tylko do powinowatych, czy też odnosi się także do krewnych. Przyjęcie pierwszego stanowiska powodowałoby, że lekarz mógłby udzielać informacji wszystkim, nawet najdalszym krewnym. Jeśli zaś opowiedzieć się za drugą interpretacją, wnioski będą jeszcze bardziej kontrowersyjne. Możliwe byłoby bowiem przekazanie danych np. babci żony pacjenta (jako powinowatej w linii prostej do II stopnia), ale zakazane wobec brata pacjenta (jest on bowiem krewnym w linii bocznej). Rozstrzygnięcia omawianego dylematu można poszukiwać w wykładni gramatycznej tego zwrotu. Poszczególne jego człony (krewni, powinowaci) zostały połączone spójnikiem alternatywy rozłącznej „lub”. W orzecznictwie sądowym przyjmuje się zaś, że spójnik taki powoduje, że fraza występująca po członach połączonych tym spójnikiem, odnosi się do każdego z nich²⁴. Oznacza to, że należy przyjąć drugi z proponowanych wariantów interpretacyjnych. Wysoce ocenne jest także sformułowanie „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”. Pojęcie to występuje co prawda w języku prawnym (w art. 115 § 11 K.k.), lecz nie posiada swej ustawowej definicji. Z wypowiedzi judykatury wynika, że „za istotne i konieczne elementy wspólnego pożycia [...] uznać należy następujące: wspólne życie psychiczne i fizyczne, wspólnotę ekonomiczną i trwałość związku. Te elementy bowiem wskazywać mogą, że pomiędzy dwiema osobami płci odmiennej zachodzi taki związek, który od związku małżeńskiego różni się tylko brakiem prawnej legalizacji faktycznego związku małżeńskiego”²⁵. Nie jest jednak jasne, czy konstrukcja ta dotyczy tylko związków heteroseksualnych (jak sugerowałoby cytowane orzeczenie), czy także relacji homoseksualnych. Wydaje się, że ustalenie omawianej okoliczności może też nastroić trudności praktyczne: w jaki bowiem sposób pracownik medyczny ma sprawdzić występowanie takiego związku. Biorąc pod uwagę, że ujawnienie informacji osobie nieuprawnionej może być potraktowane jako naruszenie tajemnicy medycznej i godzić w prawo do prywatności pacjenta, wydaje się, że nie jest wystarczające oświadczenie osoby ubiegającej się o informacje. Nie można też domniemywać, że osoba, która przybyła dowiedzieć się o stanie zdrowia pacjenta, pozostaje z nim w takich relacjach. Jak bowiem pisał A. Gubiński, „Nie powinno się udzielać informacji osobie tylko dlatego, że jest członkiem rodziny [...] lub że wykazuje chorem zainteresowanie, podaje się za jego przyjaciela. Pozory mogą mylić, a informacja może być użyta na szkodę chorego”. I dalej radził: lekarz może udzielić informacji członkowi rodziny lub osobie bliskiej pacjenta, „jeśli nie ma wątpliwości, że łączą ją z pacjen-

tem stosunki bliskie — miłości, oddania, przyjaźni — i że uzyskane informacje nie zostaną wykorzystane niezgodnie z interesem chorego” [29]. W celu uniknięcia pomyłki w doktrynie sugeruje się więc, by pracownik medyczny przed udzieleniem informacji osobie trzeciej dokonał „rzetelnego rozeznania sytuacji życiowej pacjenta” [30]. Nie ulega jednak wątpliwości, że w wielu przypadkach nie będzie to zadanie łatwe, a nawet możliwe. Należy zatem negatywnie ocenić opisywaną konstrukcję. Z jednej bowiem strony może ona prowadzić do nadużyć i przekazywania informacji osobom nieuprawnionym, z drugiej zaś, ze względu na asekurację pracowników medycznych — do zablokowania przekazu danych osobom, które mają do nich uprawnienie.

Po przedstawieniu podmiotowego zakresu informacji można dokonać prezentacji danych, jakie powinny być przekazane. Zagadnienie to będzie omówione w kolejnym punkcie.

PRZEDMIOTOWY ZAKRES INFORMACJI

Zakres informacji, który powinien być przekazany pacjentowi (lub innym uprawnionym podmiotom), został zdefiniowany w art. 9 ust. 2 UPP, będącym kalką rozwiązań przyjętych także w art. 31 ust. 4 UZL. Regulacje te uzupełnia art. 13 ust. 3 KEL, który wymaga od lekarza, by poinformował chorego, „o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”.

Warto jednak podkreślić, że są to unormowania ogólne, odnoszące się do wszelkich zabiegów. W przypadku niektórych z nich (zwłaszcza nieterapeutycznych) sfera informacyjna zostaje poszerzona. Przykładowo, zgodnie z art. 24 UZL, uczestnik eksperymentu medycznego powinien uzyskać wiedzę o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium.

Generalnie udzielana informacja obejmuje następujące elementy.

STAN ZDROWIA I ROZPOZNANIE

Pojęcie stanu zdrowia jest szerokie i nieostre. Wydaje się jednak, że obejmuje ono wstępne rozpoznanie oraz wyniki badań diagnostycznych. Lekarz (lub inny kompetentny pracownik medyczny) powinien więc „odkodować” takie wyniki i przedstawić je choremu. Często bowiem ich odczytanie wymaga wiedzy specjalistycznej i odpowiedniego fachowego komentarza. Jeśli natomiast dla ustalenia rozpoznania niezbędna jest dalsza diagnostyka lub konsultacja z innym lekarzem, pacjent powinien zostać o tych okolicznościach również poinformowany. Warto bowiem zwrócić uwagę, że w myśl art. 37 UZL, w razie wątpliwości diagnostycznych

²⁴ Por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2006 r., sygn. akt: I UK 116/05, OSNP, Nr 1–2/2007, poz. 24.

²⁵ Wyrok z dnia 12 listopada 1975 r., sygn. akt: V KR 203/75, OSP, Nr 10/1976, poz. 187.

lub terapeutycznych lekarz, z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Z unormowania tego wynika więc, że inicjatywa konsultacji może pochodzić także od pacjenta²⁶ (na marginesie warto jednak dodać, że lekarz nie jest związany takim wnioskiem pacjenta, gdyż ustawa pozwala mu zweryfikować jego zasadność przez pryzmat aktualnej wiedzy medycznej). Pacjent musi zatem zostać uświadomiony o powstałych wątpliwościach, co pozwoli mu na ewentualne zwrócenie się z wnioskiem o konsultację.

PROPONOWANE I MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE

Informacje w tym zakresie mają kluczowe znaczenie dla podjęcia przez pacjenta (lub inne uprawnione podmioty) decyzji terapeutycznych. Chory musi zatem znać potencjalną alternatywę co do metod diagnostyczno-terapeutycznych. Zadaniem lekarza jest więc wskazanie wszelkich możliwych sposobów leczenia. Lekarz nie powinien ograniczać się jedynie do metod stosowanych w danej placówce lub finansowanych ze środków publicznych. W literaturze podkreśla się nadto, że powiadomienie powinno obejmować nie tylko standardowe sposoby leczenia, gdyż nie ma pewności, czy lekarz wybrał właściwą metodę postępowania. Poza tym w niektórych przypadkach, ze względu na ich specyfikę, może zaistnieć wręcz konieczność odstępstwa od przyjętych kanonów [31]. Lekarz powinien więc wskazać także alternatywne sposoby, niekoniecznie uznane jako typowe w danej grupie schorzeń. Warto jednak przypomnieć, że w myśl art. 57 KEL, „lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezawierające naukowego”. Lekarz nie może zatem sugerować i proponować takiego sposobu postępowania.

Pacjent jest jednak najczęściej laikiem, samo udzielenie mu informacji o potencjalnych metodach może być więc dla niego niewystarczające do podjęcia decyzji. Stąd, ustawodawca zobowiązuje lekarza (innych pracowników medycznych), by zarekomendowali któryś z alternatywnych sposobów. Przedstawiając taką sugestię powinni kierować się oceną konkretnego przypadku, a więc zarówno stanem pacjenta (np. okolicznością, że cierpi on także na inne schorzenia, ma osłabiony organizm), jego wiekiem (w zależności od wieku mogą bowiem występować określone negatywne skutki danej terapii) oraz nagłością sytuacji, a także możli-

wościami technicznymi²⁷. W piśmiennictwie podkreśla się, że przekaz powinien być jednak wyważony. W szczególności lekarz, objaśniając proponowaną metodę, nie może sugerować, że nie łączy się z nią ujemne następstwa dla zdrowia chorego. Odmowa w takich okolicznościach mogłaby bowiem zostać uznana za akt nieroztropny. Pacjent pod wpływem takiej presji mógłby podjąć decyzję w warunkach ograniczonej swobody. Działania lekarskie nie mogą zatem przybrać postaci namowy lub innych form nacisku [5]. Ostatecznie bowiem to pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy), świadomie i dobrowolnie musi rozstrzygnąć o leczeniu²⁸.

Obowiązek informacyjny w tym obszarze odnosi się odpowiednio także do farmakoterapii. Pracownik medyczny (lekarz, farmaceuta) powinien zatem wyjaśnić choremu nie tylko szczegóły techniczne związane z przyjmowaniem leków (np. częstotliwość i dawkowanie leku), ale także przedstawić interakcje, przeciwwskazania i zagrożenia związane z przyjmowaniem produktu leczniczego. W literaturze podkreśla się, że pracownik medyczny nie może odsyłać jedynie do ulotki dołączonej do leku. Informacje w niej zawarte są bowiem zredagowane abstrakcyjnie i często zbyt rozbudowane (w celu zabezpieczenia się producenta leku przed ewentualną odpowiedzialnością) [32]. Pracownik medyczny powinien zaś odnieść je do konkretnego przypadku i w takim zakresie zaprezentować pacjentowi.

NASTĘPSTWA ZASTOSOWANIA ALBO ZANIECHANIA MOŻLIWYCH I PROPONOWANYCH METOD DIAGNOSTYCZNYCH I TERAPEUTYCZNYCH

Ten element informacji służy także świadomemu podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Samo bowiem zaprezentowanie potencjalnych metod diagnostyczno-terapeutycznych może być dla pacjenta mało miarodajne i zbyt ogólne. Musi on poznać skutki wykonania albo zaniechania danego zabiegu. Stąd też pracownik medyczny jest zobligowany do wyjaśnienia następstw danej interwencji medycznej, zarówno tych nieuniknionych, jak i potencjalnych (np. ewentualnych powikłań i ich prawdopodobieństwa).

²⁷ Podobne dyrektywy wynikają z art. 57 ust. 2 KEL. Przepis ten stanowi bowiem, że „wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty”.

²⁸ Na okoliczność tę zwrócił uwagę Sąd Apelacyjny w Gdańsku. W wyroku z dnia 26 lutego 2010 r. (sygn. akt: I ACa 51/10, POSAG, Nr 3/2010, s. 22) orzekł bowiem, że „Jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia (wykonania zabiegu operacyjnego) kilkoma różnymi metodami, to powinien zostać przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody”.

²⁶ Umożliwienie pacjentowi przez lekarza zasięgnięcia konsultacji u innego lekarza jest także powinnością deontologiczną. Zgodnie bowiem z art. 18 KEL, „lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację”.

Biorąc pod uwagę, że konsekwencje takie mogą być bardzo liczne i różnicowane, powstaje pytanie, jak dalece sięga omawiana powinność. Z treści art. 31 ust. 1 UZL i art. 9 ust. 2 UPP wynika, że pracownik medyczny musi przedstawić jedynie **dające się przewidzieć następstwa** wykonania albo zaniechania zabiegu. Ze zwrotu tego można zatem wnioskować, że obowiązek informacyjny ogranicza się jedynie do zwykłych, typowych, przeciętnych następstw. W orzecznictwie sądowym wykładnia taka była formułowana już w czasie obowiązywania poprzednich przepisów. Przykładowo Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z dnia 28 sierpnia 1972 r. wskazał, że „nie jest natomiast wymagane pouczenie o wszelkich w ogóle możliwych skutkach, dla danego jednak wypadku normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych”²⁹. Analogiczne stanowisko można spotkać także w najnowszym orzecznictwie³⁰. Judykatura nie precyzuje jednak kryteriów oceny owej typowości. Wydaje się jednak, że nie jest wystarczające wykorzystanie danych statystycznych, lecz należy dokonać oceny indywidualnej, odnoszonej do konkretnego pacjenta. Niekiedy bowiem dane powikłanie i zagrożenie mogą być statystycznie mało prawdopodobne, ale ze względu na stan określonego pacjenta ryzyko staje się znacznie większe i odwrotnie. Celem informowania chorego jest uświadomienie go — musi zatem poznać wszystkie kwestie, które mogą mieć istotny wpływ na podjęcie decyzji [1]. W orzecznictwie sądowym podkreśla się nadto, że pracownik medyczny ma obowiązek poinformować nawet o mało prawdopodobnym powikłaniu, jeśli jest ono poważne³¹.

Uświadomienie pacjenta nie powinno jednak ograniczać się tylko do konsekwencji wykonania zabiegu, ale także obejmować skutki jego zaniechania. Dane w tym obszarze będą niezbędne, gdy chory odmawia poddania się interwencji medycznej oraz gdy domaga się jej, a zdaniem lekarza nie jest ona pożądana, a wręcz jest szkodliwa. W tym ostatnim wypadku zadaniem lekarza jest naświetlenie nie-

korzystnych konsekwencji jej przeprowadzenia i wykazanie, że dana procedura jest niecelowa lub z innych przyczyn merytorycznych niezalecana. Lekarz musi objaśnić te kwestie w sposób kompletny, rzetelny i pozbawiony jakichkolwiek nacisków oraz manipulacji³². Przekaz ten nie może bowiem zakłócić procesu decyzyjnego pacjenta, który powinien wyrazić swe stanowisko swobodnie i dobrowolnie [33, 34]³³.

WYNIKI LECZENIA ORAZ ROKOWANIA

Pracownik medyczny jest zobligowany do przedstawienia choremu dotychczasowych rezultatów terapii i szans na wyleczenie, ewentualnie jedynie na złagodzenie objawów choroby. Jeśli postęp terapeutyczny jest niezadawalający (albo w ogóle go brak), pacjent powinien uzyskać informację na temat innych metod i ich ryzyka. Pracownik medyczny ma obowiązek zaproponować alternatywne sposoby leczenia.

Warto podkreślić, że prezentowany zbiór informacji powinien być przekazany bez względu na rodzaj zabiegu

³²W orzecznictwie sądowym podkreśla się, że „informacja o ryzyku w przypadku zaniechania zabiegu medycznego jest »lustrzanym odbiciem« informacji o ryzyku związanym z podjęciem tegoż zabiegu. Powinna zatem charakteryzować się wszystkimi tymi cechami, co ta ostatnia, a w szczególności musi być rzetelna i przystępna”. Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r. (sygn. akt: II CSK 259/08, LEX nr 577166). Z kolei w wyroku z dnia 23 listopada 2007 r. (sygn. akt: IV CSK 240/07, OSNC 2009/1/16) Sąd Najwyższy zauważył, że „Jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń”.

³³Zdaniem M. Świderskiej lekarz nie powinien jednak ograniczać się do „suchego” przekazania informacji, ale jest zobowiązany podjąć wysiłki w celu przekonania pacjenta o swych racjach (i np. wyperswadować mu żądany zabieg albo skłonić do poddania się interwencji zalecanej). Autorka zauważa jednak, że działania lekarskie nie mogą przybrać postaci manipulacji oraz zatajania pewnych okoliczności, co mogłoby zaburzyć swobodę podjęcia decyzji przez pacjenta. Omawiana problematyka była także przedmiotem rozstrzygnięć sądowych. W uzasadnieniu do wyroku z dnia 7 listopada 2008 r. (sygn. akt: II CSK 259/08, LEX nr 577166), Sąd Najwyższy sformułował pogląd, że w przypadku, gdy pacjent odmawia niezbędnej (w opinii lekarskiej) interwencji medycznej, „lekarz ma obowiązek ponawiać próby przekonania pacjenta do zabiegu, jeśli pozostaje z nim w bezpośrednim kontakcie. Niepodobna z góry określić, ile takich prób powinien podjąć. Im bardziej niezbędny zabieg, tym więcej. Niekiedy ma obowiązek powtarzać zalecenie tak długo, jak to jest możliwe, co szczególnie oczywiste jest, gdy chodzi o zabieg niezbędny dla ratowania życia”. Orzeczenie to spotkało się jednak w doktrynie z słuszną krytyką. Stanowisko Sądu można bowiem odczytywać jako dyrektywę adresowaną do lekarzy, by w sytuacji sprzeciwu pacjenta, swymi namowami i perswazją wymogli na nim zmianę decyzji. Należy zgodzić się zaś z R. Tyimińskim, że takie postępowanie pozostaje w sprzeczności z poszanowaniem autonomii pacjenta. Poza tym wymagania określone przez Sąd nie znajdują podstawy prawnej. Żaden bowiem przepis nie nakłada na lekarza powinności przekonywania pacjenta do poddania się określone mu zabiegowi.

²⁹Sygn. akt: II CR 296/72, OSNC, Nr 5/1973, poz. 86.

³⁰Na przykład Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 6 września 2012 r. (sygn. akt: I ACa 723/12, LEX nr 1236722) zauważył, że „lekarz nie ma obowiązku informowania o wszystkich możliwych, nawet rzadko występujących powikłaniach”. Z kolei Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 28 listopada 2012 r. (sygn. akt: V ACa 826/12, LEX nr 1313251) podniósł, że lekarz „nie potrzebuje, a nawet nie powinien udzielać pacjentowi informacji o następstwach nietypowych nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu”.

³¹Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 1999 r. (sygn. akt: II CKN 511/96, LEX nr 453701), wskazał bowiem, że: „Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, 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 powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia”.

i stan pacjenta. Przepisy nie wprowadzają bowiem w tym zakresie żadnego zróżnicowania. W judykaturze utrwała się jednak linia orzecznicza, z której wynika, że obszar informacyjny jest zależny od okoliczności i stanu chorego. Przykładowo w wyroku z dnia 26 kwietnia 2007 r. Sąd Najwyższy sformułował pogląd, że „obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie”³⁴. Podobne stanowisko można spotkać w najnowszych judykatach³⁵. Wydaje się jednak, że rozstrzygnięcie takie nie znajduje oparcia w przepisach prawnych. Dopuszczają one co prawda możliwość ograniczenia obowiązku informacyjnego w warunkach tzw. przywileju terapeutycznego (omówionego w dalszej części opracowania), ale ze względu na jego przesłanki, konstrukcja ta nie znajduje zastosowania do analizowanego przypadku. Z dogmatycznego punktu widzenia zawężenie zakresu przekazywanych danych z powodu rodzaju lub pilności zabiegu nie jest więc dopuszczalne [35]. Może ono wynikać jedynie z przyczyn faktycznych na przykład dużej dynamiki postępu choroby, wymagającego natychmiastowej operacji. Wówczas w sposób naturalny lekarz może ograniczyć się do udzielenia jedynie podstawowych i najważniejszych informacji. Usprawiedliwieniem takiego postępowania będzie zaś działanie w stanie wyższej konieczności.

Samo nawet najbardziej kompletne i rzetelne udzielenie informacji może być jednak niewystarczające dla podjęcia uświadomionej zgody na leczenie. Ważne jest bowiem także, by pacjent lub inna osoba uprawniona do zajęcia stanowiska, zrozumieli przekazane dane. Istotny jest więc sposób informowania. Zagadnienie to będzie zaprezentowane w następnym punkcie.

SPOSÓB I CZAS UDZIELANIA INFORMACJI

Pacjent i inne osoby, uprawnione do uzyskiwania informacji, mogą skorzystać ze swego prawa tylko wówczas, gdy przekazane im dane będą dla nich zrozumiałe. Nawet bowiem rzetelna i kompletnie udzielona informacja, ale podana hermetycznym, fachowym językiem, nie pozwoli osobie informowanej na rozeznanie się w sytuacji. Toteż zarówno w przepisach prawnych, jak i normach etycznych-deontologicznych akcentuje się konieczność odpowiedniego sposobu udzielania informacji. W myśl bowiem art. 31 ust. 1 UZL lekarz jest zobowiązany do przekazania „przy-

stępnej informacji”, tożsame rozwiązanie znajduje się także w art. 9 ust. 2 UPP. Z kolei art. 13 KEL stanowi, że informacja powinna być „sformułowana w sposób zrozumiały dla pacjenta”. Zbliżone rozwiązania występują także w przepisach szczególnych, regulujących dany rodzaj interwencji medycznych, w szczególności nieterapeutycznych. Przykładowo art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi³⁶, wymaga, by kandydat na dawcę krwi został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany przez lekarza o istocie zabiegu i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia.

Powstaje jednak pytanie, jak należy interpretować te zwroty, czyli jaki model informowania jest najwłaściwszy. W literaturze wskazuje się trzy możliwości:

1. **Model racjonalnego lekarza.** Ustalenie, czy przekaz był odpowiedni, wymaga myślowego zbudowania pewnego wzorcowego lekarza i porównanie z nim zachowania lekarza, który udzielał informacji. Konstrukcja ta nawiązuje jednak do tradycji paternalistycznej. Według tego modelu o zakresie danych decydowałby ów wzorcowy lekarz, pomijając potrzeby informacyjne pacjenta. W skrajnej postaci dla spełnienia omawianego obowiązku wystarczyłoby zatem przekazanie jedynie wiedzy na temat kwestii technicznych związanych z leczeniem, na przykład o sposobie dawkowania leku. W wariacie umiarkowanym lekarz mógłby udzielać nieco szerszych informacji, ale tylko tych, które w jego przekonaniu będą służyły interesowi chorego. Powinien zatem powstrzymać się od powiadomienia np. o złych rokowaniach. Współcześnie konstrukcja ta jest krytykowana i odrzucana, jako godząca w autonomię pacjenta.
2. **Model racjonalnego pacjenta.** Model ten, podobnie jak poprzedni, polega na zbudowaniu pewnego hipotetycznego wzorca, z tym że dotyczy on pacjenta. W tym systemie uznaje się, że informacja jest przekazana właściwie, jeśli przeciętny pacjent na jej podstawie mógłby podjąć rozsądną decyzję terapeutyczną. Konstrukcja ta ma jednak istotną wadę. Nie uwzględnia osobniczych potrzeb i oczekiwań konkretnych pacjentów, gdyż zorientowana jest ona na pewną przeciętność.
3. **Model subiektywistyczny.** W tym ujęciu przyjmuje się, że lekarz powinien dostosować liczbę informacji i sposób jej udzielenia do indywidualnych możliwości i potrzeb danej osoby. Przykładowo musi więc wziąć pod uwagę jej wiek, wykształcenie, właściwości intelektualne i percepcyjne itd.

Model subiektywistyczny najlepiej służy realizacji prawa do samostanowienia, ale w praktyce nastręcza jednak trudności. Lekarz może bowiem nie posiadać możliwości ustalenia wspomnianych okoliczności, a tym samym aż tak

³⁴ Sygn. akt: II CSK 2/07, OSP, Nr 1/2009, poz. 6. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyrok z dnia 9 listopada 2007 r. (sygn. akt: V CSK 220/07, LEX nr 494157). Podniósł w nim bowiem, że „W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykle jej następstwa”.

³⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 28 listopada 2012 r. (sygn. akt: V ACa 826/12, LEX nr 1313251).

³⁶ Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.

głębokiego indywidualizowania przekazu [36]. Stąd też w judykaturze preferuje się drugie z omówionych rozwiązań. Potwierdzeniem tej tezy może być stanowisko Sądu Apelacyjnego w Poznaniu, który w wyroku z dnia 29 września 2005 r. orzekł, że: „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 aby podjąć »poinformowaną« i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu»³⁷.

Wydaje się, że nie można jednak tego zagadnienia uogólniać, gdyż w przypadku zabiegów małoinwazyjnych, rutynowych, nieniosących za sobą podwyższonego ryzyka dla pacjenta można przyjąć, że wystarczający będzie podstawowy, przeciętny zakres informacji i jej przekaz zorientowany na model racjonalnego pacjenta. Jeśli jednak chory ma poddać się poważnej, ryzykownej interwencji medycznej, na przykład operacji kardiochirurgicznej, lekarz powinien maksymalnie indywidualizować udzielanie informacji.

Bez względu na rodzaj zabiegu i związane z nim ryzyko, lekarz jest jednak zobligowany do informowania z własnej inicjatywy, nie czekając na pytania ze strony pacjenta, albowiem chory może po prostu nie wiedzieć, o co zapytać. Powinien unikać medycznego, specjalistycznego języka oraz suchych danych statystycznych. W orzecznictwie sądowym zwraca się nadto uwagę, że nie należy stosować oznaczeń literowych, skrótów i innych podobnych określeń, które mogą być niezrozumiałe dla chorego³⁸.

Zdaniem A. Dudzińskiej istotny jest także czas przekazania informacji. W przypadku zabiegów ryzykownych, skomplikowanych, powinna ona być udzielona odpowiednio wcześniej, czyli tak, by chory mógł spokojnie zastanowić się nad decyzją terapeutyczną, skonsultować z innym lekarzem, sięgnąć do literatury fachowej, mentalnie przygotować się do czekającego go zabiegu [15].

Niewątpliwe wymogi dotyczące właściwego informowania mogą być trudne do spełnienia, zwłaszcza w przypadku, gdy lekarz w krótkim czasie musi zajmować się wieloma pacjentami. Toteż w literaturze wskazuje się na możliwość

wdrożenia odpowiednich procedur informacyjnych. Na przykład przekazem danych mogłyby zajmować się wyspecjalizowane osoby, zarówno z personelu lekarskiego, jak i inni pracownicy medyczni, którzy posiadaliby nie tylko niezbędną wiedzę merytoryczną, ale też umiejętności komunikacyjne [37]. Mogą być stosowane także wszelkie materiały edukacyjno-informacyjne, sporządzone w formie pisemnej (np. broszury), jak za pomocą nowoczesnych technik informatycznych (np. programy interaktywne). Należy jednak podkreślić, że tego typu rozwiązania są zorientowane na pewną przeciętność, nie uwzględniają więc osobniczych możliwości i potrzeb pacjenta. W piśmiennictwie podnosi się więc, że mogą pełnić jedynie funkcję pomocniczą [38]. Niezbędny jest jednak bezpośredni kontakt z lekarzem udzielającym danego świadczenia zdrowotnego, który w sposób zindywidualizowany wyjaśni choremu wszystkie kwestie, które dotyczą jego przypadku.

Z przedstawionych regulacji wynika, że obowiązek udzielenia informacji ma niezwykle istotne znaczenie i powinien być skrupulatnie wykonywany przez pracowników medycznych. Nie jest to jednak powinność bezwzględna. Przepisy dopuszczają bowiem ograniczenia w jej zrealizowaniu. Zagadnienia te zostaną przedstawione w kolejnym punkcie.

OGRANICZENIA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO UWAGI WPROWADZAJĄCE

Jak już wspomniano, zasadniczo pracownik medyczny jest zobligowany do przekazania pacjentowi i innym uprawnionym osobom kompletu informacji i niczego nie powinien przed nimi taić. W polskim ustawodawstwie i normach etyczno-deontologicznych przewidziano jednak wyjątki od tego obowiązku. Obejmują one dwa przypadki: zrzeczenie się prawa do informacji oraz tak zwany przywilej terapeutyczny.

ZRZECZENIE SIĘ PRAWA DO INFORMACJI

Podmiot, który jest w pierwszej kolejności predestynowany do uzyskania informacji, to pacjent, który następnie na podstawie takich danych podejmuje decyzje terapeutyczne. Prawo do informacji wyprowadzane jest zaś z autonomii pacjenta. Skoro zatem choremu przysługuje takie prawo, to może się go również zrzec i zabronić pracownikom medycznym przekazywania mu informacji. Rozwiązanie takie statuuje również polskie prawo. Zgodnie bowiem z art. 31 ust. 3 UZL na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać mu informacji. Tożsame unormowanie zawiera art. 9 ust. 4 UPP. Z przepisami tymi koresponduje także art. 16 ust. 1 KEL, który stanowi, że lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Choć regulacje te wyłączają jedynie obowiązek informacyjny, ciążyący na pracowniku medycznym, a w szczególności na lekarzu, to przyjmuje

³⁷ Sygn. akt: I ACa 236/05, LEX nr 175206.

³⁸ Jako przykład można podać wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 maja 2002 r. (sygn. akt: ACa 221/02, Prawo i Medycyna, 2004; 14: 116). Przedmiotem postępowania było dochodzenie zażalenie za krzywdy związane z zakażeniem wirusem żółtaczkowy. Powodowie uzasadniali, że w karcie informacyjnej z wypisu szpitalnego zamieszczono następującą informację „Antygen Hbs/H dodatni”. Zwrot taki oznaczał, że pacjent jest nosicielem zarazki żółtaczkowej. Jednakże podane określenie nie było zrozumiałe dla pacjenta. Nie wiedział on zatem, że powinien zachować szczególną ostrożność w kontaktach z innymi osobami. Ostatecznie członkowie rodziny pacjenta zostali zakażeni tą chorobą. Zdaniem sądu, w omawianej sprawie doszło do nieprawidłowości po stronie pozwanej szpitala. Choć bowiem informacja była rzetelna i kompletna, została przekazana w sposób niezrozumiały dla pacjenta.

się, że pracownik ten jest związany życzeniem chorego. Jeśli więc domaga się on zaniechania przekazu informacji, to pracownik medyczny powinien zastosować się do oczekiwań pacjenta.

Zrzeczenie się prawa do informacji może dotyczyć ich w całości, albo chory może wskazać obszary, w których nie chce uzyskać wiedzy (np. o rokowaniu).

W doktrynie rozważano kwestię, czy omawiane uprawnienie przysługuje pacjentowi jedynie w stosunku do zabiegów prostych, czy również dotyczy operacji i interwencji o podwyższonym ryzyku. Zdaniem M. Filara, konstrukcja ta ma zastosowanie jedynie wobec pierwszej kategorii zabiegów. Autor uzasadnia bowiem, że art. 34 ust. 1 UZL, poświęcony operacjom i innym interwencjom medycznym o podwyższonym ryzyku, stanowczo wymaga zgody pacjenta. Ta z kolei może być skutecznie wyrażona jedynie po odpowiednim uświadomieniu chorego. W przypadku więc tego typu zabiegów — według autora — nie istnieje możliwość zrzeczenia się prawa do informacji [39]. Należy zgodzić się jednak z M. Świderską, że interpretacja taka nie jest właściwa. Według bowiem art. 34 ust. 2 UZL przed wyrażeniem zgody przez pacjenta na wspomniane poważniejsze zabiegi, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 UZL. Takie odesłanie oznacza, że do tego typu interwencji medycznych stosuje się wszystkie rozwiązania ujęte w art. 31 UZL, a więc także w jego ust. 3, statuującym prawo do zrzeczenia się informacji [40]. Nie ulega jednak wątpliwości, że w przypadku skorzystania z tego prawa w pełnym zakresie, zgoda pacjenta jest nieco blankietowa („ślepa”). Powstaje więc pytanie o jej skuteczność. Na zagadnienie to zwróciła uwagę T. Dukiet-Nagórska. *De lege ferenda* autorka proponuje wprowadzenie takich unormowań, które w omawianej sytuacji pozwoliłyby podejmować działania lekarza bez relewantnej prawnie zgody pacjenta oraz mechanizm umożliwiający odmowę udzielenia świadczenia zdrowotnego przez lekarza. Argumentuje bowiem, że w analizowanej sytuacji lekarz zmuszony jest do decydowania o terapii *de facto* samodzielnie, podczas gdy może być niechętny do brania na siebie całego ciężaru takiego rozstrzygnięcia [41]. Można podzielić stanowisko autorki, jednakże *de lege lata* należy przyjąć, że pacjent jest wyposażony w omawiane uprawnienie, a lekarz jest związany jego deklaracją.

Kończąc ten wątek, warto jeszcze wspomnieć, że przedstawiona konstrukcja znajduje zastosowanie jedynie do zabiegów leczniczych. W przypadku interwencji o charakterze nieterapeutycznym nie dopuszcza się więc możliwości zrzeczenia prawa do informacji (np. w odniesieniu do eksperymentów medycznych, zwłaszcza badawczych [42]). Poza tym unormowanie to stosuje się jedynie w stosunku do pacjenta. Na konstrukcję tę nie mogą zatem powoływać się inne podmioty podejmujące decyzje terapeutyczne — w szczególności przedstawiciel ustawy [43].

TAK ZWANY PRZYWILEJ TERAPEUTYCZNY

Mimo że prawo nakazuje przekazywanie informacji pacjentowi w pełnym zakresie, w niektórych przypadkach przedstawienie całej prawdy może być dla niego niekorzystne. Dotyczy to sytuacji, gdy rokowanie jest złe, a ze względu na konstrukcję psychiczną chorego zachodzi obawa, że po zapoznaniu się z rokowaniem może on zaniechać dalszego leczenia, popaść w stany depresyjne, a nawet podjąć próbę samobójczą. Wówczas — jak pisał A. Gubiński — lekarz nie musi być „posłańcem rozpacz” [44]. Stąd też zarówno normy etyczno-deontologiczne, jak i prawne, dopuszczają możliwość zatajenia przed pacjentem pewnych informacji. Unormowanie takie znajdowało się już w Zbiorze zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza z 1977 r. Zgodnie z jego Zasadą nr 12, „ze względu na ochronę psychiczną chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości niepomyślnego rokowania”. Obecnie nieco szerzej normuje to zagadnienie art. 17 KEL. Stanowi on, że wiadomość „o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, że jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”. Na gruncie prawnym konstrukcję tak zwanego przywileju terapeutycznego opisuje art. 31 ust. 4 UZL. Zgodnie z tym przepisem lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu dla pacjenta. Postępowanie takie jest jednak dopuszczalne tylko w szczególnych sytuacjach (jako wyjątek od zasady udzielenia pełnej informacji). Ustawodawca określił bowiem trzy warunki, które muszą być spełnione kumulatywnie:

- 1) rokowania dla pacjenta są niepomyślnie,
- 2) zachodzi wyjątkowa sytuacja,
- 3) za ograniczeniem informacji przemawia dobro pacjenta.

Przesłanki te muszą być oceniane restrykcyjnie, a ich wyznacznikiem musi być dobro pacjenta. Zdaniem A. Liszewskiej powodem ograniczenia informacji nie może zatem być obawa jedynie o pogorszenie nastroju lub o odmowę poddania się zabiegowi [1]. W literaturze sformułowany jest więc pogląd, że lekarz może skorzystać z omawianego rozwiązania, jeśli będzie głęboko przekonany, że złe wieści wywołają u pacjenta traumatyczne przeżycia, znacznie utrudnią, a nawet uniemożliwią przysłą terapię. Do takiej konstatacji prowadzi także analiza art. 17 KEL [45]. Lekarz powinien zatem wykazać się inteligencją emocjonalną i empatycznie rozpoznać sytuację chorego. Naturalnie nie można wówczas stosować żadnych obiektywnych, standaryzowanych kryteriów, lecz ocenić indywidualnie każdy przypadek przez pryzmat dobra pacjenta. Warto więc dobitnie podkreślić, że czynnikiem uzasadniającym odwołanie się do omawianej konstrukcji nie może być ochrona interesów rodziny pacjenta (która np. obawia się, że chory będzie dla niej uciążliwy) ani też trudności, jakie ma lekarz w przekazywaniu złych

wieści. Jeśli jednak dojdzie on do przekonania, że dobro pacjenta wymaga skorzystania z przywileju terapeutycznego, może jedynie **ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu**. Z takiego postanowienia ustawy wynika więc, że nie jest dopuszczalne zaniechanie informowania w ogóle. Przykładowo więc lekarz nadal musi przekazywać dane na temat proponowanych i możliwych metod leczniczych oraz skutków ich zastosowania albo zaniechania. Naturalnie nie jest także dopuszczalne wprowadzanie w błąd pacjenta, przekazywanie mu zafałszowanych informacji. Zdaniem A. Gubińskiego lekarz może więc jedynie przemilczeć złe wieści i nie naprowadzać tematu rozmowy z chorym na jego stan zdrowia i rokowania. Okłamanie pacjenta — według autora — „prowadziłoby w rezultacie do podważenia prestiżu lekarzy, braku zaufania do ich oświadczeń i przekazywanych informacji” [46].

Jeśli lekarz zdecyduje się skorzystać z analizowanych rozwiązań, jest zobligowany udzielić informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. W piśmiennictwie podkreśla się, że osoba taka musi być wyraźnie wskazana przez chorego, o jej wyborze nie może więc decydować lekarz, co pozostaje w sprzeczności z częstą praktyką informowania przez lekarza wybranych przez niego członków rodziny pacjenta [47].

W celu ochrony autonomii pacjenta ustawodawca postanowił jednak, że na jego żądanie lekarz jest obowiązany do przekazania informacji. Chory może bowiem mieć potrzebę poznania całej prawdy, choćby ze względu na konieczność uporządkowania swych spraw osobistych, majątkowych oraz przygotowanie się na dalsze ewentualne cierpienia i śmierć (co może mieć istotne znaczenie zwłaszcza dla osób wierzących). Na gruncie pierwotnego brzmienia ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie było jednak jasne, czy lekarz powinien jedynie odpowiadać na konkretne pytania chorego, czy też na jego żądanie ma wyjawić całą prawdę. Art. 31 ust. 4 UZL stanowił bowiem, że lekarz udziela jedynie „żądaną informacji”. Wątpliwość ta została jednak rozstrzygnięta w art. 9 ust. 6 UPP, który stanowi, że w omawianej sytuacji pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie. Powstaje jednak pytanie, w jaki sposób lekarz powinien wówczas przekazać złe wieści [48]³⁹. Zagadnienie to wykracza poza regulację prawną, jest

bowiem domeną psychologii i norm etycznych. Odpowiedź można zatem znaleźć w art. 17 KEL, który wymaga, by w razie niepomyślnej dla chorego prognozy, lekarz poinformował go o tym z **taktem i ostrożnością**. A. Gubiński podkreśla więc, że przekaz powinien być tak sformułowany, by informacja wywołała u pacjenta jak najmniejszy wstrząs. „Chodzi o to, by chorego przygotować na niepomyślną wiadomość, by uczynić to z wyczuciem, możliwe delikatnie” [49].

Omawiana konstrukcja budzi w doktrynie prawa wątpliwości. Wskazuje się bowiem na możliwość jej nadużywania, w szczególności ze względu na zbyt szeroko zakreślone i ocenne jej przesłanki. Podnosi się także, że *de facto* pozbawia ona możliwości poznania przez chorego całej prawdy, powodując u niego stan niepewności, oczekiwania i poczucie tajemnicy, mactwa [50]. Stąd też postuluje się w piśmiennictwie, by omawiana regulacja została zmodyfikowana. Zdaniem A. Dudzińskiej należy przyjąć model pełnego informowania, nawet jeśli rokowania są niepomyślne. Autorka uzasadnia, że brak wiedzy pacjenta może spowodować dla niego niekorzystne skutki, na przykład zdecyduje się on na bardziej ryzykowną terapię, nie będzie przestrzegał skrupulatnie zaleceń lekarskich, będzie prowadził forsowny tryb życia (sądząc, że został wyleczony). A. Dudzińska stawia więc nieco inaczej problem: nie chodzi o umożliwienie lekarzom przemilczenia prawdy, ale o wskazanie w prawie dyrektyw odpowiedniego sposobu jej przekazania, delikatnego i empatycznego [15]. Być może dobrą praktyką byłoby wówczas przeprowadzanie rozmowy w obecności psychologa, który swą fachową wiedzą wspomógłby lekarza [51]⁴⁰.

Nie ulega wątpliwości, że w świetle afirmatywnego traktowania prawa do samostanowienia pacjenta, analizowana konstrukcja wzbudza kontrowersje. *De lege lata* lekarze mogą jednak z niej korzystać. Istotne jest jednak, by sięgali po nią w niezbędnym zakresie, mając na uwadze, że jest to rozwiązanie wyjątkowe, które może być zastosowane tylko wówczas, gdy faktycznie jest to niezbędne dla dobra pacjenta. Warto również podkreślić, że przywilej terapeutyczny nie znajduje zastosowania w przypadku zabiegów nieterapeutycznych. Jak bowiem pisał już w latach 50. XX wieku M. Sośniak, przy tego typu interwencjach medycznych nie ma żadnych powodów, które uzasadniałyby

³⁹ M. Nesterowicz opisuje przypadek niewłaściwego sposobu przekazania informacji. W analizowanej sprawie lekarz powiadomił pacjenta, że w jego mózgu rozwija się guz, który nie wiadomo czy jest złośliwy i czy będzie mógł zostać zoperowany. Na skutek tej informacji pacjent doznał szoku, co doprowadziło do choroby serca, paraliżu i ograniczeń mowy. Sąd, orzekając o odpowiedzialności lekarza, uznał, że miał on prawo przekazać takie dane, ale nieprzezwidywalny był sposób przekazu, który wywołał omawiane reakcje dla zdrowia pacjenta. M. Nesterowicz konkluduje więc, że „lekarz musi wyważyć bowiem pomiędzy prawem pacjenta do informacji o diagnozie, a obowiązkiem niewyrządzenia pacjentowi szkody”.

⁴⁰ Postulat taki był zgłaszany m.in. przez G. Rejman. Autorka opisuje eksperyment, jaki był przeprowadzony w jednej z klinik chirurgicznych w Krakowie. Pacjenci, którzy mieli być poddani operacji, zostali podzieleni na dwie grupy. Chorzy z pierwszej z nich zostali szczegółowo poinformowani o wszystkich okolicznościach związanych z zabiegiem i przyszłą rekonwalescencją. Chorzy byli też przygotowywani przez psychologów. Z kolei pacjenci z drugiej grupy otrzymali jedynie podstawowe, standardowe dane. Po wykonaniu wszystkich zabiegów okazało się, że u pacjentów pierwszej grupy odnotowano znacznie mniej powikłań (m.in. zużyto ok. 60% mniej leków przeciwbólowych), a ich pobyt w szpitalu został skrócony średnio o 2,5 dnia.

„oszczędzenie” osoby mającej się poddać takim zabiegom [8]. Pogląd o wyłączeniu omawianej konstrukcji w odniesieniu do interwencji nielecniczych jest reprezentowany również współcześnie [15, 35 52].

PODSUMOWANIE

Aktualne przepisy medyczno-prawne oraz zbiory norm etyczno-deontologicznych poszczególnych zawodów medycznych poświęcają wiele miejsca obowiązkowi informacyjnemu. Przyjmuje się w nich, że ciąży on na wszystkich osobach udzielających świadczeń zdrowotnych, nie jest zatem adresowany tylko do lekarzy. Wykonanie tej powinności ma przede wszystkim znaczenie wobec pacjenta lub innych osób uprawnionych do podejmowania decyzji terapeutycznych. Uzyskane dane pozwolą im bowiem udzielić uświadomionej zgody na zabieg medyczny (ewentualnie wyrazić sprzeciw). Niekiedy także osoby trzecie (np. członkowie rodziny) są jednak zainteresowane uzyskaniem informacji o stanie zdrowia pacjenta. Toteż prawo dopuszcza, pod pewnymi warunkami, przekazywanie także im niezbędnych informacji. Niestety, unormowania te są nieprecyzyjne i trudne w odbiorze przez pracowników medycznych (choćby z powodu fachowego nazewnictwa prawniczego). Mogą zatem sprawiać problemy praktyczne. Ustawodawca powinien więc pochylić się nad ich konstrukcją i dokonać odpowiedniej ich modyfikacji.

Zakres przedmiotowy informacji został zdefiniowany bardzo szeroko i jest niezależny od rodzaju interwencji medycznej. Pracownik medyczny powinien przekazywać dane z własnej inicjatywy, nie czekając na pytania ze strony pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego). Istotny jest także sposób udzielenia informacji, który powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości percepcyjnych pacjenta; przekaz powinien bowiem być dla niego przystępny i zrozumiały.

Wyjątkowo prawo dopuszcza możliwość zaniechania udzielenia informacji. Może to nastąpić na żądanie pacjenta albo z własnej inicjatywy lekarza — jest to tak zwany przywilej terapeutyczny. W tym drugim przypadku ustawa formułuje jednak kilka warunków, których spełnienie jest niezbędne dla skorzystania z tej konstrukcji. W szczególności więc lekarz może na nią się powołać, jeśli za ograniczeniem zakresu informacji przemawia dobro pacjenta. Regulacja ta określa jednak wyjątek od reguły pełnego objaśnienia, powinna więc być stosowana rzadko, w silnie uzasadnionych sytuacjach.

Biorąc pod uwagę, że prawo do informacji jest elementem niezbędnym do uświadomionego wyrażenia zgody na leczenie, a prawo do samostanowienia pacjenta jest obecnie afirmatywnie traktowane przez prawodawcę, judykaturę i doktrynę, pracownicy medyczni powinni skrupulatnie wykonać swą informacyjną powinność. Warto bowiem za-

uważyć, że w sytuacji sporu (zwłaszcza sądowego) to na nich będzie spoczywał ciężar dowodu, że zrealizowali ją należycie⁴¹. Autor żywi więc nadzieję, że niniejsze opracowanie nieco przybliżyło czytelnikowi zakres i sposób wykonania omawianej powinności.

⁴¹ Na zagadnienie to zwrócił uwagę Sąd Najwyższy, który wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r. (sygn. akt: II CK 303/04, OSP, Nr 11/2005, poz. 131), orzekł, że: „ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny [...], spoczywa na lekarzu”.

Piśmiennictwo:

1. *Liszewska A*: Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy. Państwo i Prawo 1997; 1: 36–48.
2. *Sośniak M*: Cywilna odpowiedzialność lekarza. Warszawa 1968: 53.
3. *Nesterowicz M*: Głosa do wyroku SN z 12.6.2008 r, III CSK 16/08. Przegląd Sądowy 2009; 4: 119.
4. *Daniłuk P*: Głosa do wyroku s. apel. z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05. Palestra 2007; 5–6: 322.
5. *Baron K*: Zgoda pacjenta. Prokuratura i Prawo 2010; 9: 42–57.
6. *Cyprian T, Astanowicz P*: Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza. Kraków 1949: 35.
7. *Marowski J*: Niektóre zagadnienia zgody na naruszenie nietykalności cielesnej przez lekarza. Nowe Prawo 1961; 7–8: 885.
8. *Sośniak M*: Obowiązek powiadomienia o skutkach zabiegu lekarskiego. Państwo i Prawo 1958; 7: 114 i nast.
9. *Nesterowicz M*: Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg medyczny. Studia Iuridica 1972; 2: 20–28.
10. *Tulczyński A*: Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne. Warszawa 1975: 172.
11. *Dercz M, Rek T*: Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz. Warszawa 2007: 124–125.
12. *Dąbrowski S, Pietrzykowski J*: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Warszawa 1998: 68.
13. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 123–124.
14. *Karkowska D*: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa 2010: 151–152.
15. *Dudzińska A*: Wymagana informacja udzielana pacjentowi. Państwo i Prawo 2008; 8: 90–102.
16. *Filar M*: Lekarskie prawo karne. Kraków 2000: 266.
17. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 52–53
18. *Szymczak M*. (ed.): Słownik języka polskiego. t. 2, PWN, Warszawa 1995: 505.
19. *Szymczak M*. (ed.): Słownik języka polskiego. t. 3, PWN, Warszawa 1995: 296.
20. *Kapko M*. In: *Zielińska E*. (ed.): Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Komentarz. Warszawa 2008: 452–453.
21. *Dukiet-Nagórska T*: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Warszawa 2008: 46.
22. *Dukiet-Nagórska T*: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Warszawa 2008: 57–58.
23. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 58.
24. *Dukiet-Nagórska T*: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Warszawa 2008: 49.
25. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 117.
26. *Dukiet-Nagórska T*: Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. Prawo i Medycyna 2000; 2: 83.
27. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 120.
28. *Filar M*: Lekarskie prawo karne. Kraków 2000: 266.
29. *Gubiński A*: Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, nie dat, Warszawa: 77.
30. *Karkowska D*: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa 2010: 79.
31. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 132.
32. *Dukiet-Nagórska T*: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Warszawa 2008: 40.
33. *Świdarska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 147.

34. *Tymiński R*: Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r. (sygn. akt II CSK 259/08). *Prawo i Medycyna* 2011; 3: 136–138.
35. *Daniłuk P*: Glosa do wyroku s. apel. z dnia 29 września 2005 r. I ACa 236/05, *Palestra* 2007; 5–6: 318–323.
36. *Boratyńska M, Konieczniak P*: Prawa pacjenta. Warszawa 2001: 252–258.
37. *Świdorska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 106–107.
38. *Świdorska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 85–87.
39. *Filar M*: Lekarskie prawo karne. Kraków 2000: 264–265.
40. *Świdorska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 163–164.
41. *Dukiet-Nagórska T*: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Warszawa 2008: 32.
42. *Czarkowski M, Różyńska J, Świadoma* zgoda na udział w eksperymencie medycznym. *Poradnik dla badacza*. Warszawa 2008: 50.
43. *Karkowska D*: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa 2010: 167.
44. *Gubiński A*: Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, nie dat, Warszawa: 80.
45. *Świdorska M*: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń 2007: 154.
46. *Gubiński A*: Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, nie dat, Warszawa: 79.
47. *Boratyńska M, Konieczniak P*: Prawa pacjenta, Warszawa 2001: 270.
48. *Nesterowicz M*: Prawo medyczne. Toruń 2000: 106.
49. *Gubiński A*: Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, nie dat, Warszawa: 78.
50. *Boratyńska M, Konieczniak P*: Prawa pacjenta, Warszawa 2001: 267 i nast.
51. *Rejman G*: Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1991: 58.
52. *Kapko M* In: *Zielińska E* (ed.): Ustawa o zawodach lekarza i lekarza denty. Komentarz. Warszawa 2008: 452.

Adres do korespondencji:

dr hab. Rafał Kubiak

Zakład Nauki o Przestępstwie Uniwersytetu Łódzkiego

ul. Kopcińskiego 8/12, 90–232 Łódź

e-mail: RKubiak@wpia.uni.lodz.pl

Otrzymano: 16.04.2014 r.

Zaakceptowano: 28.05.2014 r.