

# Ograniczenie obowiązku informacyjnego ciążącego na lekarzu

## *Doctor's restrictions on obligation of information for the patients*

Rafał Kubiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### Streszczenie

Jednym z fundamentalnych praw pacjenta jest uprawnienie do uzyskania informacji na temat swojego stanu zdrowia oraz przeprowadzonych i proponowanych interwencji medycznych. Z jednej strony dane takie są choremu niezbędne dla prawidłowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, z drugiej zaś służą podjęciu skutecznej prawnie decyzji o leczeniu (wyrażeniu zgody albo sprzeciwu). Toteż zarówno przepisy prawne, jak i normy deontologiczno-etyczne nakładają na lekarza i inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązek informacyjny. Jego niewykonanie powoduje, że zgoda (sprzeciw) pacjenta jest nieważna i w efekcie zabieg medyczny jest bezprawny. Lekarz może zatem ponieść odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową. Jednakże omawiana powinność nie ma charakteru bezwzględnego. Przepisy przewidują bowiem możliwości ograniczenia obowiązku informacyjnego. Może to nastąpić w wyniku odpowiedniej interpretacji unormowań, które określają wymogi dotyczące zakresu przekazywanych danych. Ponadto pracownik medyczny nie jest zobowiązany do udzielenia informacji, gdy pacjent sobie tego nie życzy, a także może ograniczyć zakres danych z własnej inicjatywy. W tym ostatnim przypadku muszą być jednak spełnione przesłanki tzw. przywileju terapeutycznego. W artykule omówione są warunki skorzystania z tych konstrukcji prawnych oraz wątpliwości, jakie rodzą one w nauce prawa medycznego oraz w orzecznictwie sądowym. Przedstawiono również dyskusję na temat zasadności i potrzeby występowania przywileju terapeutycznego w kontekście autonomii pacjenta i jego prawa do pełnej informacji.

**Słowa kluczowe:** lekarz, informacja, prawa pacjenta, przywilej terapeutyczny.

### Abstract

One of more fundamental patient's rights is his or her right to know everything about his or her health and planned surgeries or medical treatments. On the one hand this knowledge is crucial for a proper diagnosis and therapeutic process, on the other hand it serves to make right decision about a cure. However, patient can accept or oppose to the cure. Legal system and ethic norms impose sufficient information on doctors and other medical staff. Failure to obtain it causes patient's agreement or opposition invalid and it leads to the situation that eventual medical treatment is against the law therefore doctors can pay their legal, civil and occupational consequences. Legal code takes into consideration the possibility of restrictions on obligation of information for the patients. This could have happened when proper interpretation of rules of law stipulating the requisite for obligation of information, is put. Furthermore, medical staff is not obliged to give information when patient is not willing to obtain it, or it can reduce some a health issues of it's own accord. The latter relates to the cases where so called 'therapeutic privilege' is met. The dissertation discusses the conditions for the use of legal structures and their limitation that arise when applied to medical law and common law.

**Key words:** doctor, information, patient rights, privilege therapeutic.

Adres do korespondencji:

Rafał Kubiak, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, e-mail: rafal.kubiak@umed.lodz.pl

## WPROWADZENIE. ŹRÓDŁA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

Jednym z fundamentalnych praw pacjenta jest uprawnienie do uzyskania informacji na temat swojego stanu zdrowia oraz przeprowadzonych i proponowanych interwencji medycznych. Prawo to współcześnie łączy się z ochroną autonomii pacjenta, który może podejmować decyzje terapeutyczne (wyrażając zgodę na dane leczenie albo sprzeciw wobec niego). Te jednak będą skuteczne prawnie, jeśli chory zostanie uświadomiony co do ich konsekwencji. Toteż prawną relewantność zgody (sprzeciwu) wiąże się z obowiązkiem informacyjnym spoczywającym na pracownikach medycznych (tzw. obowiązek objaśnienia – *Aufklärungspflicht*; *informed consent*) [1]<sup>1</sup>. Istnienie takiej powinności dostrzegano w polskiej judykaturze już w okresie międzywojennym. W orzeczeniu z 8 maja 1934 r. Sąd Najwyższy uznał bowiem, że „Lekarz, dokonujący zabiegu, chociażby nieoperacyjnego, ale mogącego pociągnąć za sobą skutki szkodliwe dla zdrowia pacjenta, obowiązany jest uprzedzić go o ewentualnej szkodliwości zabiegu oraz uzyskać jego zgodę na dokonanie tego zabiegu” [2]. Niewykonanie omawianego obowiązku powoduje więc, iż oświadczenie pacjenta nie wywołuje skutków prawnych, *de facto* zatem zabieg zostaje wykonany bez zgody chorego, a pracownik medyczny może ponieść odpowiedzialność. Na zagadnienie to zwraca się uwagę w orzecznictwie sądowym. Sąd Najwyższy w wyroku z 14 listopada 1972 r. wskazał, 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: 585]. Podobne stanowiska można znaleźć we współczesnych judykatach. Przykładowo Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 9 września 2005 r. uznał, że: „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]. Analogiczny pogląd wyraził Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 15 listopada 2012 r. Podkreślił on, że „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. 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 aprobatą pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda” [5]. Tezy takie zostały sformułowane także w literaturze. Już w latach 60. XX w. M. Sośniak twierdził, że zabieg wykonany bez skutecznej prawnie zgody (a więc m.in. nieuświadomionej), nawet jeśli został przeprowadzony *lege artis*, jest bezprawny i może uzasadniać odpowiedzialność cywilną lekarza [6: 53]. Współcześnie stanowisko takie jest także aprobowane. Przykładowo wg P. Daniluka brak udzielenia informacji, ewentualnie przekazanie jej, ale w sposób nieprzystępny albo podanie danych nieprawdziwych, prowadzi do tego, że pacjent nie może podjąć świadomej decyzji. Tym samym jego zgoda jest nieskuteczna prawnie, a zabieg zostaje wykonany bez wymaganego zezwolenia [7: 322, 8, 9]<sup>2</sup>.

Takie stanowiska korespondują także z unormowaniami etyczno-deontologicznymi oraz prawnymi, które nakazują pracownikom medycznym przekazywać pacjentom (lub innym uprawnionym osobom) niezbędne informacje. Nie prezentując szerzej ewolucji tych rozwiązań, warto jedynie wskazać, że konieczność udzielania informacji była akcentowana w aktach etycznych już w latach 60. XX w. Zgodnie bowiem 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: 172]. Analogiczne rozwiązania przyjęto w Zasadzie nr 12 Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego

<sup>1</sup>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. W drugim przypadku zakres przekazywanych danych jest szerszy, gdyż muszą one pozwolić choremu na świadome podjęcie decyzji terapeutycznych [1: 45].

<sup>2</sup>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: 119]. Por. także: [9: 54–55].

lekarza z 1977 r. [11: 7]<sup>3</sup>. Aktualnie problematyce tej poświęcone są art. 13, 16 i 17 Kodeksu etyki lekarskiej (zwanego dalej KEL).

Na gruncie prawnym ustawodawca początkowo nie artykułował takiego wymogu. Został on wprowadzony dopiero do przepisów pochodzących z lat 90. XX w. Prawo do informacji zostało po raz pierwszy wyraźnie określone w art. 19 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [12]. Współcześnie poświęca się mu jednak znacznie więcej miejsca. W szczególności zostało ono ujęte w art. 9 i nast. ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [13] (zwanej dalej UPP). Akt ten ma uniwersalne zastosowanie, gdyż kształtuje sferę obowiązków (będących odpowiednikiem praw pacjenta), które ciążyą na wszystkich osobach udzielających świadczeń zdrowotnych (a więc nie tylko na lekarzach, lecz także np. na pielęgniarkach, położonych, diagnostach laboratoryjnych, farmaceutach itd.). Oprócz tej zunifikowanej regulacji powinność informacyjna wynika także z aktów korporacyjnych adresowanych do poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych. W odniesieniu do lekarzy najistotniejsze znaczenie ma art. 31 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [14] (zwanej dalej UZL), który określa ogólnie zakres informacji, które powinny być udzielone, oraz krąg osób do nich uprawnionych. Rozwiązania te są modyfikowane przepisami szczególnymi, regulującymi przede wszystkim zasady wykonywania zabiegów nieterapeutycznych (np. art. 12 ust. 1 pkt 5 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [15] określa, jakie dane powinien otrzymać kandydat na dawcę materiału transplantacyjnego).

Z przedstawionego przeglądu rozwiązań prawnych, etycznych oraz stanowisk doktryny i judykatury wynika, iż prawo do informacji odgrywa niezwykle istotną rolę. Uzyskanie niezbędnych danych jest bowiem konieczne dla podjęcia skutecznej decyzji terapeutycznej przez pacjenta (lub inną kompetentną osobę). Ta z kolei warunkuje legalność interwencji medycznej, a zatem pozwala uniknąć personelowi medycznemu odpowiedzialności prawnej (cywilnej, a nawet karnej<sup>4</sup>). Mimo tak doniosłej funkcji prawo to nie ma jednak charakteru absolutnego, dopuszcza się bowiem jego ograniczenie. Może ono być uzasadnione bądź to dynamiką sytuacji i brakiem czasu na udzielenie pełnej informacji, bądź też stanem pacjenta, który ma złe

rokowania. Wydaje się, że zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w przypadku chorych cierpiących na schorzenia śmiertelne, zwłaszcza onkologiczne, którzy wymagają opieki paliatywnej.

Należy jednak podkreślić, że wszelkie odstępstwa od powinności informacyjnej mają charakter wyjątkowy. Opisujące je normy muszą więc być interpretowane restryktywnie, nie dopuszcza się wykładni rozszerzającej. W dalszej części opracowania zostaną zatem przedstawione przesłanki ograniczenia prawa do informacji i ich doktrynalne rozumienie.

## ZAKRES PRZEDMIOTOWY INFORMACJI I WYNIKAJĄCE Z NIEGO OGRANICZENIE POWINNOŚCI INFORMACYJNEJ

Zakres danych, jakie powinien przekazać pacjentowi pracownik medyczny, został zdefiniowany przede wszystkim w art. 9 ust. 2 UPP. Przepis ten obliuguje do informowania o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Tożsame uregulowanie zawiera art. 31 ust. 1 UZL. Unormowania te są uzupełnione treścią art. 13 ust. 3 KEL. Stanowi on, że „lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”. Z postanowień tych wynika zatem, że zakres danych jest szeroki i nie ogranicza się jedynie do opisu sytuacji zdrowotnej pacjenta, ale obejmuje także wskazanie możliwych i proponowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych oraz konsekwencji ich zastosowania albo zaniechania. Taka konstrukcja wyraźnie koresponduje z prawem pacjenta do wyrażania zgody (sprzeciwu) na leczenie. To on bowiem będzie ostatecznie podejmował decyzje terapeutyczne.

Nie dokonując pogłębionej analizy zakresu przedmiotowego omawianej powinności [16: 124–148, 17: 278–284], warto jednak zwrócić uwagę na pewne jej ograniczenia, wynikające z cytowanych przepisów i ich interpretacji. Wśród danych przekazywanych pacjentowi znajduje się bowiem informacja o „dających się przewidzieć następstwach” zastosowania albo zaniechania określonych metod medycznych. Ograniczenie obowiązku informacyjnego będzie

<sup>3</sup>Przepis ten wymagał, by 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”.

<sup>4</sup>Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta stanowi przestępstwo, stypizowane w art. 192 K.k., zagrożone alternatywnie grzywną (do 1 080 000 zł), karą ograniczenia wolności (do 12 miesięcy) albo karą pozbawienia wolności do lat 2.

wynikało z odpowiedniej wykładni frazy „dających się przewidzieć”. Taka formuła sugeruje, że lekarz może przedstawić jedynie typowe, zwykle następstwa. Nie jest natomiast konieczne informowanie o wszelkich konsekwencjach, które są dla danego przypadku mało prawdopodobne. Taką interpretację można spotkać w orzecznictwie sądowym. Przykładowo w wyroku z 27 sierpnia 1968 r. [18] Sąd Najwyższy wskazał, że wystarczające jest poinformowanie pacjenta o „bezpośrednich i zwykłych skutkach” zabiegu. Podobne stanowisko Sąd ten zajął w uzasadnieniu do wyroku z 28 sierpnia 1972 r. Uznał, że „nie jest natomiast wymagane pouczenie o wszelkich w ogóle możliwych skutkach, dla danego jednak wypadku normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych” [19]. Analogiczne poglądy formułowane są w najnowszych judykatach. Na przykład Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 6 września 2012 r. [20] zauważył, że „lekarz nie ma obowiązku informowania o wszystkich możliwych, nawet rzadko występujących powikłaniach”. Z kolei Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 28 listopada 2012 r. [21] podniósł, że lekarz „nie potrzebuje, a nawet nie powinien udzielać pacjentowi informacji o następstwach nietypowych nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu”. Zbliżone tezy prezentuje się także w doktrynie. Już w latach 50. XX w. M. Sośniak twierdził, że lekarz nie musi mówić choremu „o rzadko występujących zbiegach okoliczności, sprowadzających w pewnej chwili rezultat ujemny, niedających się nigdy z góry przewidzieć”. Zdaniem autora taki przekaz może bowiem jedynie poskutkować zbytecznym „zastraszaniem chorego” [22: 120]. We współczesnym piśmiennictwie również podnosi się, że lekarz powinien zwrócić uwagę jedynie na „normalne, przeciętne, typowe komplikacje” [23: 456].

W orzecznictwie sądowym nie precyzuje się natomiast, jakimi kryteriami należy się kierować, dokonując oceny owej „typowości”. Ze zwrotu „dające się przewidzieć” można jednak wnioskować, że ocena ta powinna być zrelatywizowana do danego przypadku. Nie jest zatem wystarczające odwołanie się do danych statystycznych i na ich podstawie ustalenie, w jakim stopniu określone powikłanie jest prawdopodobne. Statystycznie może ono bowiem

występować rzadko, ale u danego pacjenta, np. ze względu na skojarzone leczenie, zły stan zdrowia itd., jest wysoce prawdopodobne (i odwrotnie). Pracownik medyczny powinien więc skupić się na tych informacjach, które są kluczowe dla pacjenta w jego stanie. Warto bowiem przypomnieć, że funkcją obowiązku informacyjnego jest przekazanie choremu takich danych, które pozwolą podjąć mu uświadomioną decyzję terapeutyczną. Jak więc podkreśla A. Liszewska, pacjent powinien „zostać poinformowany o wszystkich okolicznościach, które mogą mieć na tę decyzję istotny wpływ. Dotyczy to także następstw zabiegu, chociaż już nie takich, które są nadzwyczajnie rzadkie” [1: 46].

Zdaniem Sądu Najwyższego nie można jednak ograniczyć zakresu informacji na temat danego powikłania, jeśli jest ono co prawda mało prawdopodobne, ale poważne<sup>5</sup>. W literaturze podnosi się, że udzielenie takich informacji może mieć szczególne znaczenie dla zebrania wywiadu. Pacjent, mając świadomość istotnego zagrożenia, może bowiem zwrócić uwagę na pewne okoliczności, o których nie pomyślałby, nie mając takiej wiedzy, i powiedzieć o nich lekarzowi [24: 81]. Uprzedzenie o takim zagrożeniu (choć występującym rzadko) może też wpłynąć na dokonanie przez chorego wyboru spośród proponowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych. M. Świdorska podkreśla jednak, że informacja powinna być wówczas udzielona oględnie, podczas bezpośredniej rozmowy z lekarzem, który wyraźnie zaznaczy, że stopień prawdopodobieństwa wystąpienia ewentualnych powikłań jest mały. Takie postępowanie pozwoli uniknąć bezpodstawnej odmowy poddania się leczeniu [16: 141]<sup>6</sup>.

Podsumowując tę część rozważań, można zatem przyjąć, że pracownik medyczny (w szczególności lekarz) nie musi szczegółowo prezentować wszelkich potencjalnych skutków wykonania albo zaniechania danej metody diagnostyczno-terapeutycznej. Powinien skupić się jedynie na typowych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, które mogą wystąpić u danego pacjenta, oraz na tych, które co prawda są przewidywane rzadko, ale cechują się poważnym zagrożeniem dla życia lub zdrowia. Ocena „typowości” musi być jednak zrelatywizowana do stanu danego chorego.

<sup>5</sup>Sąd Najwyższy w wyroku z 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”.

<sup>6</sup>Na zagadnienie to zwraca się uwagę także w orzecznictwie sądowym. W wyroku z 28 sierpnia 1973 r. (sygn. akt: I CR 441/73, OSNC, Nr 7-8/1974, poz. 131) Sąd Najwyższy uznał bowiem, że „Nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. **Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu** [podkr. R.K.]”.



## RODZAJ ZABIEGU A ZAKRES UDZIELANYCH INFORMACJI

W orzecznictwie sądowym zarysowała się linia, z której wynika, że w przypadku zabiegów pilnych, niezbędnych dla ratowania życia pacjenta, obowiązek informacyjny ulega ograniczeniu. Stanowisko takie można spotkać w wyroku Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2007 r. Sąd uznał w nim, że „obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie” [25]. Analogiczne zdanie wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z 9 listopada 2007 r. 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” [26]. Rozstrzygnięcia takie można spotkać także w najnowszych judykatach [27]<sup>7</sup>.

Wydaje się jednak, że tezy te nie znajdują uzasadnienia w obowiązującym stanie prawnym. Powołane przepisy, określające obowiązek informacyjny, nie różnicują bowiem jego zakresu w zależności od rodzaju i pilności zabiegu. Z dogmatycznego punktu widzenia, obowiązek ten powinien więc zostać wykonany jednakowo w każdym przypadku. Stąd też przedstawione poglądy sądowe spotkały się z krytyką w literaturze. Zdaniem M. Safjana lekarz ma obowiązek przekazania pełnych informacji również w sytuacji „interwencji o podstawowym znaczeniu dla życia pacjenta”. Ewentualnych ograniczeń omawianej powinności autor upatruje jedynie w konstrukcji przywileju terapeutycznego [28: 71] (która będzie omówiona w dalszej części opracowania). Podobne stanowisko prezentuje P. Daniluk. Autor podnosi bowiem, że decyzję o ograniczeniu informacji podejmowałby wówczas lekarz, który samowolnie rozstrzygałby, że takie postępowanie jest podyktowane dobrem pacjenta. Taka postawa nawiązuje zaś do odrzuconej obecnie koncepcji paternalistycznej. Ostatecznie więc P. Daniluk uznaje, że „jest to podejście zbyt daleko idące, uzależniające w sposób nieuprawniony zakres informacji od wagi danej interwencji medycznej”. Podobnie jak poprzedni autor dostrzega jednak możliwość skorzystania z konstrukcji przywileju terapeutycznego (naturalnie, jeśli zostaną spełnione jego ustawowe przesłanki) [7: 320–321].

Należy podzielić zaprezentowane stanowiska przedstawicieli doktryny. Warto bowiem jeszcze raz podkreślić, że przepisy nie pozwalają na różnicowanie zakresu informacji w zależności od rodzaju danego zabiegu i okoliczności, w jakich będzie on przeprowadzany. Wydaje się również, że ze wzglę-

du na dość wąsko sformułowane warunki tzw. przywileju terapeutycznego, nie będzie on zbyt często wykorzystywany. Ograniczenia w przekazie informacji mogą być zaś uzasadnione okolicznościami faktycznymi, a w szczególności brakiem czasu spowodowanym pilnością wykonania interwencji medycznej. Wówczas w istocie lekarz może udzielić jedynie najważniejszych informacji, niezbędnych do podjęcia decyzji terapeutycznych przez pacjenta. Ewentualne uchybienia obowiązkowi informacyjnemu mogą być wtedy usprawiedliwione konstrukcją stanu wyższej konieczności.

## OGRANICZENIE INFORMACJI NA ŻĄDANIE PACJENTA

Możliwość zrzeczenia się prawa do informacji wywodzi się z autonomii pacjenta. Skoro bowiem może on wyrazić zgodę (sprzeciw) na leczenie po uzyskaniu niezbędnych informacji, może także zadeklarować, iż nie życzy sobie, by zostały one mu przekazane. Dając wyraz poszanowaniu tego uprawnienia, ustawodawca zdecydował, że na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać mu informacji (art. 31 ust. 3 UZL oraz w odniesieniu do wszystkich osób udzielających świadczeń zdrowotnych – art. 9 ust. 4 UPP). Regulacja ta jest uzupełniona normami deontologicznymi. W myśl art. 16 ust. 1 KEL lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie.

Pomimo że ze stylistyki tych rozwiązań wynika, iż pracownik medyczny jest jedynie zwolniony z obowiązku informacyjnego, należy przyjąć, że stanowisko pacjenta jest dla niego wiążące. Oznacza to, że w przypadku wyrażenia takiego żądania przez chorego, lekarz ma zakaz przekazywania mu informacji.

Powołane przepisy pozostawiają pacjentowi pełną swobodę w określeniu jego żądania. Może on więc domagać się, by personel medyczny nie udzielał mu żadnych informacji, bądź też wskazać zakres, w jakim nie chce uzyskiwać danych (np. o rokowaniu).

Takie rozwiązanie rodzi jednak wątpliwości co do skuteczności zgody pacjenta, wyrażonej niekiedy bez kluczowych informacji – czy jest ona wówczas uświadomiona? Według M. Świdorskiej kontrowersje te nie są uzasadnione. Autorka podkreśla, iż celem wprowadzenia konstrukcji prawa do informacji jest uszanowanie autonomii pacjenta. Może on zatem świadomie decydować o leczeniu, ale nie jest to jego obowiązek. Jest więc uprawniony do odmowy przyjmowania informacji. Jednocześnie jednak M. Świdorska zastrzega, że lekarz, realizując wymóg

<sup>7</sup>Por. przykładowo wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 28 listopada 2012 r. (sygn. akt: V ACa 826/12, LEX nr 1313251).

profesjonalnej staranności, powinien jednoznacznie ustalić, jaka jest rzeczywista wola chorego (czy faktycznie zrzeka się on prawa do informacji). W szczególności więc, po takiej deklaracji pacjenta, upewnić się pytając go, czy jest pewien swej decyzji. Jeśli jednak pacjent podtrzyma swoje zdanie, lekarz jest obowiązany je respektować [16: 164–165].

Omawiany problem dostrzega również T. Dukiet-Nagórska. Zauważa, że w przypadku zrzeczenia się prawa do informacji wymóg odbierania „uświadomionej” zgody pacjenta przestaje być zasadny. Niestety, polskie prawo nie zawiera dyrektyw postępowania w takiej sytuacji. Autorka proponuje więc, by dokonać nowelizacji przepisów, która mogłaby przebiegać dwukierunkowo: poprzez wprowadzenie rozwiązań pozwalających na wykonywanie zabiegu bez zgody chorego oraz umożliwienie lekarzowi odmowy leczenia. T. Dukiet-Nagórska argumentuje bowiem, że w takich okolicznościach cały ciężar decyzji terapeutycznych spoczywa na lekarzu, który może nie być chętny do podjęcia leczenia [29: 32].

Są to jednak tylko postulaty *de lege ferenda*. Na gruncie obowiązujących przepisów należy przyjąć, że stanowisko pacjenta o odmowie uzyskiwania informacji jest dla pracownika medycznego wiążące. Podobnie jednak, jak każde inne oświadczenie, dla swej skuteczności wymaga ono dobrowolności. Pracownik medyczny nie może zatem nakłaniać chorego do złożenia takiej deklaracji ani też tym bardziej jej wymuszać. Z dowodowego punktu widzenia pożądane jest, by stanowisko chorego zostało odnotowane w dokumentacji medycznej i przez niego podpisane.

Oświadczenie pacjenta o zrzeczeniu się prawa do informacji nie zwalnia jednak pracownika medycznego od przekazania mu takich danych, które są niezbędne dla prawidłowej terapii, np. o konieczności poddania się szczepieniu, odpowiednim dawkowaniu leków, koniecznej rehabilitacji pooperacyjnej itd. [16: 165–166].

Dla porządku należy dodać, że omawiane rozwiązania znajdują zastosowanie jedynie w przypadku zabiegów leczniczych. W doktrynie podkreśla się więc, że konstrukcji tej nie stosuje się do interwencji o charakterze nieterapeutycznym, np. przeszczepów, przerwania ciąży, eksperymentów medycznych, zwłaszcza badawczych [30: 50, 31: 167].

Na uprawnienie to może powoływać się każdy pacjent, który jest zdolny do skutecznego wyrażenia woli. W szczególności więc powinien on posiadać pełną zdolność do czynności prawnych, tj. być osobą pełnoletnią i nieubezważoną. Biorąc jednak pod uwagę, że polskie prawo dopuszcza konstrukcję zgody kumulatywnej (udzielanej najczęściej przez pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego), wydaje się, że z omawianego prawa może skorzystać także pacjent, który jest kompetentny

do wyrażenia takiej zgody (w szczególności małoletni, który ukończył 16 lat). Uprawnień takich nie posiada jednak przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny, którzy decydują albo współdecydują o leczeniu swego podopiecznego [31: 167].

## PRZYWILEJ TERAPEUTYCZNY

Konstrukcja przywileju terapeutycznego jest podyktowana chęcią ochrony pacjenta przed uzyskaniem informacji, które mogłyby niekorzystnie wpłynąć na jego psychikę i ostatecznie doprowadzić np. do stanów depresyjnych lub nawet do zamachów samobójczych. Mogłyby też motywować do negatywnych decyzji terapeutycznych, np. zaniechania niezbędnego leczenia. Wówczas – jak pisał A. Gubiński – lekarz nie musi być „posłańcem rozpacz” [32: 80]. Toteż zarówno w normach deontologiczno-etycznych, jak i prawnych wyposaża się lekarza (i innych pracowników medycznych) w uprawnienie zatajenia przed chorym pewnych informacji. Rozwiązanie takie było przewidziane m.in. w Zasadzie nr 12 Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza z 1977 r. Zgodnie z nią „ze względu na ochronę psychiczną chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości niepomyślnego rokowania”. Współcześnie zagadnienie to normuje art. 17 KEL. Ustawodawca poświęcił zaś tej materii art. 31 ust. 4 UZL. Określa on następujące przesłanki przywileju terapeutycznego:

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

Stosowanie tej konstrukcji wymaga wnikliwego przeanalizowania stanu pacjenta i ustalenia, że w rzeczywistości przekazanie mu pełnej informacji może godzić w jego dobro. W doktrynie podkreśla się bowiem, że poniechanie wykonania obowiązku informacyjnego może rodzić po stronie pacjenta szereg negatywnych konsekwencji. Podkreśla się m.in., że stan niepewności może być bardziej dolegliwy niż uzyskanie całej, choć strasznej prawdy. Tajenie przed pacjentem pewnych informacji, przekazywanie mu jedynie wyrywkowych danych, może go inspirować do domysłów i spekulacji. Wydaje się, że problem ten szczególnie nabrzmiewa współcześnie, gdy chorzy, mając dostęp do źródeł internetowych, mogą z nich pozyskać wiele danych, jednakże często mało miarodajnych i wiarygodnych. Ponadto akcentuje się, że pacjent powinien być poinformowany nawet wówczas, gdy wieści są złe. Może bowiem wówczas zdecydować o sposobie przeżycia ostatnich dni, np. uporządkować swe sprawy osobiste i majątkowe. Poza tym pełna informacja służy realizacji prawa do samostanowienia, a w szczególności do wyboru

określonych metod terapeutycznych (np. w onkologii chory może zadeklarować, że nie chce inwazyjnego leczenia, łączącego się z poważnymi skutkami ubocznymi, a woli poprzestać jedynie na terapii paliatywnej) [33: 274 i 34: 138]. Skorzystanie z przywileju terapeutycznego wymaga zatem gruntownego uzasadnienia dobrem pacjenta. A. Liszewska podkreśla więc, że powodem ograniczenia informacji nie może być obawa jedynie o pogorszenie nastroju lub odmowy poddania się zabiegowi [1: 46]. Z kolei M. Świdorska podnosi, że dla sięgnięcia po omawianą konstrukcję niezbędne jest, by lekarz był „głęboko przekonany, że ujawnienie informacji spowoduje reakcję traumatyczną i pogorszenie stanu zdrowia, znacznie utrudniające lub uniemożliwiające terapię” [16: 154]. Do takiej konstatacji prowadzi także wykładnia art. 17 KEL, który dopuszcza ograniczenie informacji tylko wówczas, gdy „lekarz jest głęboko przekonany, że jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”. Takie ujęcie nakazuje więc restryktywne interpretowanie przesłanek przywileju terapeutycznego. W szczególności więc skorzystanie z niego nie jest dopuszczalne w każdym przypadku złych rokowań. Lekarz nie może również po niego sięgnąć w celu ochrony interesu rodziny lub własnego (np. gdy ma trudności w przekazywaniu złych wieści). Za każdym razem musi bowiem dokonywać oceny przez pryzmat dobra pacjenta. Naturalnie w takim wypadku nie można odwoływać się do jakichś abstrakcyjnych, uniwersalnych kryteriów tej oceny (np. bazując tylko na kryterium danego schorzenia), lecz należy dokonać analizy, uwzględniając okoliczności danego przypadku. W piśmiennictwie wskazuje się także, że subiektywne odczucia lekarza nie są wystarczające, a decyzja o ograniczeniu informacji powinna być oparta na racjonalnych przesłankach i wynikać z „analizy obiektywnych wskazań medycznych” [34: 137]. Jak pisze M. Nestorowicz, lekarz musi więc „porównać ryzyko ujawnienia informacji z ryzykiem zabiegu” [35: 106].

W doktrynie rozważano, czy możliwość zastosowania przywileju terapeutycznego zależy od rodzaju zabiegu leczniczego. Zdaniem M. Filara na rozwiązanie to lekarz może się powołać jedynie w przypadku interwencji prostych (o których mowa w art. 32 i 33 UZL). Autor uzasadnia bowiem, że kategoryczne ujęcie art. 34 ust. 1 i 2 UZL, które wymagają uświadomionej zgody na zabieg operacyjny oraz o podwyższonym ryzyku dla pacjenta, wyklucza stosowanie analizowanej konstrukcji do tego typu zabiegów [36: 264–265]. Stanowisko takie nie jest jednak trafne. Słusznie bowiem podnosi M. Świdorska, że zgodnie z art. 34 ust. 2 UZL „Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1 [tj. na zabiegi operacyjne i o podwyższonym ryzyku dla pacjenta – dop. R.K.], lekarz ma obowiązek

udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31”. Taka redakcja wskazuje, że ustawodawca odsyła do całego art. 31 UZL, a więc także do jego ust. 4, który statuuje konstrukcję przywileju terapeutycznego. Interpretacja ta prowadzi autorkę do konstatacji, że omawiana konstrukcja znajduje zastosowanie do wszelkich zabiegów leczniczych, a nie tylko interwencji mało inwazyjnych [16: 163–164].

W sytuacji, gdy lekarz dojdzie do przekonania, że omawiane przesłanki są spełnione, może jedynie ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu. Ze zwrotu tego wynika, iż nie jest możliwe całkowite poniesienie przekazywania danych. Przykładowo więc pracownik medyczny nadal będzie zobligowany do ujawnienia wyników leczenia oraz wskazywania możliwych i proponowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych i ich konsekwencji. W literaturze podnosi się stanowczo, że prezentowana konstrukcja nie uprawnia do udzielenia informacji kłamliwych, wprowadzania w błąd [16: 155–156, 23: 451]. Na zagadnienie to zwracał uwagę również A. Gubiński, komentując postanowienia KEL. Jego zdaniem lekarz może jedynie przemilczeć złe wieści i nie naprowadzać tematu rozmowy z chorym na jego stan zdrowia i rokowania. Nie jest natomiast dopuszczalne okłamanie pacjenta, gdyż – wg autora – „prowadziłoby w rezultacie do podważenia prestiżu lekarzy, braku zaufania do ich oświadczeń i przekazywanych informacji” [32: 79].

Skorzystanie z przywileju terapeutycznego zobowiązuje lekarza do przekazania informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. Dla porządku warto zatem wyjaśnić, że zgodnie z art. 98 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (zwanego dalej K.r.o.) wobec małoletniego dziecka przedstawicielami ustawowymi są jego rodzice, o ile pozostaje ono pod ich władzą rodzicielską. W przeciwnym wypadku sąd opiekuńczy ustanawia dla małoletniego opiekuna prawnego, który staje się 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.

Podmiotem uprawnionym do informacji w omawianej sytuacji – jak wspomniano – może być również osoba upoważniona przez pacjenta. Uprawnienie do jej wskazania wynika z art. 9 ust. 3 UPP, który



stanowi, 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 pacjentowi 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. 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) [31: 170, 33: 270]. Dla jednoznacznego określenia kręgu osób upoważnionych prawodawca wymaga, by lekarz prowadzący indywidualną dokumentację wewnętrzną dołączał do niej lub zamieszczał w 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<sup>8</sup>. Należy zatem stanowczo podkreślić, że lekarz jest związany takim oświadczeniem i nie może przekazywać informacji innym osobom (chyba że przepis ustawy wyraźnie na to pozwala – por. art. 31 ust. 6 UZL<sup>9</sup>). W przeciwnym wypadku naruszy prawo pacjenta do zachowania tajemnicy medycznej, co może łączyć się z odpowiedzialnością cywilną, zawodową, a nawet karną (na podstawie art. 266 K.k.).

Powołanie się na przywilej terapeutyczny nie pozbawia jednak chorego możliwości uzyskania pełnej informacji. W myśl bowiem art. 31 ust. 4 zd. ostatnie UZL, na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Rozwiązanie takie nie wyjaśnia jednak, czy lekarz powinien jedynie przekazać takie dane, o które wyraźnie zwraca się chory, odpowiedzieć na jego pytanie czy też jest zobligowany do ujawnienia całej prawdy. Wątpliwości te ustawodawca rozstrzygnął w art. 9 ust. 6 UPP. Zgodnie z tym przepisem, pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie. W literaturze podnosi się, że z żądaniem takim może wystąpić każdy pacjent, który jest kompetentny do podejmowania decyzji terapeutycz-

nych (a więc także w szczególności małoletni, który ukończył lat 16) [31: 169].

Prawo nie określa jednak, w jaki sposób ów przekaz powinien nastąpić. Wydaje się, że problematyka ta wykracza poza kompetencje ustawodawcy i powinna być pozostawiona do określenia w normach deontologicznych. W tym duchu należy więc odczytywać art. 17 KEL, który wymaga, by w razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz poinformował go o tym z **taktem i ostrożnością**. Lekarz powinien więc wykazać się empatią i inteligencją emocjonalną, jego wypowiedzi powinny być „wyważone z uwzględnieniem stanu psychicznego, wrażliwości i inteligencji pacjenta” [35: 105–106]. Jak pisał A. Gubiński, „chodzi o to, by chorego przygotować na niepomyślną wiadomość, by uczynić to z wyczuciem, możliwie delikatnie” [32: 78]. W literaturze psychologicznej wskazuje się, że trudności w tym obszarze może nastroczać personelowi medycznemu brak przygotowania psychologicznego, które byłoby pożądane zwłaszcza w przypadku, gdy lekarz musi przekazać złe wieści osobie umierającej [37: 260]. Stąd też zdaniem G. Rejman warto, by pracownik medyczny w takiej sytuacji udzielał informacji w obecności psychologa, który swą fachową wiedzą mógłby go wspomóc [38: 58].

Omawiana konstrukcja jest w doktrynie poddawana krytycznej ocenie. Podnosi się bowiem, że ograniczenie prawa do informacji może być niekorzystne dla chorego. Nie mając wiedzy na temat schorzenia, może on bowiem nie przestrzegać precyzyjnie zaleceń lekarskich. Ponadto przywilej terapeutyczny, oparty na zasadzie paternalizmu, narusza prawo pacjenta do samostanowienia, pozbawiając go niejednokrotnie kluczowych informacji. Każdy człowiek powinien zaś wiedzieć o sprawach najważniejszych, które go dotyczą, a do tej kategorii niewątpliwie należą kwestie odnoszące się do życia i zdrowia. Poza tym wskazuje się na badania, z których wynika, iż pacjenci posiadający pełną informację lepiej znoszą prowadzoną terapię i szybciej powracają do zdrowia. W doktrynie postuluje się więc usunięcie tej konstrukcji, co oznaczałoby obowiązek pełnego informowania [39: 96–97]. Taka optyka prowadzi do innego postawienia pytania – jak ujął to M. Safjan – „nie o to, czy mówić pacjentowi prawdę, ale w jaki sposób to czynić” [28: 127]. Aprobując te stanowiska, należy jednak przypomnieć, że w myśl cytowanych

<sup>8</sup>Paragraf 8 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. Nr 252 poz. 177).

<sup>9</sup>Zgodnie z tym przepisem, jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP. Warto jednak podkreślić, że regulacja ta dość wąsko określa krąg osób uprawnionych do informacji w omawianym przypadku. Są to bowiem: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Rozwiązanie to nie jest więc spójne z treścią art. 16 ust. 2 KEL, który dozwala na informowanie każdej osoby, co do której lekarz jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. Biorąc pod uwagę te rozbieżności, należy dać prymat regulacji ustawowej.



przepisów, konstrukcja przywileju terapeutycznego nadal obowiązuje i lekarze mogą się na nią skutecznie powoływać. Sięgając jednak po te rozwiązania powinni interpretować ich przesłanki w sposób zawężający, traktując możliwość ograniczenia prawa do informacji jako wyjątek od zasady poszanowania prawa pacjenta do samostanowienia i pełnego uświadomienia. Opierając się na takiej wykładni, trzeba zatem podkreślić, że przywilej terapeutyczny może być stosowany jedynie w odniesieniu do pacjentów. Nie znajduje zatem zastosowania wobec przedstawiciela ustawowego chorego. Ponadto w doktrynie akcentuje się, że nie można po niego sięgać w przypadku zabiegów nieterapeutycznych [7: 322, 22: 119, 23: 452, 39: 497]<sup>10</sup>.

## PODSUMOWANIE

Polski ustawodawca silnie akcentuje autonomię pacjenta i powiązane z nią prawo do informacji. Pozyskanie niezbędnych danych warunkuje bowiem możliwość uświadomionego podejmowania przez chorego decyzji terapeutycznych. Jednakże uprawnienie to nie jest bezwzględne. Przepisy i normy deontologiczno-etyczne pozwalają na ograniczenie obowiązku informacyjnego. Może to nastąpić w sytuacji, gdy pacjent skutecznie zrzeknie się prawa do informacji oraz z inicjatywy lekarza. W tym ostatnim wypadku może się on powołać na konstrukcję tzw. przywileju terapeutycznego. Jej przesłanki, określone w art. 31 ust. 4 UZL, muszą być jednak interpretowane wąsko, jako wyjątek od reguły pełnej informacji.

Ponadto możliwości ograniczenia przekazu mogą wynikać z okoliczności faktycznych, w związku z pilnością zabiegu, zwłaszcza ratującego życie. Wówczas uchybienia w zakresie realizacji omawianej powinności mogą być usprawiedliwiane stanem wyższej konieczności. Zakres przekazywanych informacji może być też limitowany na podstawie treści art. 9 ust. 2 UPP i art. 31 ust. 1 UZL. Przepisy te wymagają bowiem, by pacjent uzyskał dane jedynie o dających się przewidzieć następstwach zastosowania albo zaniechania określonych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Pracownik medyczny może więc ograniczyć przekaz jedynie do tych informacji, które dotyczą typowych, najbardziej prawdopodobnych, zwykłych konsekwencji.

Musi jednak dokonać oceny „typowości” przez pryzmat uwarunkowań zdrowotnych danego pacjenta.

Na zakończenie warto jednak jeszcze raz podkreślić, że omawiane dyspensy mają charakter wyjątkowy. Zasadniczo pracownicy medyczni są bowiem zobligowani do udzielania pełnej informacji. Jej brak, przekazanie niepełnych lub nieprawdziwych danych może prowadzić do nieważności zgody pacjenta na zabieg medyczny i w konsekwencji uzasadniać odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową lekarza. Warto zaś zauważyć, że ciężar dowodu udzielenia wyczerpującej, wymaganej informacji spoczywa na pracowniku medycznym<sup>11</sup>.

Oznacza to, że w przypadku ewentualnego sporu (zwłaszcza sądowego) to lekarz będzie musiał wykazać, że wykonał poprawnie swą powinność informacyjną i przekazał wszystkie wymagane dane (dowodem na tę okoliczność mogą być np. odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej, potwierdzone podpisem pacjenta, informacje pisemne przekazywane chorem, a także zeznania świadków [23: 461]). Warto zatem, by pracownicy medyczni znali omówione rozwiązania prawne i stosowali się do nich. Autor żywi więc nadzieję, że niniejsze opracowanie choć trochę przybliżyło tę problematykę.

## PIŚMIENNICTWO

1. Liszewska A. Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy. Państwo i Prawo 1997; 1: 36-48.
2. Sygn. akt: II C 3048/33, OSN(C), Nr 5/1935, poz. 184.
3. Sygn. akt: I CR 463/72, OSN, Nr 4/1975, s. 585.
4. Sygn. akt: I ACa 236/05, LEX nr 175206.
5. Sygn. akt: I ACa 596/12, LEX nr 1246866.
6. Sośniak M. Cywilna odpowiedzialność lekarza. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1968.
7. Daniluk P. Glosa do wyroku s. apel. z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05. Palestra 2007; 5-6: 322.
8. Nesterowicz M. Glosa do wyroku SN z 12.6.2008 r., III CSK 16/08. Przegląd Sądowy 2009; 4: 119.
9. Baron K. Zgoda pacjenta. Prokuratura i Prawo 2010; 9: 54-55.
10. Tulczyński A. Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne. PZWL, Warszawa 1975.
11. Polskie Towarzystwo Lekarskie. Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza. Warszawa 1984.
12. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408, z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.).
14. Tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277 poz. 1643, z późn. zm.

<sup>10</sup>Zdaniem M. Sośniaka, przy tego typu interwencjach medycznych nie ma żadnych powodów, które uzasadniałyby „oszczędzenie” osoby mającej się poddać takim zabiegom [6; por. także: 7, 22, 23, 39].

<sup>11</sup>Na zagadnienie to zwrócił uwagę Sąd Najwyższy, który w wyroku z 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 (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza [...]), spoczywa na lekarzu”.

15. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169 poz. 1411, z późn. zm.).
16. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007; 124-148.
17. Kubiak R. Prawo medyczne. Wykłady specjalizacyjne. C.H. Beck, Warszawa 2014.
18. Sygn. akt: I CR 325/68, OSP, Nr 7/1969, poz. 165.
19. Sygn. akt: II CR 296/72, OSNC, Nr 5/1973, poz. 86.
20. Sygn. akt: I ACa 723/12, LEX nr 1236722.
21. Sygn. akt: V ACa 826/12, LEX nr 1313251.
22. Sośniak M. Obowiązek powiadomienia o skutkach zabiegu lekarskiego. Państwo i Prawo 1958; 7: 120.
23. Kapko M. Komentarz do art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz. Zielińska E (red.). ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
24. Dukiet-Nagórska T. Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. Prawo i Medycyna 2000; 6-7: 81.
25. Sygn. akt: II CSK 2/07, OSP, Nr 1/2009, poz. 6.
26. Sygn. akt: V CSK 220/07, LEX nr 494157.
27. Sygn. akt: V ACa 826/12, LEX nr 1313251.
28. Safjan M. Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny. Warszawa 1998.
29. Dukiet-Nagórska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. LexisNexis, Warszawa 2008.
30. Czarkowski M, Różyńska J. Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik dla badacza. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2008.
31. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
32. Gubiński A. Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wyd. Zakład Informacyjno-Wydawniczo-Kolportażowy Okręgowej Izby Lekarskiej, Warszawa 1995.
33. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Wyd. Difin, Warszawa 2001.
34. Szpara J. Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem. Prawo i Medycyna 1999; 4: 138.
35. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierowania, Toruń 2000.
36. Filar M. Lekarskie prawo karne. Zakamycze, Kraków 2000.
37. Widera-Wysoczańska A. Psychologiczne aspekty spotkania lekarza i chorego ze śmiercią. W: Elementy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
38. Rejman G. Odpowiedzialność karna lekarza. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991.
39. Dudzińska A. Wymagana informacja udzielana pacjentowi. Państwo i Prawo 2008; 8: 96-97.