

DOI: 10.5604/01.3001.0054.9585

Przemysław Charzewski

Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych
e-mail: przemyslaw.charzewski@collegiumwitelona.pl

Zgoda pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Część I

W poszukiwaniu ogólnej definicji zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych

STRESZCZENIE:

Zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczeń zdrowotnych należy do jego podstawowych praw, o których mowa m.in. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹. Jego realizacja obfituje jednak w trudności natury praktycznej, w szczególności w sytuacji zagrożenia życia czy konieczności przeprowadzenia natychmiastowej interwencji medycznej. Nie bez znaczenia jest zresztą również wiek pacjenta oraz jego zdolność zarówno prawna, jak i faktyczna do świadomego wyrażania swojej woli w niniejszym przedmiocie. Autor artykułu stawia sobie zatem za cel nie tylko dołożenie przysłowiowej cegiełki w ramach dyskursu naukowego już obecnego, ale także *pro publico bono* – poczynienie własnych prób wyjaśnienia tego zagadnienia i związanych z nim granic.

Celem usystematyzowania niniejsza publikacja została podzielona na części. Część pierwsza została poświęcona konstytucyjnym podstawom oraz poszukiwaniu ogólnej definicji dotyczącej wyrażania przez pacjenta zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, co poczyniono na podstawie dostępnych aktów prawa krajowego (koncentrując się bowiem na perspektywie wewnątrzpaństwowej), jak również judykatury i głosów doktryny.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, publiczne prawa podmiotowe, prawa pacjenta, pacjent, zgoda pacjenta.

Zagadnienia wprowadzające

Prawo do ochrony zdrowia zostało uregulowane przede wszystkim w przepisach art. 68 ust. 1–5 Konstytucji RP. Kluczowe znaczenie z perspektywy niniejszych rozważań mają jednak przepisy ust. 1–2. Przepis art. 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że każdy ma prawo

¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

do ochrony zdrowia, następny zaś (ust. 2), że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa zaś ustawa².

Przepisy te bywają przyczyną sporów nie tylko w doktrynie, ale i w orzecznictwie. Podstawowy problem sprowadza się zaś do odpowiedzi na pytanie: czy z przepisów art. 68 ust. 1–2 Konstytucji RP wynikają publiczne prawa podmiotowe?

Stan orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego (dalej TK) jest następujący. Na gruncie wyroku ws. K 14/03 podkreśla się nierozzerwalne związki między przepisami art. 68 oraz art. 38 (prawo do ochrony życia) i 30 (ochrona godności ludzkiej). Prawo do ochrony zdrowia jest ponadto konstytucyjnie gwarantowane. Nie jest też wyłącznie nadane adresatom przez ustrojodawcę, ale stanowi prawo podstawowe, wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, co z kolei rodzi po stronie władzy publicznej obowiązek jego respektowania (z przepisu art. 68 ust. 1 wynikają konkretne obowiązki po stronie władzy publicznej, a więc nie ma on wyłącznie charakteru deklaratorywnego)³.

Przepisy art. 68 ust. 1–2 Konstytucji RP według TK mogą stanowić podstawę do oceny z nimi zgodności założonego przez prawodawcę systemu ochrony zdrowia. W przepisie art. 68 ust. 1 zdaniem TK jest mowa o każdym, tj. „każdym człowieku”. Przez „władze publiczne”, o których mowa w przepisie ust. 2 należy z kolei rozumieć organy państwa i (jednostek – P. Ch.) samorządu terytorialnego. Trybunał Konstytucyjny na gruncie przywołanego wyroku dokonał też wykładni operatywnej zastanych w omawianych przepisach pojęć (poza tym, jak wskazał TK, szczegółowy zakres pojęcia „władza publiczna” można zdekodować poprzez analizę nałożonych na nią obowiązków)⁴.

Trybunał Konstytucyjny podtrzymał również stanowisko wyrażone w wyroku ws. K 2/98, że z przepisu art. 68 ust. 1 należy wywodzić publiczne prawo podmiotowe jednostki do ochrony zdrowia. Skład orzekający zwrócił jednak uwagę, że nie chodzi tu o abstrakcyjnie określony stan zdrowia jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, który jest funkcjonalnie ukierunkowany na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. System ten ponadto nie może, a wręcz musi być efektywny⁵.

Z osobna trzeba też wskazać na zauważoną przez skład orzekający konieczność zapewnienia bezwzględnej dostępności dla obywateli świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązek ten obciąża władze publiczne, a zarazem musi czynić zadość zasadzie równości wyrażonej w przepisie art. 32 Konstytucji RP, jak również koncepcji solidaryzmu społecznego (szczegóły określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej – dalej u.ś.o.z.). Jednocześnie TK zauważył, że na gruncie przepisów art. 68 ust. 1–2 Konstytucji RP nie da się skonstruować materialnej definicji ochrony zdrowia. Nie da się też dookreślić rodzajów, tudzież kategorii świadczeń gwarantowanych. Nie ma również możliwości ustalenia na podstawie powyższych konkretnej, jednoznacznej dyrektywy, czy mamy mieć do czynienia z publicznym modelem ochrony zdrowia, czy jednak tylko rynkowym⁶.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

³ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1 (pkt 4.1.).

⁴ Ibidem (pkt 4.2.).

⁵ Ibidem (pkt 4.2.) oraz przywołany tam wyrok TK z 23.03.1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

⁶ Ibidem (pkt 4.2.); Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.). Przepis art. 5 pkt 34 u.ś.o.z. stanowi, że pod pojęciem świadczenia opieki zdrowotnej należy rozumieć świadczenie zdrowotne,

W kontekście prawa do ochrony zdrowia jako potencjalnego publicznego prawa podmiotowego brak jedności w judykaturze. Są bowiem orzeczenia wskazujące na to, że z przepisów art. 68 ust. 1–2 Konstytucji RP można – jak wyżej – wyprowadzać publiczne prawo podmiotowe oraz stanowiska zupełnie odmienne⁷. Jest to jednak temat na osobne opracowanie.

Ostatnim w tym miejscu zagadnieniem do omówienia są zresztą właśnie owe, wspomniane wyżej publiczne prawa podmiotowe. Przy czym, jest to znowu jedno z zagadnień, o których można pisać całe monografie (co zresztą ma miejsce już od dawna).

Pojęcie to jest rezultatem twórczej myśli prawa natury, na gruncie której doczekało się niezwykle wielu definicji⁸. Współcześnie w nauce prawa administracyjnego można spotkać się m.in. z poglądem, że o publicznych prawach podmiotowych możemy mówić, gdy jednostka, ewentualnie podmiot o podobnej sytuacji prawnej uregulowanej przez normy zawarte w przepisach prawa administracyjnego, może się domagać od państwa, tudzież innego podmiotu władzy publicznej, określonego zachowania lub podjąć działania mające na celu realizację jego interesu prawnego bez ryzyka, że wcześniej wspomniane podmioty władzy publicznej podejmą działania w jakikolwiek sposób te zabiegi jednostki zakłócające.

świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Przy czym, zgodnie z przepisem pkt 40, świadczenie zdrowotne oznacza działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Na podstawie przepisu pkt 37 przez świadczenie zdrowotne rzeczowe należy rozumieć z kolei związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne; wreszcie z przepisu pkt 38 wynika, że pod pojęciem świadczenia towarzyszącego należy rozumieć zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnej i całonocnej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.

⁷ Zob. np. wyrok SN z 26.01.2005 r., IV CK 414/04, LEX nr 177267 czy wyrok SN z 24.11.2006 r., III CSK 181/06, LEX nr 607569.

⁸ Zob. F. Longchamps, *Zrodowodu prawa podmiotowego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego” 1961, Prawo VIII, s. 107–125. O samym prawie natury można powiedzieć za A. Kozakiem, że modelowo zakłada dwie tezy, a więc 1) wiążą nas jako ludzi i obywateli dwa porządki normatywne, tj. prawo naturalne oraz prawo pozytywne, 2) prawo naturalne pełni funkcję walidacyjną wobec prawa pozytywnego. Ponadto prawo naturalne bywa odróżniane od prawa natury rozumianego z osobna jako część przyrody. Co do zasady mówimy tu jednak o systemie norm/wartości, a nawet o uprawnieniach, czy obowiązkach, którym – jak pisał A. Kozak – „przysługuje jakaś forma obiektywnego, a więc niezależnego od ludzkiej woli obowiązywania”. Istnieje ono w niedostępnej empirycznie przestrzeni, manifestując się zarazem w przepisach prawa pozytywnego czy nawet właśnie – „ludzkiej opinii o prawie naturalnym” – więcej zob. A. Kozak, *Prawo natury (iusnaturalizm)* [w:] *Wprowadzenie do nauk prawnych. Leksykon tematyczny*, red. A. Bator, Warszawa 2016, s. 87. Warto też mieć na uwadze stanowisko K. Joncy, z którego wydaje się wynikać, że w czasach współczesnych źródłem nieporozumień wokół kwestii prawa naturalnego jest nie tyle rozdrobnienie jego nurtów, co brak zrozumienia zarówno nich samych, jak i źródeł zmian, czy rozbieżności. Do takiego wniosku prowadzą mnie zestawione z resztą treści słowa: „Ostatecznie w kraju po wypalanej ideologii, Europie wypalanej nieludzkimi ideologiami, postawie zapewne bardziej z braku znajomości prawa natury niż z przesłanek ideologicznych – nie zamieścili wzmianki o prawie natury nawet w Preambule Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej”, zob. K. Jonca, *Zmienne interpretacje prawa natury*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1997, tom XXXIX, s. 23–24.

Poza tym, jak zauważa się w najnowszym wrocławskim podręczniku do prawa administracyjnego – „publiczne prawo podmiotowe nie jest tożsame z normą prawną, lecz jest wynikiem jej wykładni”⁹.

Po takim krótkim wprowadzeniu można przejść do głównych rozważań, które rozpoczną od omówienia pojęć pacjenta i jego praw. W dalszej kolejności przyjdzie czas na poruszenie głównego zagadnienia, a więc zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Pacjent i jego prawa. Ustalenia terminologiczno-pojęciowe

Tradycyjnie, poszukując etymologii jakiegoś terminu, trzeba odwołać się do języka łacińskiego. Tak też jest w tym przypadku. Etymologicznie termin pacjent wywodzi się bowiem od łacińskiego „*patiens*”, przez co rozumiano chorego, cierpiącego. Samo „*pati*” odnoszono z kolei do cierpienia, ewentualnie „*znoszenia*”, co wykazuje całkiem logiczne związki – cierpienia bowiem często trzeba właśnie znosić¹⁰. Inny przykład wyjaśnienia znajduje się w *Małym słowniku języka polskiego* pod red. E. Sobol. Tam podano, że „pacjent to chory zwracający się po poradę do lekarza, tudzież znajdujący się pod opieką lekarza”¹¹. Wydaje się zatem potwierdzać, że tradycyjnie pacjenta utożsamiano z chorym lub chorobą.

W prawie polskim fundamentalną ustawą, w której należy poszukiwać definicji pacjenta, jest wspomniana wcześniej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.). Zgodnie z przepisem jej art. 3 ust. 1 pkt 4, przez pacjenta należy rozumieć osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Należy jednak mieć na uwadze, że powyższa ustawa nie jest jedyną regulującą wspomniane zagadnienie.

Jak podawał R. Tokarczyk, za początek tzw. Ruchu Praw Pacjenta uznano wydane w 1793 r. postanowienie Komitetu Narodowego z okresu Wielkiej Rewolucji Francuskiej. Co interesujące – usankcjonowano wtedy, że w jednym łóżku może znajdować się tylko jeden pacjent, gdy wcześniej mogło być ich nawet ośmiu¹².

Współczesna forma Ruchu Praw Pacjenta ma mieć zaś swoje korzenie w rozwoju ruchów na rzecz praw obywatelskich, jak również ruchów feministycznych i konsumenckich, co najwcześniej nastąpiło w USA. Amerykańska koncepcja Ruchu Praw Pacjenta znalazła zaś podstawy w dwóch głównych założeniach¹³:

- o istnieniu wyraźnie określonych interesów pacjenta, ujętych w formie uprawnień niemożliwych do zaprzepaszczenia w relacji z lekarzem;
- o konieczności istnienia ww. z powodu licznych naruszeń praw pacjenta przez lekarzy, inny personel medyczny i przedstawicieli administracji szpitali.

W 1972 r. wreszcie The American Hospital Association przyjęło dokument w postaci *A Patient's Bill of Rights*. Zawiera on m.in. takie postulaty, jak otoczenie pacjenta właściwą

⁹ J. Blicharz, P. Lisowski (red.), *Prawo administracyjne. Zagadnienia ogólne i ustrojowe*, Wrocław 2022, s. 134.

¹⁰ Zob. np. W. Borysiak, L. Bosek, M. Gałązka, *Status pacjenta [w:] System Prawa Medycznego*, Tom I, *Institucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, LEGALIS, Warszawa 2018.

¹¹ E. Sobol (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1993, s. 591.

¹² R. Tokarczyk, *Medycyna a normy*, Warszawa 2011, s. 56.

¹³ *Ibidem*, s. 56.

opieką połączoną z szacunkiem do niego czy informowanie pacjenta o regulacjach prawnych obowiązujących w procesie leczenia. Jest też mowa o prawie do prywatności, poufności, czy udzielaniu pacjentowi niezbędnych informacji¹⁴.

W polskiej doktrynie prawa administracyjnego i medycznego znajdujemy poglądy dotyczące pojęcia praw pacjenta. Zdaniem D. Karkowskiej mają one na celu „podkreślenie szczególnego charakteru społecznej i prawnej sytuacji człowieka występującego w roli pacjenta z punktu widzenia podmiotów udzielających interwencji medycznych oraz w oczach całego społeczeństwa”¹⁵. Z kolei w opinii B. Sygita i D. Wąsika stanowią one „katalog praw przysługujących osobom zwracającym się o udzielenie świadczenia zdrowotnego lub korzystającym z takich świadczeń, zawarty w przepisach u.p.p.”¹⁶. Tomasz Rek sugerował swego czasu, by przez prawa pacjenta rozumieć zbiór przepisów, tudzież norm prawnych określających, jakie pacjent ma uprawnienia i roszczenia, jak również obowiązki władz, podmiotów, osób i instytucji w stosunku do pacjenta¹⁷. Wreszcie warto podkreślić, że katalog praw pacjentów w akcie normatywnym rangi ustawy zawierają przepisy rozdziałów 2 – 1 u.p.p. Na katalog ten składają się następujące prawa pacjenta:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych;
- prawo pacjenta do informacji;
- prawo zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych;
- prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- prawo pacjenta do dokumentacji medycznej;
- prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej;
- prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Pojęcie zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych na gruncie polskich regulacji prawnych

Właściwym przedmiotem tego opracowania jest zagadnienie zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jego podstaw konstytucyjnych należy poszukiwać w przepisach art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji RP. Zgodnie z brzmieniem tego pierwszego: „Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie”. Zgodnie zaś z brzmieniem drugiego: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. Na gruncie przepisów

¹⁴ Ibidem, s. 56. Zob. również na jednej z amerykańskich stron internetowych: <https://www.allen-gabrielmd.com/about/patients-rights/>; dostęp: 31.05.2024 r.

¹⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, LEX/el. 2024.

¹⁶ B. Sygit, D. Wąsik, *Leksykon prawa medycznego*, Warszawa 2016, LEX/el. 2024.

¹⁷ T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy [w:] Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Warszawa 2013, s. 271.

u.p.p. została ona zaś uregulowana przepisami rozdziału 5 (art. 15–19). Nie znajdujemy tam jednak definicji zgody pacjenta *sensu stricto*.

Pamiętać należy też o takich aktach prawnych jak ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej u.z.l.)¹⁸ oraz ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (dalej u.o.z.p.)¹⁹, o których więcej mowy będzie przy okazji ukazywania się kolejnych części niniejszej publikacji.

Przepis art. 15 u.p.p. wskazuje, że przepisy dotyczące ww. zgody odnoszą się również do odmowy jej udzielenia, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Z kolei zgodnie z postanowieniem zawartym w przepisie art. 16 u.p.p. pacjent ma prawo do wyrażenia takiej zgody albo odmowy jej udzielenia po uzyskaniu informacji, o której mowa w przepisach art. 9 u.p.p., a zatem informacji o stanie zdrowia. Przepis art. 17 ust. 1 u.p.p. stanowi zaś, że przedmiotem takiej zgody może być przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Ponadto na mocy postanowienia przepisu art. 18 u.p.p. w związku z przepisem art. 17 ust. 1 u.p.p. – w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażenia zgody oraz sprzeciwu stosuje się w powyższej sytuacji także postanowienia ust. 2–3 art. 17.

Ścisłej definicji brakuje także w u.z.l. Z przepisów jej art. 32 dowiadujemy się jedynie, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta (ust. 1) oraz, że jeżeli przepisy nie stanowią inaczej, zgoda taka w przypadku:

- reprezentowanej przez przedstawiciela ustawowego albo sąd opiekuńczy osoby małoletniej;
- reprezentowanej przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie i niej samej, jeżeli jest w stanie ją z rozeznaniam wyrazić;
- może zostać wyrażona ustnie albo poprzez zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazywałoby na wolę poddania się czynnościom medycznym proponowanym przez lekarza (ust. 7 w zw. z ust. 1–2 i 4). Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do wyrażenia zgody, a nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, jak również gdy porozumienie się z nim nie jest możliwe, 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 (ust. 8 w zw. z ust. 2).

Bardziej postarał się prawodawca „na łamach” u.o.z.p., choć uczynił to w sposób nieco pokrętny, bowiem zgoda ma tu oznaczać „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”. Niewątpliwie zaś „zgoda oznaczająca świadomie wyrażoną zgodę” nie jest najbardziej fortunnym zabiegiem redakcyjnym, o czym wydaje się świadczyć mogąca nasunąć się obawa, że bez dalszego rozwinięcia treści tego przepisu mielibyśmy właściwie błąd w postaci *idem per idem*.

¹⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 z późn. zm.).

¹⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917).

Pojęcie zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w judykaturze

Analizowane orzecznictwo objęło lata 2011–2018. Jest to naturalnie pewien wybór orzeczeń, które zostały wyselekcjonowane na podstawie tez z systemu informacji prawnej LEX. W praktyce jest to zatem wybór orzecznictwa, choć obejmujący znaczną jego część w zakresie zagadnienia będącego przedmiotem rozważań, co powinno na nie rzucić przynajmniej względnie obiektywne światło (zbiór obejmuje wyroki Sądu Najwyższego – dalej SN, sądów apelacyjnych – dalej SA oraz wyrok wojewódzkiego sądu administracyjnego – dalej WSA).

Lata 2011–2012 obejmują w zakresie zbioru poddanego analizie następujące orzecznictwo: wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., wyrok SA w Poznaniu z dnia 13 lipca 2011 r., wyrok SA w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2012 r. oraz wyrok SA w Krakowie z dnia 24 października 2012 r. W trakcie prezentacji stanowisk sądów orzekających przyjęto tradycyjną „hierarchię” (co oczywiście należy traktować w kategorii skrótu myślowego).

Mianowicie w wyroku z dnia 16 maja 2012 r.²⁰ SN stanął na stanowisku, że nie można mówić o zgodzie pacjenta na wykonanie zabiegu chirurgicznego, jeżeli została ona złożona przed udzieleniem mu niezbędnych informacji na temat wyżej wspomnianego. Inne postępowanie mogłoby bowiem doprowadzić do naruszenia postanowień art. 32 i 34 u.z.l.

W kolejnym wyroku SA w Poznaniu²¹ przyjął, że wprawdzie zgoda pacjenta na zabieg inwazyjny nie obejmuje komplikacji i szkód, jakie mogą wyniknąć z przypadkowego uszkodzenia przez lekarza innego organu, niemniej jednak przy ocenie potencjalnej bezprawności należy brać pod uwagę zastosowane przez lekarza metody i techniki możliwe do zastosowania celem jego przeprowadzenia (będące w dyspozycji lekarza), jak również świadomy wybór dokonany przez samego pacjenta.

Powyższe wymaga kilku słów wyjaśnienia. Mianowicie, jak ustalił SA w Poznaniu, nie ulegało wątpliwości, że usunięcie gumy do żucia z rozwidlenia tchawicy u powoda mogło się odbyć z zastosowaniem bronchoskopu sztywnego albo giętkiego (fiberobronchoskopu). Sąd Apelacyjny podzielił tutaj otrzymaną opinię Zakładu Katedry Medycyny Sądowej, że zastosowanie tego drugiego dawałoby dogodniejszy wgląd w drogi oddechowe, jak również lokalizację ciała obcego. Uzasadnienie użycia bronchoskopu sztywnego występowało zatem dopiero w przypadku niepowodzenia związanego z użyciem tego pierwszego. Tym bardziej że użycie fiberobronchoskopu – przynajmniej na ówczesną wiedzę w tym przedmiocie – minimalizowało jeszcze bardziej i tak rzadko występujące ryzyko zagrożenia uszkodzenia narządów przetyku i śródpiersia (w przypadku użycia bronchoskopu sztywnego: 0,5–4% przypadków).

To zaś skłoniło SA w Poznaniu do przyjęcia stanowiska o adekwatności zastosowania w niniejszym przypadku przepisu art. 34 ust. 1 u.z.l., a więc do uznania, że na gruncie przedmiotowej sprawy istniała konieczność uzyskania pisemnej zgody pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym/metodą leczenia lub diagnostyką, które stwarzały dla pacjenta podwyższone ryzyko. Udzielenie zaś pacjentowi stosownej informacji dałoby mu możliwość poddania się – jak nie w szpitalu, w którym przebywał, to w innym – zabiegowi z użyciem ww. fiberobronchoskopu. Ponadto na gruncie niniejszej sprawy SA przyjął również, że: „Działanie [...] dla dobra pacjenta z najwyższą starannością i eliminowanie najmniejszych

²⁰ Wyrok SN z 16.05.2012 r., III CSK 227/11, OSNC-ZD 2013, nr 1, poz. 23.

²¹ Wyrok SA w Poznaniu z 13.07.2011 r., I ACa 57/11, LEX nr 898650.

nawet zagrożeń, jakie niesie za sobą metoda leczenia możliwa do zastąpienia inną, zmniejszającą, a nawet wykluczającą ryzyko przypadkowych powikłań dla pacjenta, pozwala wymagać od lekarza profesjonalisty sięgania po te bezpieczniejsze dla chorego metody, a działanie nie liczące się z tymi celami uzasadnia postawienie lekarzowi zarzutu błędu w sztuce leczenia”. Nie zmienia to wszakże faktu, że okoliczności przywoływanej sprawy były dosyć zawile, w związku z czym, o ile można się zgodzić z tezą przywołanego wyroku, o tyle już jej uzasadnienie może powodować pewne podziały wśród prawników ze względu na wielość możliwych do przyjęcia perspektyw.

Skład orzekający SA w Szczecinie w wyroku z dnia 2 sierpnia 2012 r.²² przyjął tymczasem, że w przepisach art. 34 u.z.l. jest mowa o tzw. zgodzie „objaśnionej”, zwanej też „poinformowaną”. Oznacza to, że taka zgoda w sposób jednoznaczny wyraża akceptację pacjenta dla ryzyka dokonania zabiegu i wzięcia go na siebie. Jedyne tak wyrażona zgoda wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Jak zresztą czytamy w tezie tego orzeczenia: „Samo uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach 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”. Warto jednak za składem orzekającym odnotować również i to, że samo niewłaściwe poinformowanie pacjenta przez lekarza w przedmiocie powikłań przed zabiegiem nie stanowi podstawy dla odpowiedzialności deliktowej na zasadach, o których mowa w przepisach art. 430²³ w zw. z 415²⁴ i 444–445 k.c., o ile doznany uszczerbek nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z tym ostatnim. Ma to związek także z tym, że działanie lekarza, o którym mowa na gruncie art. 361 § 1 k.c.²⁵ musi skutkować powstaniem szkody, by taka odpowiedzialność była możliwa. Podobne stanowisko zajął SA w Krakowie w wyroku z dnia 24 października 2012 r.²⁶ To, co jednak warte przywołania, to wskazanie na to, że: „Wymóg zgody chorego na dokonany zabieg jest tylko wtedy zachowany, gdy chory zostanie należycie poinformowany – stosownie do okoliczności danego przypadku – o konkretnych możliwościach w zakresie leczenia”. W przypadku zaś kwalifikowania się do leczenia kilkoma różnymi metodami, pacjent powinien zostać poinformowany co do konsekwencji, jakie wiązałyby się zastosowaniem każdej z nich. Tu jednak – podobnie jak w przypadku wyroku SA w Poznaniu z 2011 r. – można mieć pewne wątpliwości podyktowane rozmaitymi okolicznościami, z jakimi moglibyśmy mieć do czynienia.

Na gruncie wyroku SN z dnia 18 stycznia 2013 r.²⁷ skład orzekający przyjął, że: „Pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu że nie zostaną one spowodowane z winy, najłżejszej choćby, lekarza. Z tego między innymi powodu ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego,

²² Wyrok SA w Szczecinie z 2.08.2012 r., I ACa 443/12, LEX nr 1237851.

²³ Treść przepisu art. 430 k.c. brzmi: „Kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności”.

²⁴ Treść przepisu art. 415 k.c. brzmi: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”.

²⁵ Treść przepisu art. 361 § 1 k.c. brzmi: „Zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła”.

²⁶ Wyrok SA w Krakowie z 24.10.2012 r., I ACa 962/12, LEX nr 1236818.

²⁷ Wyrok SN z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.

objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały”. Według tej linii wydaje się podążać także orzecznictwo sądów apelacyjnych.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyrokach z dnia 9 kwietnia²⁸ i 29 maja 2013 r.²⁹ przyjął kolejno, że ryzyko, które bierze na siebie pacjent, za sprawą wyrażenia zgody na zabieg nie obejmuje komplikacji będących rezultatem niezręczności czy pomyłki lekarza oraz że nie można skutecznie postawić szpitalowi zarzutu nieprawidłowości w zakresie odbierania zgody od pacjenta, tudzież niedoinformowania go w przedmiocie możliwych komplikacji mogących nastąpić po wykonaniu zabiegu, jeżeli miały miejsce okoliczności, z racji których należało ratować życie pacjenta (mowa o zarzutach czynionych już po zabiegu ratującym życie). Całość zgromadzonego w 2013 r. orzecznictwa dopełnia zaś stanowisko zajęte przez SA we Wrocławiu w wyroku z dnia 11 października 2013 r.³⁰, który brzmi: „Brak świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu – nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej”.

W zakresie 2014 r. dokonano wyboru następujących orzeczeń: wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2014 r.³¹ oraz wyroki SA w Warszawie z dnia 7 lutego³² i 12 lutego 2014 r.³³ W pierwszym z nich przyjęto, że zgoda pacjenta na czynność medyczną nie jest czynnością prawną, a oświadczeniem w sferze świadomości i woli o charakterze jednostronnym, o którym mowa na gruncie u.p.p. W przypadku drugiego z przywoływanych wyroków SA w Warszawie wskazał, co następuje: „W sytuacji gdy nie ma w stosunku do pacjenta bezwzględnych wskazań do zabiegu operacyjnego, wymagana jest jego zgoda na zabieg. Brak zgody pacjenta stanowi zawinione naruszenie dóbr osobistych i odpowiedzialność z art. 23³⁴ i 24 oraz 448 k.c. nawet w przypadku, gdy zabieg został wykonany prawidłowo”. Podniesiono również, że jeżeli mamy do czynienia z wymogiem udzielenia zgody na zabieg chirurgiczny, ale wykonywany jedynie ze względów estetycznych, wystarczy jeśli przed jej udzieleniem pacjent zostanie poinformowany o wszelkich możliwych skutkach w niezbędnym (dostatecznym) stopniu.

Interesujący jest wreszcie ostatni z przywołanych wyżej wyroków. Skład orzekający SA w Warszawie wskazał m.in., co następuje: „Udzielenie przez pacjenta zgody uświadomionej wyłącza bezprawność działania lekarza, a więc ma znaczenie tylko w sytuacji, gdy mimo prawidłowego i wykonanego zgodnie z zasadami sztuki medycznej zabiegu wystąpiły powikłania skutkujące pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a pozostające w normalnym związku przyczynowym z samym zabiegiem, jako skutek jego przeprowadzenia”; „Ciężar dowodu, co do braku należytej staranności przy prowadzeniu leczenia i diagnozowaniu pacjenta, wystąpienia szkody oraz istnienia normalnego związku przyczynowego między szkodą a działaniem lub zaniechaniem pozwanego obciąża powoda”.

²⁸ Wyrok SA w Gdańsku z 9.04.2013 r., V ACa 147/13, LEX nr 1344035.

²⁹ Wyrok SA w Gdańsku z 29.05.2013 r., V ACa 269/13, LEX nr 1363244.

³⁰ Wyrok SA we Wrocławiu z 11.10.2013 r., I ACa 898/13, LEX nr 1416532.

³¹ Wyrok SA w Katowicach z 15.01.2014 r., I ACa 922/13, LEX nr 1441388.

³² Wyrok SA w Warszawie z 7.02.2014 r., I ACa 377/13, LEX nr 2012555.

³³ Wyrok SA w Warszawie z 12.02.2014 r., VI ACa 934/13, LEX nr 1506759.

³⁴ Treść przepisu art. 23 k.c. brzmi: „Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach”.

Do ostatnich orzeczeń, które będą podlegać przytoczeniu, należą wyrok SA w Warszawie z dnia 12 czerwca 2015 r.³⁵ oraz wyrok WSA w Warszawie z dnia 6 marca 2018 r.³⁶ W pierwszym była mowa, że przy zabiegu operacyjnym, zgoda pacjenta musi mieć charakter świadomy, co oczywiście pozostaje uzależnione również od przystępnej i zrozumiałej informacji ze strony lekarza – także tej dotyczącej negatywnych jego następstw. Dopiero taka zgoda ma bowiem uchylać bezprawność interwencji lekarskiej. W drugim jest mowa o pewnym znaczącym wyjątku dotyczącym zgody pacjenta. Mianowicie: „w przypadku obowiązkowych szczepień obowiązek poddania się szczepieniom wynika wprost z ustawy, a więc zgoda szczepionego, bądź jego przedstawiciela ustawowego, jest zbędna, a poddanie się szczepieniu jest spełnieniem obowiązku ustawowego”.

Pojęcie zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych na gruncie literatury przedmiotu

Wydaje się, że we współczesnej literaturze przedmiotu nie wypracowano ogólnej definicji zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych, choć można zaobserwować takie próby. Przykładowo z rozważań D. Karkowskiej wynikałoby raczej, że prościej jest ustalić przesłanki pozwalające stwierdzić, czy taka zgoda została właściwie udzielona³⁷. Dalej, biorąc pod uwagę stanowisko T. Reka, także trudno o jakąś ogólną definicję. Autor mianowicie w zakresie uwag ogólnych odsyła do u.p.p., z kolei tam, gdzie mowa o istocie przedmiotowego prawa pacjenta, poprzestaje na stwierdzeniu, że z jednej strony stanowi ono urzeczywistnienie autonomii pacjenta i poszanowanie jego woli, z drugiej zaś jest to gwarancja realizacji prawa do samostanowienia. Jej wyrażenie decyduje z kolei o legalności wszelkich świadczeń³⁸ (wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest co do zasady przestępstwem, o którym mowa w przepisach art. 192 kodeksu karnego³⁹). Wydaje się, że o próbie podania ogólnej definicji można mówić w przypadku B. Sygita i D. Wąsika. Nim bowiem przeszli oni do szczegółowych zagadnień, najczęściej – jak się wydaje – dotykanych na gruncie literatury przedmiotu, podali, że przez zgodę pacjenta należy rozumieć „świadomą akceptację przez pacjenta lub inną osobę uprawnioną proponowanych przez osobę wykonującą zawód medyczny metody i zakresu leczenia, poprzedzoną udzieleniem zrozumiałej i adekwatnej do stanu klinicznego pacjenta informacji dotyczącej specyfiki technik terapeutycznych i diagnostycznych możliwych do zastosowania w danym przypadku, możliwych powikłań zabiegów i rokowania co do wyleczenia pacjenta”⁴⁰. Podobnej próby nie widać już u R. Kubiaka⁴¹. Znajdujemy ją jednak u R. Michalskiej-Badziak i A. Rabiegi-Przyłęckiej. Autorki zaproponowały bowiem ciekawą definicję ogólną, w myśl której: „Zgodę [...] można określić jako swobodnie podjęty i wyrażony akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawo-

³⁵ Wyrok SA w Warszawie z 12.06.2015 r., VI ACa 1404/14, LEX nr 1843180.

³⁶ Wyrok WSA w Warszawie z 6.03.2018 r., VII SA/Wa 1988/17, LEX nr 2470936.

³⁷ D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, op. cit.

³⁸ T. Rek, op. cit., s. 299.

³⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).

⁴⁰ B. Sygit, D. Wąsik, *Leksykon...*, op. cit.

⁴¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 262–268.

wego, na podstawie przystępnie udzielonej, rzetelnej informacji odnośnie wszystkich etapów postępowania⁴².

Poczynić należy wreszcie w tym przedmiocie jeszcze dwa spostrzeżenia. Po pierwsze, jak zauważyła K. Klimas, zgoda pacjenta, aby mogła zostać uznana za ważną i skuteczną, musi spełnić szereg warunków ogólnych i szczególnych. Te pierwsze odnoszą się do wszystkich możliwych przypadków. Te drugie dotyczą poszczególnych czynności medycznych (np. eksperyment czy zabieg przerwania ciąży). Katalog warunków ogólnych uchodzi tymczasem za zarzewie gorących dyskusji rodzących brak jednolitości w ramach poszczególnych stanowisk zajmowanych na gruncie literatury przedmiotu⁴³. Po drugie, podnosi się, że tzw. „prawo do wyrażenia zgody” używane jest także na gruncie jej etycznej analizy. Przyjmuje się przy tym, że przedmiotowa zgoda („poinformowana”) jest uprawnieniem, a nie obowiązkiem. Ma to być przy tym uzasadniane faktem, iż akceptacja idei autonomii nie jest powszechna. Nie wszyscy chcą podejmować decyzje autonomiczne, a na pewno nie chce tego czynić samodzielnie część pacjentów. Ma to jednak mieć aktualnie status sporu etycznego, nie zaś prawnego⁴⁴.

Wnioski końcowe

Prawodawca niewiele miejsca poświęcił ogólnej definicji zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Dominują raczej przesłanki pozwalające stwierdzić, czy na gruncie przepisów prawa nastąpiło jej poprawne udzielenie.

Jak wynika z u.p.p., z możliwością udzielenia zgody łączy się także możliwość odmowy jej udzielenia, co następuje co do zasady po otrzymaniu informacji o stanie zdrowia. Przedmiotem zaś takiej zgody może być przeprowadzenie badania, tudzież udzielenie innych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu u.ś.o.z. Ponadto w okolicznościach stwarzających dla pacjenta podwyższone ryzyko zgoda taka musi być udzielona w formie pisemnej (w szczególności, gdy mowa o pacjentach małoletnich). W wyjątkowych okolicznościach, o których mowa na gruncie u.z.l., może ona zostać także wyrażona w formie ustnej lub w inny niebudzący wątpliwości sposób. Pamiętać warto również o postanowieniach przepisów art. 32 ust. 2 w zw. z ust. 8 u.z.l.

Bardziej postarał się prawodawca na gruncie u.o.z.p. Z tej bowiem dowiadujemy się, że o swobodnie wyrażonej zgodzie osoby z zaburzeniami psychicznymi można mówić, gdy niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego jest ona rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechań.

Judykatura podtrzymuje stanowisko prawodawcy co do konieczności poprzedzenia potencjalnej zgody pacjenta stosowną informacją o stanie zdrowia, a także potencjalnych skutkach posłużenia się określonymi metodami lub technikami leczenia. Istotnym jest

⁴² R. Michalska-Badziak, A. Rabięga-Przyłęcka, *Pacjent i jego prawa* [w:] *Prawo administracyjne materialne*, red. Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, P. Korzeniowski, E. Olejniczak-Szałowska, Warszawa 2022, s. 330.

⁴³ K. Klimas, *Zdolność do wyrażenia zgody na zabieg przez pacjenta a zdolność do czynności prawnych*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2017, nr 22, s. 122.

⁴⁴ P. Sobolewski, *Zgoda jako emanacja wolności prawnie chronionej. Krytyka koncepcji „prawo do zgody”* [w:] *System Prawa Medycznego...*, op. cit., LEGALIS (nb. 148).

jednak, że zgoda pacjenta nie obejmuje co do zasady komplikacji i szkód spowodowanych pomyłką lub błędem lekarskim. Sama informacja może być zaś udzielona jedynie w niezbędnym zakresie, jeżeli mamy do czynienia m.in. z zabiegiem o charakterze estetycznym. Nie zmienia to jednak postaci rzeczy, że informacja udzielana przez lekarza musi być przekazana w sposób przystępny i zrozumiały (tylko wtedy jest skutecznie udzielona).

W orzecznictwie sądowym wskazuje się na konieczność udzielenia przez pacjenta tzw. zgody „poinformowanej”, zwanej też „objaśnioną”. Tylko taka bowiem w sposób jednoznaczny wyraża akceptację pacjenta dla ryzyka dokonania zabiegu i wzięcia go na siebie. Tylko taka zgoda wyłącza też bezprawność interwencji lekarza.

Brak zgody poinformowanej co do zasady jest równoznaczny z odpowiedzialnością po stronie lekarza za ewentualne niepowodzenia w trakcie wykonywanych zabiegów. Warunkiem do zaistnienia podstawy takiej odpowiedzialności jest jednak w praktyce związek przyczynowo-skutkowy między powstałym uszczerbkiem a tymi ostatnimi. Z informowaniem wiąże się jednak pewien wyjątek, o którym warto pamiętać. Otóż, jak wspomniano wyżej, nie można skutecznie postawić szpitalowi zarzutu nieprawidłowości w zakresie odbierania zgody od pacjenta, tudzież niedoinformowania go w przedmiocie możliwych komplikacji mogących nastąpić po wykonaniu zabiegu, jeżeli miały miejsce okoliczności, w których należało ratować życie pacjenta, a ten owej zgody nie był w stanie ani wyrazić, ani też odmówić.

Istnieje wreszcie pewien względnie jednoznaczny wyjątek od konieczności uzyskania od pacjenta zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Mianowicie prawo pacjenta do wyrażenia zgody nie obejmuje konieczności realizacji obowiązku ustawowego – a tym w świetle orzecznictwa sądów jest chociażby poddanie się niektórym szczepieniom.

Co warte podkreślenia, w orzecznictwie sądowym pojawiają się, jak to było pośrednio wyżej widać, próby nadania zgodzie pacjenta bardziej precyzyjnej treści, co wyraża się poprzez mowę o zgodzie „poinformowanej” czy też „objaśnionej”. Trafnym wydaje się być także stanowisko, w świetle którego „zgoda pacjenta na czynność medyczną nie jest czynnością prawną, a oświadczeniem w sferze świadomości i woli o charakterze jednostronnym”.

Warto przywołać także myśl wyrażoną na gruncie tezy jednego z wyroków, a mianowicie: „Ciężar dowodu, co do braku należytej staranności przy prowadzeniu leczenia i diagnozowaniu pacjenta, wystąpienia szkody oraz istnienia normalnego związku przyczynowego między szkodą a działaniem lub zaniechaniem pozwanego obciąża powoda”.

Na gruncie analizowanej literatury przedmiotu udało się odnaleźć dwie próby sformułowania ogólnej definicji dotyczącej zgody pacjenta. Pierwsza z nich, autorstwa B. Sygita i D. Wąsika przewiduje, że jest to „świadoma akceptacja przez pacjenta lub inną osobę uprawnioną proponowanych przez osobę wykonującą zawód medyczny metody i zakresu leczenia, poprzedzoną udzieleniem zrozumiałej i adekwatnej do stanu klinicznego pacjenta informacji dotyczącej specyfiki technik terapeutycznych i diagnostycznych możliwych do zastosowania w danym przypadku, możliwych powikłań zabiegów i rokowania co do wyleczenia pacjenta”. Druga z nich to koncepcja R. Michalskiej-Badziak i A. Rabięgi-Przyłęckiej, zdaniem których jest to „swobodnie podjęty i wyrażony akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, na podstawie przystępnie udzielonej, rzetelnej informacji odnośnie wszystkich etapów postępowania” związanej z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Podsumowując, można zatem przyjąć, co następuje:

- Zgoda pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych oznacza świadomie wyrażony akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego przejawiający się w świadomej

akceptacji proponowanych przez osobę wykonującą zawód medyczny metod i zakresu leczenia.

- Zgoda taka jest poprzedzona udzieleniem przystępnej, zrozumiałej, rzetelnej informacji, adekwatnej do stanu klinicznego pacjenta, dotyczących także specyfiki technik terapeutycznych i diagnostycznych możliwych do zastosowania w danym przypadku, możliwych powikłań zabiegów i rokowania co do wyleczenia pacjenta, co powinno, co do zasady, poprzedzać udzielenie takiej zgody, aby była ona skuteczna, a nie dorozumiana.
- Zgoda powinna mieć jednym słowem – jak to się ujmuje m.in. w orzecznictwie sądowym – charakter „poinformowany”/„objaśniony”, co należy rozumieć, jak wyżej.

Ponadto należy stwierdzić, że w przepisach prawa powszechnie obowiązującego – przynajmniej w ważniejszych aktach prawnych – więcej jest mowy o przesłankach pozwalających na stwierdzenie, że pacjent udzielił/odmówił udzielenia zgody. Trudno mówić jednak o ogólnej definicji. Więcej wartościowego materiału dostarcza pod tym względem orzecznictwo sądowe, co jednak wymaga pewnego uporządkowania. To zaś odnajdujemy w niektórych próbach formułowania ogólnej definicji „na łamach” literatury przedmiotu, co też nie wydaje się być często spotykane – być może z racji praktycznych trudności, o których wspominali przywoływani wyżej K. Klimas i P. Sobolewski. Istnienie takich trudności można jednak stwierdzić także poprzez analizę orzecznictwa dostarczającego niekiedy tzw. „wyjątków od reguły”. Trudno też nie uwzględnić realiów czysto życiowych. Przypadek każdego pacjenta jest bowiem inny. To zaś powoduje, że ogólna definicja ma walor praktyczny, zważywszy przede wszystkim na funkcję porządkującą oraz model stanowiący punkt wyjścia do dalszych rozważań.

Wreszcie warto wziąć pod uwagę możliwość pojawienia się swoistego konfliktu wartości i kwestii ocennych. Jak bowiem pokazują wyroki SA w Poznaniu z 2011 r. i SA w Krakowie z 2012 r., mogą występować sytuacje, gdzie z jednej strony mamy zabiegi, które w ponad 90% przypadków kończą się powodzeniem i uchodzą za cieszące się walorem powszechnie przyjętych rozwiązań, z drugiej – wprawdzie dla zdecydowanej mniejszości pacjentów, ale jednak – mogą faktycznie rodzić poważniejsze komplikacje zdrowotne. Możemy mieć też do czynienia z dylematem dotyczącym zakresu informowania. O ile bowiem umownie można poszczególne zabiegi podzielić na rodzące mniejsze i większe ryzyko powikłań, to trudno nie brać pod uwagę także istniejącej praktyki medycznej i możliwej reakcji pacjenta – co w tym przypadku prowadzi nas z kolei w stronę prawa do informacji⁴⁵, które nie jest tu przedmiotem rozważań. Granice są w tym przedmiocie zatem płynne, a jedyne co może względnie pomóc, to przyjęcie w tego typu sytuacjach pewnego wzorca/modelu. Historycznie najstarszy wzorzec – wzorzec racjonalnego lekarza – współcześnie rodziłyby poważne naruszenia w odniesieniu do podkreślanej obecnie autonomii pacjenta. Wzorzec racjonalnego pacjenta także się nie przyjął, choć zdecydowanie bardziej respektował założenia wyżej wspomnianej autonomii. Oczekiwań nie spełnił także tzw. model subiektywistyczny. W rezultacie w polskim porządku prawnym mamy do czynienia z modelem mieszanym, łączącym założenia wzorca racjonalnego pacjenta z modelem subiektywistycznym, a więc zakładającym, że lekarz z jednej strony jest zobligowany do udzielenia pacjentowi sztywnego zestawu informacji prawem przewidzianych, jak również powinien udzielać informacji, których oczekuje pacjent lub sam uznaje je dla niego za użyteczne. Elementy wzorca racjonalnego lekarza spotykane są zaś m.in. w zakresie przepisów art. 31 ust. 4 i 7 u.z.l. Nadal

⁴⁵ O istocie prawa do informacji jest mowa m.in. w przepisach art. 9 u.p.p.

jednak nie rozwiązuje to problemu we wszystkich możliwych „sytuacjach granicznych”, jak te, o których była mowa wyżej⁴⁶. Wydaje się bowiem trudnym do wyegzekwowania w praktyce – nawet przy najlepszej wiedzy i intencjach personelu medycznego, w tym lekarzy – by za każdym razem rozważali np. „czy aby nie ma innej placówki, w której pacjent mógłby być leczony z zastosowaniem innej metody” w sytuacjach, w których w większości przypadków wystarcza przyjęta praktyka medyczna. Organizmy ludzkie nigdy bowiem nie będą reagowały identycznie na dokonywane wobec nich ingerencje medyczne, a ludzie współcześnie umierają także na przysłowiową grypę, której śmiertelności obecnie już nikt tak poważnie nie rozpatruje. Rozważanie zaś w kategorii możliwych, poważnych powikłań każdego zabiegu czy leczenia mogłoby niebagatelnie utrudnić same procesy z tym związane. Zarazem jednak trudno nie uwzględniać poczucia krzywdy pacjentów, którzy z nie swojej przecież winy okazują się przynależć do tych, którzy w rezultacie zastosowania wobec nich, nawet tej utrwalonej praktyki medycznej ucierpieli. Jest to już jednak temat na inne rozważania.

Bibliografia

- Blicharz J., Lisowski P. (red.), *Prawo administracyjne. Zagadnienia ogólne i ustrojowe*, Wrocław 2022.
- Borysiak W., Bosek L., Gałązka M., *Status pacjenta* [w:] *System Prawa Medycznego*. Tom I. *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Grzejjczak A., *Geneza i pojęcie prawa do podmiotowości prawnej*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1997, tom XXXVII.
- Guzowska M., *Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia jako jedno z praw przysługujących w procesie leczenia*, „Przegląd Sądowy” 2009, nr 9.
- Jonca K., *Zmienne interpretacje prawa natury*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1997, tom XXXIX.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
- Klimas K., *Zdolność do wyrażenia zgody na zabieg przez pacjenta a zdolność do czynności prawnych*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2017, nr 22.
- Kozak A., *Prawo natury (jusnaturalizm)* [w:] *Wprowadzenie do nauk prawnych. Leksykon tematyczny*, red. A. Bator, Warszawa 2016.
- Michalska-Badziak R., Rabięga-Przyłęcka A., *Pacjent i jego prawa* [w:] *Prawo administracyjne materialne*, red. Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, P. Korzeniowski, E. Olejniczak-Szałowska, Warszawa 2022.
- Longchamps F., *Z rodowodu prawa podmiotowego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego” 1961. Prawo VIII.
- Rek T., *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy* [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Warszawa 2013.

⁴⁶ M. Guzowska, *Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia jako jedno z praw przysługujących w procesie leczenia*, „Przegląd Sądowy” 2009, nr 9, s. 94–96.

Sobol E. (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1993.

Sobolewski P., *Zgoda jako emanacja wolności prawnie chronionej. Krytyka koncepcji „prawa do zgody”* [w:] *System Prawa Medycznego*. Tom I. *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.

Sygit B., Wąsik D., *Leksykon prawa medycznego*, Warszawa 2016.

Tokarczyk R., *Medycyna a normy*, Warszawa 2011.

SUMMARY

Przemysław Charzewski

Patient consent to the provision of health services.

Part I

In search of a general definition of patient consent to the provision of health services

The patient's consent to the provision of health services is one of the fundamental rights referred to in the Act on Patient's Rights and Patients' Rights Advocate, among others. Its implementation, however, is fraught with practical difficulties, particularly in life-threatening situations or when immediate medical intervention is required. The age of the patient, as well as the legal and factual capacity of the patient to consciously express his or her will on the subject, are also relevant. The author's aim in this article is not only to contribute to the current scientific discourse, but also to attempt to clarify the issue and its limits pro bono.

For the purpose of systematisation, this publication has been divided into several parts. The first part is devoted to the constitutional foundations and the search for a general definition of the patient's consent to the provision of health care services, which is done on the basis of available national legislation (the focus is on an intra-state perspective) as well as case law and doctrine.

Key words: health care, public subjective rights, patient's rights, patient, patient consent.

Data wpływu artykułu: 8.08.2024 r.

Data akceptacji artykułu: 16.12.2024 r.

