

JOLANTA PACIAN

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

PRAWO PACJENTA DO WYRAŻENIA ZGODY
NA CZYNNOŚĆ MEDYCZNĄ – WARUNKI PRAWNEJ
SKUTECZNOŚCI W KONTEKŚCIE
WSPÓŁCZESNYCH WYZWAŃ

I. WSTĘP

Prawo do wyrażenia zgody na czynność medyczną jest jednym z podstawowych praw pacjenta. Wywodzi się je zarówno z nietykalności osobistej człowieka, jak i autonomii jednostki. Ponadto należy podkreślić, że prawo to ma charakter niezbywalny. Prawo to ma umocowanie w Konstytucji RP¹ (art. 38, 39, 41 i 47), ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² (rozdział 5), ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³ (art. 32 i n.) oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej⁴. Celem artykułu jest przedstawienie prawa do wyrażenia zgody na czynność medyczną oraz warunków prawnej skuteczności w kontekście współczesnych wyzwań.

¹ Ustawa z 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i sprost.).

² Tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.; dalej: u.p.p.RPP.

³ Tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 ze zm.; dalej: u.z.l.

⁴ Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> [dostęp 10 marca 2023 r.].

Zgoda⁵ jest przede wszystkim wyrażana przez pacjenta – osobę, której świadczenie ma być udzielone. Zatem każdy pacjent musi posiadać kompetencję do wyrażenia zgody⁶. W obszarze tej kompetencji uwidaczniają się jej aspekty: prawny i psychologiczny. Należy zauważyć, że niejednolicie w doktrynie jest prezentowany sposób rozumienia aspektu prawnego kompetencji. Dotyczy przede wszystkim ziszczenia się stawianych przez system prawa wymagań w zakresie wieku i faktu (nie) ubezwłasnowolnienia pacjenta oraz zdolności do czynności prawnych. Część doktryny opowiada się za przyjęciem wymogu pełnej zdolności do czynności prawnych⁷. Przeciwnicy tego stanowiska podkreślają, że kryterium prawnym jest wiek oraz stan ubezwłasnowolnienia⁸. Niewątpliwie należy przyjąć to twierdzenie za uzasadnione i podkreślić, że na gruncie obowiązującego prawa nie ma potrzeby wprowadzania ograniczeń autonomii jednostki poprzez dodatkowe prawne kryterium. Jednak dużo ważniejsze powinno być odniesienie się do kryterium dotyczącego stanu psychicznego pacjenta w zakresie zdolności udzielenia zgody. Zatem odwołanie się do kryterium psychologicznego w tym kontekście jest jak najbardziej zasadne. Ponadto zaakceptowanie także poglądu traktującego zgodę jako oświadczenie woli, lecz nie w rozumieniu cywilistycznym, przesądza za odrzuceniem kryterium w zakresie posiadania zdolności do czynności prawnych.

⁵ *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, I, red. M. SAFJAN, L. BOSEK, Warszawa 2018, s. 495-512.

⁶ A. GÓRSKI, *O obowiązku lekarza poinformowania pacjenta i zgodzie pacjenta na zabieg*, «*Studia Iuridica*» 39/2001, s. 83-97.

⁷ E. BUCZEK, Ł. CABAN, Ł. DZIAMSKI, W. GRECKI, M. KOPEĆ, A. PLICHTA, L. RETKOWSKA-MIKA, M. URBAŃSKA, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. KOPEĆ, Warszawa 2016.

⁸ B. JANISZEWSKA, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 432-444; A. FIUTAK, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, s. 110-112.

II. POJĘCIE ZGODY W DOKTRYNIE PRAWA

Według Małgorzaty Świdorskiej „zgoda pacjenta nie jest typowym przykładem czynności prawnej, bowiem nie zmierza do wywoływania określonych skutków prawnych, lecz jest wyrazem prawa do dysponowania swoim ciałem. Zgoda na czynność medyczną stanowi autonomiczne jednostronne oświadczenie woli o charakterze upoważniającym i odwoływalnym”⁹. Świdorska podnosi, że „wymóg zgody zachowuje swój walor w równej mierze wówczas, gdy pomiędzy pacjentem a lekarzem (podmiotem leczniczym) żadna umowa nie została zawarta, czego konsekwencją jest odpowiedzialność wyłącznie deliktowa. Zgoda w takich okolicznościach nie jest powiązana, nawet funkcjonalnie, z żadnym umownym stosunkiem prawnym, a udzielenie jej służy realizacji więzi powinnościowej, wynikającej wprost z ustawy. Jest więc wówczas nie tylko autonomicznym, ale też jedynym bytem jurydycznym przesądającym o uchyleniu bezprawności działania lekarza”¹⁰. Należy przychylić się do prezentowanego stanowiska i w pełni podzielić racje autorki, ponieważ utożsamianie zgody na czynność medyczną z czynnością prawną mogłoby powodować zbyt daleko idące konsekwencje w obszarze prawa cywilnego. Natomiast Marek Safjan prezentuje odmienne stanowisko, że „zdolność do wyrażenia zgody jest coraz częściej traktowana jako kategoria niezależna od zdolności do czynności prawnych, co stanowi logiczne następstwo założenia, wedle którego zgoda nie jest oświadczeniem woli *sensu stricto*. W kategoriach aksjologicznych jest to podejście całkowicie uzasadnione. Zgoda ma być aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr osobistych człowieka, a zatem stopień respektu dla podejmowanych w tym obszarze aktów woli podmiotu powinien być z natury rzeczy większy niż przy określaniu zdolności do czynności prawnych”¹¹. To stanowisko wydaje się bardziej racjonalne, z uwagi na autonomię każdej jednostki jako osoby ludzkiej oraz jej niezależność w każdym obszarze

⁹ M. ŚWIDORSKA, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 29-30.

¹⁰ *Ibidem*, s. 30.

¹¹ M. SAFJAN, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 35-36.

składania oświadczeń woli dotyczących życia i zdrowia. Również Marcin Śliwka zajmuje podobne stanowisko, że: „Ocena zgody wyrażonej przez pacjenta nie powinna być dokonywana przez pryzmat zdolności do czynności prawnych. W prawie porównawczym widoczny jest kierunek uzależniający prawo do samodzielnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli od rzeczywistych możliwości poznawczych pacjenta. Chodzi więc o faktyczną kompetencję do samostanowienia, a nie o posiadanie zdolności do czynności prawnych”¹². Charakterystyczne jest zwrócenie uwagi na powiązanie prawa do wyrażenia zgody z prawem do informacji, a ściślej – uzależnienie wyrażenia prawnie skutecznej zgody od uzyskania wystarczających wiadomości, pozwalających podjąć w pełni poinformowaną zgodę. Aby zgoda¹³ na czynność medyczną była ważna, pacjent musi uzyskać kompleksowe informacje na temat planowanej interwencji medycznej. Ważne, aby te informacje były dla niego zrozumiałe i czytelne. Dlatego też osoby wykonujące zawody medyczne ten przekaz kierowany do pacjenta powinny dostosować zarówno do wieku, jak i jego stanu zdrowia oraz wykształcenia i poziomu intelektualnego. Istotne jest, aby wszystko, o czym mówi pacjentowi lekarz lub pielęgniarka, było dla niego oczywiste, tak aby mógł rozważyć wszelkie okoliczności „za” i „przeciw” oraz ocenić ewentualne ryzyko związane z wykonaniem danej czynności medycznej.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z 23 listopada 2007 r. zajął nieco kontrowersyjne stanowisko, orzekając, „że w sytuacji wyrażenia przez pacjenta sprzeciwu na interwencję medyczną, lekarz wprawdzie nie ma zarówno prawnego, jak i aksjologicznego umocowania do podejmowania działań medycznych. Co więcej, złożone skutecznie oświadczenie woli w zakresie odmowy zgody (sprzeciwie) nie skutkuje powstawaniem po stronie lekarza lub osoby wykonującej inny zawód medyczny obowiązku ponownego poinformowania pacjenta o możliwych skutkach zdrowotnych niepoddania się leczeniu”¹⁴. Jednak w uzasadnieniu do

¹² M. ŚLIWKA, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008, s. 131.

¹³ E. ZIELIŃSKA, M. BORATYŃSKA, P. KONIECZNIAK, *System prawa medycznego*, II, cz. 1 i 2: *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 396-399.

¹⁴ Wyrok SN z 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07, «OSNC» 1/2009, poz. 16.

wyroku z 7 listopada 2008 r. SN zmienił swoje wcześniejsze stanowisko, stwierdzając, że w razie niewyrażenia zgody na interwencję medyczną, której wykonanie w ocenie lekarza jest celowe, „lekarz ma obowiązek ponawiać próby przekonania pacjenta do zabiegu, jeśli pozostaje z nim w bezpośrednim kontakcie. Niepodobna z góry określić, ile tych prób powinien podjąć. Niekiedy ma obowiązek powtarzać zalecenie tak długo, jak to jest możliwe, co szczególnie oczywiste jest, gdy chodzi o zabiegi niezbędne dla ratowania życia. Lekarz musi dochować najwyższej staranności, choć nigdy nie może zostać uznany za odpowiedzialnego za rezultat tych starań”¹⁵. Zgodnie z powyższym lekarz zawsze musi przekonywać każdego pacjenta co do słuszności planowanego zabiegu, tak aby nieprzekonana osoba, czy też wahająca się co do podjęcia zgody, jeszcze raz przeanalizowała wszelkie okoliczności i rozważyła swoją ostateczną decyzję. Szczególnie ważne jest przekonywanie przedstawicieli ustawowych małoletnich, których rodzice są świadkami Jehowy i nie wyrażają chociażby zgody na transfuzję krwi. W praktyce na orzeczenie sądu trzeba poczekać, a upływ czasu w takiej sytuacji jest niekorzystny dla stanu zdrowia dziecka. W różnych podmiotach leczniczych prowadzone są różne praktyki, mające na celu przekonanie tych rodziców do zmiany zdania. Dlatego też najczęściej doprowadza się do sytuacji, aby przy dziecku pozostała tylko matka i najczęściej w praktyce pod wpływem siły perswazji kobiety te zmieniają zdanie i wyrażają zgodę na transfuzję krwi u swojego dziecka.

III. ZGODA NA CZYNNOŚĆ MEDYCZNĄ WYRAŻANA PRZEZ MAŁOLETNIICH, CHORYCH PSYCHICZNIE ORAZ UBEZWŁASNOWOLNIONYCH

Wyznaczając granice do dalszych rozważań, należy podkreślić, że szczególnie złożona jest problematyka wyrażenia zgody na czynność medyczną przez pacjentów małoletnich, chorych psychicznie oraz ubezwłasnowolnionych. Według art. 17 u.p.p.RPP pacjent, w tym małoletni,

¹⁵ Wyrok SN z 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, «Lex» nr 577166.

który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Co więcej, przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody¹⁶ ma prawo do wyrażenia takiej zgody. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zarówno zgoda, jak i sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli. Niewątpliwie zgodę na badanie może wyrazić opiekun faktyczny. Natomiast w odniesieniu do szczepień ochronnych opiekun faktyczny nie posiada już takich kompetencji. Ponieważ szczepienia ochronne należą do spraw istotnych dla dziecka, dlatego też wymagana jest zgoda przedstawicieli ustawowych. Ten obowiązek i kompetencja rodziców do wspólnego rozstrzygnięcia o istotnych sprawach dziecka wynika wprost z art. 97 § 2 zd. 1 k.r.o.¹⁷

Szczepienie ochronne jest świadczeniem zdrowotnym, z którym mogą wiązać się nieprzewidziane konsekwencje, na przykład wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego prowadzące do ciężkiej choroby, dlatego też zaliczane jest do spraw istotnych.

W kontekście powyższego należy podkreślić, że ukończenie przez dziecko 16. roku życia uznane zostało za szczególnie moment rozwojowy, jako wyznacznik, w którym pojawia się możliwość wyrażenia zgody przez małoletniego w sposób dojrzały. Dorota Karkowska podkreśla, że:

¹⁶ B. JANISZEWSKA, *Zgoda na udzielenie...*, s. 6 i n.

¹⁷ Ustawa z 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359 ze zm.).

„Wprowadzenie takiego rozwiązania jest wyrazem respektowania zasady, że: «wola człowieka co do tego, co dzieje się z jego ciałem, powinna być respektowana jak najwcześniej, tj. gdy tylko osiągnie on stosowną do tego dojrzałość lub też odpowiednie rozeznanie»¹⁸. Wydaje się, że granica 16 lat wyznacza ten przedział wiekowy. Co więcej, jak podkreśla Katarzyna Syroka-Marczewska: „Przyznanie prawa do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi, który ukończył 16 lat, jest zgodne z art. 6 ust. 2 Konwencji o ochronie praw człowieka oraz godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny oraz art. 12 Konwencji praw dziecka»¹⁹. Zatem ta granica wieku 16 lat dookreślona została również w aktach prawa międzynarodowego, co z kolei przemawia za jej adekwatnością.

Nieco szerzej problematyka zgody małoletniego pacjenta została uregulowana w art. 32 u.z.l. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania tej osoby, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest również jego zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagane

¹⁸ D. KARKOWSKA, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 234.

¹⁹ K. SYROKA-MARCZEWSKA, *Prawa dziecka jako pacjenta*, «Klinika. Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych» 14/2013, s. 25.

jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda tych osób może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy (art. 32 u.z.l.). Jak podkreśla Marek Safjan, zarówno osoby chore psychicznie, jak i ubezwłasnowolnione posiadają zdolność do wyrażenia zgody, pod warunkiem że są zdolni do jej świadomego wyrażenia²⁰. Ta zdolność wyrażenia prawnie skutecznej zgody determinowana jest przez zdolność do podjęcia w pełni świadomego procesu decyzyjnego. Takie osoby posiadają kompetencję w tym zakresie, pod warunkiem że legitymują się taką zdolnością. Co do zasady, wyjątek stanowi sprzeciw takiej osoby w odniesieniu do zabiegów o podwyższonym ryzyku, który nie jest wiążący, w przypadku gdy zgodę wyrazi sąd opiekuńczy. Co więcej, jeżeli taka osoba nie posiada zdolności do samodzielnego wyrażenia zgody z dostatecznym rozeznaniem, wówczas wymagana jest zgoda jedynie przedstawiciela ustawowego, a zgoda sądu nie jest konieczna.

Na uwagę zasługuje twierdzenie Julii Kosonogi-Zygmunt, według której: „Więcej wątpliwości wywołuje natomiast ocena przypadku sprzeciwu przedstawiciela ustawowego małoletniego, który nie ukończył 16 lat. W takiej sytuacji nie wydaje się uzasadnione dopuszczanie możliwości ingerencji sądu opiekuńczego na podstawie art. 97 § 2 k.r.o., który dotyczy rozstrzygania o istotnych sprawach dziecka w braku porozumienia między rodzicami. Sprzeciw wyrażony przez przedstawiciela ustawowego małoletniego, niezależnie od jego wieku, jest relewantny na płaszczyźnie stosowania art. 34 ust. 6, jak również art. 34 ust. 7 [...], a w odniesieniu do zwykłych świadczeń zdrowotnych art. 34 ust. 7 w zw. z art. 32 ust. 9 [ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

²⁰ M. SAFJAN, *Prawo...*, s. 41.

dentysty]”²¹. Trudno jednak z tym poglądem się zgodzić, z uwagi na fakt, że w takiej sytuacji należałoby postulować *de lege ferenda* ingerencję sądu opiekuńczego, zważywszy na dobro małoletniego pacjenta, który wprawdzie mając ograniczoną zdolność do czynności prawnych, potrafi już racjonalnie analizować wszystkie przesłanki dotyczące planowanej interwencji medycznej. I chociaż przedstawiciel ustawy wyraża sprzeciw, to jego twierdzenie nie zawsze musi być oparte na zasadnych przesłankach, a zdanie małoletniego pacjenta dotyczące zwykłych świadczeń zdrowotnych może odzwierciedlać jego uzasadnione przekonanie, dotyczące planowanej czynności medycznej. Dlatego też wszelkie wątpliwości powinny być dokładnie przeanalizowane i wyjaśnione przez sąd opiekuńczy. Nieco inaczej wygląda sytuacja małoletnich, którzy ukończyli 16 lat. W takim przypadku, co potwierdza również Iwona Michałek-Janiczek, zawsze zgoda na leczenie takiego pacjenta jest wystarczająca do podjęcia zgodnie z prawem leczenia, nawet wtedy, gdy sprzeciwia mu się przedstawiciel ustawy²².

Dlatego bardziej zasadne jest stanowisko prezentowane przez Annę Augustynowicz oraz Iwonę Wrześniewską-Wal, które wprawdzie w dużo szerszym kontekście odnoszą się do powyższej problematyki, podnosząc, że: „Do momentu uzyskania zgody na leczenie wyrażonej przez sąd, lekarz nie może podjąć w stosunku do dziecka czynności leczniczej, której dotyczy spór [między przedstawicielami ustawowymi dziecka]. Może jednak zatrzymać małoletniego w szpitalu do czasu rozstrzygnięcia sporu przez sąd opiekuńczy. Zatrzymanie dziecka w szpitalu może nastąpić nawet wbrew woli przedstawiciela ustawowego, jeśli stan zdrowia dziecka, w opinii lekarza, wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych. Jeżeli jednak rodzice nie występują do sądu opiekuńczego, a rozbieżność zdań między nimi może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia małoletniego pacjenta, powinnością lekarza jest wystąpienie o zezwolenie sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Podstawą działania lekarza będzie

²¹ J. KOSONOĞA-ZYGMUNT, *Zgoda rodziców na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi*, «Prokuratura i Prawo» 5/2018, s. 62-94.

²² I. MICHAŁEK-JANICZEK, *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, «PiP» 10/2009, s. 57-69.

art. 32 ust. 6 ustawy [z 1996 r.] o zawodach lekarza i lekarza dentystry²³. Tutaj również decydujące będzie postanowienie sądu opiekuńczego, ale należy zauważyć, że szczególne zadanie spoczywa na lekarzu, który to musi wystąpić nie tylko do sądu opiekuńczego, ale przede wszystkim musi zatrzymać takiego małoletniego pacjenta w szpitalu, ze względu na stan jego zdrowia i związane z nim zagrożenia. Przeciwwstawienie się woli przedstawicieli ustawowych wyrażających sprzeciw na leczenie swojego dziecka w praktyce każdego lekarza jest niezwykle trudne i kłopotliwe, zwłaszcza w sytuacji, w której przesłanki medyczne uzasadniają hospitalizację. Jednak zawsze lekarz musi mieć na względzie dobro dziecka i dlatego też uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego z jednej strony gwarantuje bezpieczeństwo prawne małoletniego pacjenta, a z drugiej strony lekarza, który naraża się przedstawicielom ustawowym.

IV. WYZWANIA W ZAKRESIE WYRAŻENIA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

Również sytuacja osób ubezwłasnowolnionych częściowo jest niejednoznaczna. Ta teza znajduje uzasadnienie w rozważaniach Rafała Kubiaka, który podnosi, „że osoby te posiadają kompetencje, aby samodzielnie wyrazić zgodę na zabieg prosty, a wobec braku regulacji ustawowej do zabiegów operacyjnych lub o podwyższonym ryzyku należy zgłosić postulat wprowadzenia zgody zastępczej lub kumulatywnej²⁴. Natomiast Beata Janiszewska wyraża pogląd, że „wobec braku uregulowania ustawowego zasadne jest uwzględnienie zasady *in dubio pro libertate* i w odniesieniu do tej grupy osób używanie ograniczeń związanych wyłącznie z kompetencją psychologiczną²⁵. W mojej ocenie do tego

²³ A. AUGUSTYNOWICZ, I. WRZEŚNIEWSKA-WAL, *Dopuszczalność prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie upoważnienia ustawowego przy sprzeciwie osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne – analiza wybranych regulacji prawnych*, «Prawo i Medycyna» 54.1/2014, s. 47-60.

²⁴ R. KUBIAK, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 341-342.

²⁵ B. JANISZEWSKA, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 458-470.

poglądu należy się przychylić; z uwagi na niemożność porozumienia się z takimi osobami rozstrzygnięcie sądu jest jak najbardziej uzasadnione.

W pełni należy podzielić pogląd Eleonory Zielińskiej, że „w medycynie od dawna stawiane jest pytanie o to, co dla lekarza jest najwyższym prawem – dobro pacjenta, czy wola pacjenta. Dobro – rozumiane tak, jak je pojmuje lekarz, czy wola pacjenta, która pozostaje w konflikcie z owym dobrem wtedy, gdy człowiek odmawia wyrażenia zgody na leczenie”²⁶. W kontekście uregulowań prawnych dobrem pacjenta jest to, co jest jego wolą, pod warunkiem że spełnia wymogi niewadliwie złożonego oświadczenia. Potwierdzeniem tego są słowa Jerzego Sawickiego, który stwierdził, że „mimo kilku stworzonych przez prawo możliwości pozwalających w jakiś sposób narzucić pacjentowi wolę leczącego oraz mimo pewnych wahań w zapatrywaniach na to zagadnienie, podstawową zasadą, którą powinien się kierować lekarz, pozostaje chyba nadal szacunek dla prawa pacjenta do decydowania o swym losie. Musi się bowiem pozostawić jednostce nie tylko decyzję o tym, czy godzi się na poniesienie ryzyka związanego w jakiś sposób z wszelkimi zabiegami, ale nawet pełną swobodę co do powzięcia postanowienia, czy chce w ogóle powrócić do zdrowia. Człowiek może mieć poważne powody, by nie zwalczać choroby, by nie łagodzić jej skutków lub – po prostu – by nie zdobywać się na ofiarę związaną z walką o powrót do zdrowia”²⁷. Dlatego też należy postulować *de lege ferenda*, aby dla każdego lekarza *voluntas aegroti suprema lex esto* była wyznacznikiem i drogowskazem w zakresie leczenia. Zarówno zgoda pacjenta na leczenie, jak i jej odmowa²⁸ powinny być respektowane w jednakowy sposób, z należyтым szacunkiem i troską. Podobnie jak każdy pacjent ma prawo zrzec się przyjęcia informacji dotyczących jego stanu zdrowia, leczenia oraz proponowanych metod diagnostycznych, tak dysponuje również prawem w zakresie odmowy zgody na leczenie. I chociaż ta odmowa

²⁶ E. ZIELIŃSKA, *Powinności lekarza w przypadku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, «Prawo i Medycyna» 5/2000, s. 73 i n.

²⁷ J. SAWICKI, *Granice opieki lekarskiej (na marginesie orzeczeń Sądu Najwyższego)*, «Palestra» 10.8/1964, s. 51.

²⁸ Zob. A. ZOLL, *Prawo lekarza do odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych i jego granice*, «Prawo i Medycyna» 13/2003, s. 23.

zgody mogłaby w przyszłości skutkować negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia czy życia w przyszłości, to jednak każdy lekarz zobligowany jest ją respektować.

Zgoda pacjenta na czynność medyczną stanowi warunek legalności każdej interwencji medycznej. Zatem dopiero zgoda na taką ingerencję, wyłączająca bezprawność naruszenia dóbr osobistych, pozwala przyjąć, że podjęcie leczenia jest dopuszczalne²⁹. Artykuł 32 ust. 2 u.z.l. stanowi, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. Również w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych, którzy wcześniej nie wyrazili odmowy zgody na wykonanie chociażby zabiegu ratującego życie, niewykonanie takiego zabiegu byłoby niewątpliwie sprzeczne z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Chociaż z drugiej strony lekarz, aby zabezpieczyć się przed ryzykiem poniesienia odpowiedzialności prawnej, powinien dążyć do uzyskania od pacjenta odmowy zgody na piśmie z następujących przyczyn. Po pierwsze, z przyczyn psychologicznych, które wskażą pacjentowi, że ryzyko odmowy właśnie jego obciąża. Po drugie, takie oświadczenie stanowi gwarancję bezpieczeństwa prawnego lekarza.

Aby odmówić zgody na leczenie, pacjent musi pozyskać kompleksowe informacje dotyczące czynności medycznej, tak aby mógł rozważyć wszelkie argumenty „za” i „przeciw” i będąc w pełni poinformowany, świadomie odmówić zgody. Należy podzielić pogląd Marii Boratyńskiej, że: „Instytucja poinformowanej zgody jest gwarancją dla autonomii pacjenta, natomiast jakiegokolwiek wymagania dodatkowe stawiane wobec sprzeciwu byłyby faktycznymi (i prawnymi) ograniczeniami tej autonomii, ponieważ adresat sprzeciwu zyskiwałby w ten sposób instrument kwestionowania sprzeciwu i pretekst do jego lekceważenia. Tak więc,

²⁹ K. MICHAŁOWSKA, *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, «Prawo i Medycyna» 13/2003, s. 115.

powtarzając, zgoda wyrażana jest zatem wtedy, gdy istnieje potrzeba podjęcia interwencji medycznej i odnosi się do określonego stanu rzeczy, a decyzja aprobująca leczenie i jego określoną postać opiera się na rozeznaniu w konkretnej sytuacji zdrowotnej, życiowej itd., w której znalazł się pacjent³⁰. Z punktu widzenia legalności zabiegu świadoma zgoda ma wartość dodatnią³¹. Jest to słuszne stanowisko prezentowane w zakresie zgody poinformowanej, a także sprzeciwu. I chociaż, jak podkreśla autorka, wprowadzenie jakichkolwiek wyznaczników formalnych dla sprzeciwu skutkowałoby w praktyce ograniczeniami autonomii pacjenta, to jednak przyjęcie takiego rozwiązania w odniesieniu do zgody jest uzasadnione z uwagi na jej charakter oraz gwarancję bezpieczeństwa pacjenta. Zatem stosując wnioskowanie *a maiori ad minus*, można wysunąć wniosek, że niewprowadzanie również żadnych wymagań dodatkowych w zakresie zgody poinformowanej mogłoby przyczynić się do naruszenia poszanowania niezależności każdej osoby, w łączącej ją z lekarzem relacji, dotyczącej procesu leczenia.

Do elementów koniecznych skutecznie wyrażonej zgody należą: osoba udzielająca zgody jest uprawniona do jej udzielenia; zgoda jest poprzedzona wyczerpującą, zrozumiałą i uzasadnioną informacją; zgoda jest dobrowolna, czyli jest wynikiem swobodnej decyzji; czynność stanowiąca przedmiot zgody nie sprzeciwia się ustawie lub zasadom współżycia społecznego. W odniesieniu do formy zgody należy podkreślić, że zgoda powinna być wyrażona dla zabiegów prostych, w sposób wyraźny, lecz co do zasady w dowolny sposób – w sposób dorozumiany (*per facta concludentia*) i nie musi być zwerbalizowana ustnie lub w jakikolwiek inny sposób niebudzący wątpliwości co do woli pacjenta³². Natomiast w odniesieniu do zabiegów operacyjnych albo takich, których wykonanie

³⁰ K. MICHAŁOWSKA, *op. cit.*, s. 115.

³¹ M. BORATYŃSKA, *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego – część 1. Sprzeciw 'pro futuro pro futuro'*, «Prawo i Medycyna» 2.9/2007, s. 31.

³² M. NESTEROWICZ, *Prawo medyczne*⁷, Toruń 2005, s. 95, gdzie autor podaje przykłady zachowań tożsamyh ze zgodą dorozumianą, takich jak samo przyjęcie do lekarza lub zgłoszenie się na określone badania, oczywiście jeśli towarzyszące okoliczności wolę pacjenta potwierdzają.

wiąże się z podwyższonym ryzykiem, zgoda powinna być wyrażona w formie pisemnej *ad solemnitatem*. Ta teza znajduje potwierdzenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego³³, zgodnie z którym w przypadku niezachowania formy pisemnej lekarzowi może być bardzo trudno udowodnić fakt wyrażenia zgody przez pacjenta, chyba że zgodnie z art. 74 § 2 k.c.³⁴ dowiedzie, że jeżeli ustawa zastrzega dla czynności prawnej inną formę szczególną, czynność dokonana bez zachowania tej formy jest nieważna. Nie dotyczy to jednak wypadków, gdy zachowanie formy szczególnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków czynności prawnej. Niewątpliwie zastosowanie tego rozwiązania według części przedstawicieli doktryny³⁵ jest wątpliwe z uwagi na to, że zgoda pacjenta nie stanowi oświadczenia woli, zgodnie z rozumieniem przyjmowanym w prawie cywilnym. Należy przychylić się do tego poglądu i zarazem postulować *de lege ferenda*, aby lekarz za każdym razem fakt wyrażenia zgody przez pacjenta odzwierciedlał w dokumentacji medycznej w sposób rzetelny i skrupulatny, tak aby nie powstawały na tym tle żadne wątpliwości.

V. CZYNNOŚCI MEDYCZNE UDZIELANE BEZ ZGODY ORAZ WBREW SPRZECIOWI PACJENTA

Bez uzyskania zgody (ale nie wbrew sprzeciwowi) lekarz może: po pierwsze, udzielić pomocy lekarskiej, gdy pacjent wymaga takiej pomocy niezwłocznie, a uzyskanie zgody zastępczej jest niemożliwe; po drugie, wykonać zabieg o podwyższonym ryzyku, gdy zwłoka w jego wykonaniu groziłaby pacjentowi utratą życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia (art. 34 ust. 7 u.z.l.). Jedną z takich sytuacji jest chociażby wykonanie zabiegu operacyjnego. Wówczas lekarz obowiązany jest w miarę możliwości zasięgnąć opinii drugiego lekarza, najlepiej

³³ Wyrok SN z 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05, «OSNC» 1/2006, poz. 18.

³⁴ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.).

³⁵ Zob. T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 70.

tej samej specjalności, a o wykonywanych czynnościach niezwłocznie obowiązany jest zawiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy, oraz zawrzeć odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta. Jak podkreśla Teresa Dukiet-Nagórska, takie rozwiązanie jest skutkiem obowiązywania w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry art. 30. Obowiązywanie tej regulacji prawnej powoduje, że „w art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 i art. 35 ust. 1 postanowienia odnoszące się do podejmowania przez lekarza decyzji samodzielnie – wbrew literalnemu brzmieniu opierającemu się o użycie terminów «jest dopuszczalne», «lekarz może», «lekarz ma prawo» – wyrażają obowiązek lekarza”³⁶. Ten obowiązek ratowania życia i zdrowia każdego człowieka wyznacza standard wykonywania zawodu lekarza.

Po trzecie, kolejny wyjątek stanowią przypadki niecierpiące zwłoki i bezpośredniego zagrożenia życia – eksperyment medyczny³⁷ (art. 25 ust. 8 u.z.l.). Regulacja ta ma swoje umocowanie również w Konstytucji RP. Według art. 39: „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”. Niemniej jak podkreśla Oktawian Nawrot, przesłanki zarówno podmiotowe, jak i przedmiotowe dotyczące skuteczności zgody w tym zakresie nie zostały precyzyjnie i dostatecznie ujęte oraz budzą w dalszym ciągu wątpliwości interpretacyjne³⁸. Jak zauważa Marek Safjan, z twierdzeniem którego należy się zgodzić, problematyka ta powinna być uregulowana w odrębnym akcie prawnym z uwagi na jej znaczenie³⁹. Takie rozwiązanie *de lege ferenda* niewątpliwie przyczyniłoby się do uwzględnienia osiągnięć i wymogów zawartych w aktach międzynarodowych oraz pozwoliłoby osobno i całościowo regulować te kwestie.

³⁶ T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, «Prawo i Medycyna» 38.1/2010, s. 36-54.

³⁷ L. KUBICKI, *Medyczny eksperyment badawczy (warunku dopuszczalności w prawie polskim)*, «PiP» 7/1998, s. 54 i n.

³⁸ O. NAWROT, A. WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA, *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej*, Gdańsk 2015.

³⁹ M. SAFJAN, *Wybrane aspekty prawne eksperymentów medycznych na człowieku (problem legalności i odpowiedzialności cywilnej)*, «Studia Iuridica» 26/1993, s. 89.

Po czwarte, kolejny wyjątek stanowi czynność medyczną, która jest wykonywana bez zgody pacjenta przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, w sytuacji gdy stanowi on bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia swojego lub innych osób, a zachodzi podejrzenie, że jest chory psychicznie (art. 23 u.o.z.p.). Należy powtórzyć za Janem Ciechorskim, że: „Postulować należy uzyskiwanie opinii drugiego lekarza psychiatry w każdym przypadku, gdy tylko jest to możliwe. Lekarz, który dokonał przyjęcia w [...] trybie [art. 23 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego], jest ponadto obowiązany do poinformowania pacjenta o przyczynie przyjęcia oraz o jego prawach”⁴⁰. Niezwykle istotne jest przekazanie tych informacji pacjentowi, który przyjmowany jest do szpitala bez zgody. Dodatkowo zgodnie z art. 3 pkt 4 u.o.z.p. na proces informowania takiego pacjenta składają się: 1) zdolności pacjenta do zrozumienia przekazywanych informacji medycznych; 2) sposób przekazania informacji; 3) zakres danych udzielanych osobie z zaburzeniami psychicznymi. W tym znaczeniu szczególną uwagę należy zwrócić na zdolność takiego pacjenta do zrozumienia przyczyny przyjęcia oraz przysługujących mu praw. Oznacza to jednak, że w przypadku gdy pacjent nie posiada tej zdolności, przekazywanie tych informacji pozostaje bezprzedmiotowe.

Po piąte, kolejny przykład dotyczy czynności podjętych w następstwie konieczności niezwłocznej pomocy lekarskiej⁴¹, na które – ze względu na wiek czy stan zdrowia – pacjent nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 31 ust. 1 u.z.l.). Obowiązek lekarza polega na udzieleniu pacjentowi informacji w zakresie określonym w art. 31 ust. 1 u.z.l., gdy ma do tego stosowne uprawnienia. Informacja taka określana jest jako informacja legitymowana. Jak zauważa Dariusz Hajdukiewicz: „Muszą być jednak spełnione pewne przesłanki, aby ta informacja mogłaby być uznana za legitymowaną. Po pierwsze lekarz powinien mieć

⁴⁰ J. CIECHORSKI, *Uczestnictwo szpitala psychiatrycznego w postępowaniu sądowym w sprawie przymusowego przyjęcia do tego szpitala*, «Prawo i Medycyna» 56-57.3-4/2014, s. 118-129.

⁴¹ R. KĘDZIORA, *Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego*, «Prokuratura i Prawo» 7-8/2003, s. 11 i n.

odpowiednie doświadczenie i wiedzę we właściwej dziedzinie medycyny, po drugie odpowiednio duże doświadczenie i wiedzę, adekwatne do problemu medycznego pacjenta⁴². Nawiązując do powyższego, trudno zgodzić się z Beatą Janiszewską, że: „Mając na uwadze możliwość wyboru któregoś z tych stanowisk, ustawodawca jeszcze przed wyrażeniem woli w przedmiocie leczenia nakazuje zaznajomić pacjenta z perspektywą skutków, które w sferze jego życia lub zdrowia mogą być konsekwencją podjętej decyzji. Podkreślenia wymaga, że żadnego z tych kierunków prawodawca nie wyróżnia, nie uznaje za bardziej korzystny dla pacjenta lub bardziej pożądany społecznie. W szczególności zaś nie eksponuje potrzeby przedstawiania choremu zwłaszcza tych informacji, które przemawiałyby za poddaniem się leczeniu⁴³. Bardziej racjonalne wydaje się, że takiemu pacjentowi należy w pierwszej kolejności zapewnić dostatecznie dużo czasu na to, by mógł przemyśleć kwestię dotyczącą poddania się leczeniu, a w dalszej kolejności, jak podkreśla Kinga Bączyk-Rozwadowska, wyważyć ryzyka wskazane przez lekarza, dokonać wyboru spośród proponowanych metod diagnozy bądź terapii, a następnie podjąć decyzję bez psychicznej presji związanej z nieuchronnością czy nagłością zabiegu⁴⁴. W tym kontekście zasadne byłoby jednak delikatne zasugerowanie i wyartykułowanie pacjentowi korzyści związanych z poddaniem się leczeniu i ich przewagą nad wyrażeniem odmowy, gdy taki przypadek występuje w praktyce. Takie działanie niewątpliwie pozwoliłoby podjąć właściwą decyzję pacjentowi, zwłaszcza gdy nie posiada wykształcenia medycznego i ma trudności w zakresie oceny pozytywnych i negatywnych skutków wyrażenia bądź odmowy zgody.

Po szóste, następnym przykładem jest sytuacja, w której zgodnie z art. 35 ust. 1 u.z.l. jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności,

⁴² D. HAJDUKIEWICZ, *Obowiązek udzielenia informacji a „informacja nielegitymowana” i „informacja nadmierna”*, «PiP» 12/2014, s. 79-88.

⁴³ B. JANISZEWSKA, *Odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 7 listopada 2008 roku, II CSK 259/08)*, «Studia Iuridica» 50/2009, s. 51-62.

⁴⁴ K. BĄCZYK-ROZWADOWSKA, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, «Studia Iuridica Toruniensia» 9/2011, s. 59-100.

których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Regułą jest, że pacjent musi wyrazić zgodę na rozszerzenie zakresu czynności medycznej poza wyjątkiem, kiedy występuje tak zwany stan bezzwłoczności. Stosując wnioskowanie *a minori ad maius*, uzasadnione jest także rozszerzenie pola operacyjnego, w sytuacji gdy zachodziłoby niebezpieczeństwo dla zdrowia pacjenta. Zdrowie obok życia należy do tych dóbr osobistych, które powinny być objęte ochroną w sposób szczególny.

Po siódme, osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody, w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni. Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (art. 24 u.o.z.p.). Jan Ciechorski wyraża pogląd, że: „Przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego (zarówno w trybie nagłym (art. 23 ust. 1 i art. 24 ust. 1 [ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego]), jak i w trybie wnioskowym) powinny być traktowane jako swoiste *ultima ratio* i stosowane jedynie wówczas, kiedy nie ma możliwości osiągnięcia właściwego rezultatu przez udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii, w przypadku konieczności udzielenia stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych (szpitalnych) należałoby ustalić, że nie było możliwe dobrowolne udzielenie tych świadczeń”⁴⁵.

⁴⁵ J. CIECHORSKI, *Zastosowanie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec osób chorych somatycznie z zaburzeniami psychicznymi – analiza przypadku*, «Prawo i Medycyna» 68.3/2017, s. 143-162.

Ten postulat należy uznać za bardzo istotny, jednak w dobie braków kadrowych specjalistów z zakresu psychiatrii nie zawsze w praktyce może być zrealizowany. Niewątpliwie należałoby przede wszystkim postulować *de lege ferenda* wprowadzenie do obowiązujących przepisów fakultatywnej konsultacji psychiatrycznej, w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w celu wzmocnienia praw osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 24 u.o.z.p.

Do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta również osoba chora psychicznie, bez wymaganej zgody, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź która jest niezdolna do zaspokajania potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala takiej osoby orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania, na wniosek małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę (art. 29 u.o.z.p.).

Pod przymusem, czyli wbrew sprzeciwowi pacjenta, lekarz może dokonać interwencji medycznej, jeśli zezwalają na to właściwe przepisy. Chodzi tu o czynności: po pierwsze, określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego; po drugie, wykonywane w interesie społecznym; po trzecie, leczenie z alkoholizmu oraz narkomanii; po czwarte, leczenie chorób zakaźnych; po piąte, wykonywane w interesie wymiaru sprawiedliwości (kodeks postępowania karnego przewiduje obowiązek poddania się badaniu krwi przez oskarżonego – art. 74 § 2 pkt 2 oraz podejrzanego – art. 74 § 3)⁴⁶. Jak twierdzi Czesław P. Kłak: „Dopiero w momencie pojawienia się «uzasadnionego podejrzenia», iż czyn mogła popełnić konkretna osoba, możemy uznać ją za «osobę podejrzaną»⁴⁷. To rozwiązanie determinuje konsekwencje prawne wyrażone w przepisach kodeksu postępowania karnego. To twierdzenie również koresponduje z rozważaniami Anny Czapigo, z którą choć trudno się zgodzić, to

⁴⁶ N. KARCZEWSKA-KAMIŃSKA, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 17 i n.

⁴⁷ Cz.P. KŁAK, „Osoba podejrzana” oraz „potencjalnie podejrzana” w polskim procesie karnym a zasada *‘nemo se ipsum accusare tenetur’*, «Ius Novum» 4/2012, s. 56-77.

jednak należy powtórzyć, że: „Z racji ścisłej reglamentacji obowiązków dowodowych nałożonych na oskarżonego i osobę podejrzaną nie można stosować wykładni rozszerzającej normy art. 74 § 2 i 3 k.p.k., zmierzającej do obejścia prawa, gdyż ma ona charakter gwarancyjny i wynika wprost z zasady *nemo se ipsum accusare tenetur*. Zgodnie z art. 74 § 3 k.p.k. brak jest wymogu zgody osoby podejrzanej i jest dopuszczalny wobec niej przymus fizyczny”⁴⁸.

Osoby, które w związku z nadużyciem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego orzeka sąd rejonowy, właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora (art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Artykuł 25 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi, że podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy nie stanowią inaczej. Jednocześnie wskazuje, że na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub opiekuna faktycznego albo z urzędu sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację. Czas przymusowego leczenia nie może być dłuższy niż dwa lata. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat, przed zakończeniem przymusowego leczenia, sąd rodzinny może przedłużyć czas niezbędny do osiągnięcia leczenia, nie dłuższy jednak niż dwa lata.

Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁹ przewiduje, że osoby przebywające na terytorium RP są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddania się zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym,

⁴⁸ A. CZAPIGO, *Oskarżony jako źródło dowodowe*, «Prokurator» 1/2001, s. 65-79.

⁴⁹ Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 ze zm.

poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym itd. Obowiązki takie państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może w drodze decyzji nałożyć na osobę zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną lub podejrzaną o zakażenie lub chorobę zakaźną, lub osobę, która miała styczność ze źródłem biologicznym czynnika chorobotwórczego.

Ponadto należy zauważyć, że w prawie karnym leczenie bez zgody stanowi samoistny, odrębny typ przestępstwa. Zgodnie z art. 192 § 1 k.k.⁵⁰: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Należy w pełni podzielić pogląd prezentowany przez Krzysztofa Wałę, że: „Przestępstwo z art. 192 k.k. jest przestępstwem umyślnym. Możliwe jest przyjęcie wystąpienia zarówno zamiaru bezpośredniego, jak i zamiaru ewentualnego. [...] Wydaje się, że podjęcie samego zabiegu, ze względu na jego leczniczy charakter, wymaga zaistnienia zamiaru bezpośredniego, tzn. sprawca musi być nastawiony na osiągnięcie celu leczniczego. Stąd też należy przypuszczać, że ustawowy kształt tego czynu w zakresie zawinienia pozwala [...] również na przyjęcie możliwości wystąpienia [...] konstrukcji zamiaru quasi-ewentualnego, gdzie część znamion objęta jest zamiarem bezpośrednim, a część zamiarem ewentualnym”⁵¹. Zatem w działaniu lekarza, który wykonuje ten zabieg, występuje niewątpliwie zamiar bezpośredni, zaś zamiar quasi- ewentualny występuje wówczas, gdy ten lekarz w odniesieniu do takiego działania ma, po pierwsze, świadomość i po drugie, jednocześnie godzi się na taki stan rzeczy.

Odpowiedzialność karną⁵² będą powodować niżej wymienione przypadki: po pierwsze, zabieg podjęty wbrew wyraźnemu sprzeciwowi

⁵⁰ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.).

⁵¹ K. WAŁA, *Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.) – uwagi ‘de lege lata’ oraz postulaty ‘de lege ferenda’*, «Wojskowy Przegląd Prawniczy» 3/2015, s. 33-55.

⁵² J. KULESZA, *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, «Prawo i Medycyna» 19.2/2005, s. 66-83.

(chyba że zachodzi jedna z sytuacji dozwolonego leczenia przymusowego); po drugie, zabieg podjęty przy braku oświadczenia woli (chyba że zachodzi sytuacja z art. 33 lub 35 u.z.l.); po trzecie, zabieg wykonany z przekroczeniem zakresu zgody (chyba że zachodzi sytuacja z art. 35 u.z.l.); po czwarte, zabieg podjęty na podstawie zgody rażąco wadliwej⁵³. W kontekście tego, stosując wnioskowanie *a contrario*, T. Dukiet-Nagórska wyraża pogląd, że: „Polskie prawo medyczne opiera się na zasadzie autonomii pacjenta, której podstawową istotę określają przepisy pozostawiające człowiekowi prawo do odmowy poddawania się czynnościom leczniczym – nawet gdy odmowa taka oznacza śmierć lub uszczerbek na zdrowiu”⁵⁴. Zatem ta odmowa stanowi wyraz poszanowania autonomii każdego pacjenta i w żaden sposób nie narusza treści art. 31 ust. 3 Konstytucji ani też art. 8 ust. 2 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Jest to niezwykle istotne z uwagi na respektowanie prawa każdego pacjenta zarówno do wyrażenia, jak i odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Oznacza to, że tak wyrażone w sposób świadomy oświadczenie woli jest wyrazem gwarancji⁵⁵ poszanowania każdej osoby ludzkiej.

VI. PODSUMOWANIE

Zgoda pacjenta na czynność medyczną stanowi warunek legalności każdej interwencji medycznej. Aby zgoda ta była prawnie skuteczna, muszą być spełnione ustawowe warunki formalno-prawne. Każdy pacjent przed wyrażeniem zgody na czynność medyczną musi uzyskać kompleksowe informacje dotyczące tej czynności. Zakres tych informacji musi być zrozumiały i czytelny. Ważne, aby pacjent zrozumiał, na czym będzie polegała dana interwencja medyczna. Ponadto istotne

⁵³ L. KUBICKI, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, «Prawo i Medycyna» 4/1999, s. 5 i n.

⁵⁴ T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Esej o prawie do decydowania o niektórych przejawach życia osobistego*, «Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego» 43/2017, s. 83-96.

⁵⁵ A. SZPUNAR, *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*, «RPSiE» 1/1990, s. 45 i n.

jest zwrócenie uwagi na relację łączącą lekarza, który wykonuje daną czynność, z pacjentem oraz prawidłowe jej ukształtowanie w kontekście współczesnych wyzwań. To lekarz jako osoba wykonująca zawód zaufania publicznego tym zaufaniem powinien być obdarzony w sposób adekwatny do obowiązku poszanowania godności pacjenta oraz autonomii każdej jednostki. Ponieważ lekarz, podobnie jak i każda inna osoba wykonująca zawód medyczny, jest odpowiedzialny za ochronę najważniejszych dla człowieka dóbr, tj. życia i zdrowia, dlatego też tym zaufaniem powinien być obdarzony w sposób świadomy, tak aby w tej relacji łączącej go z pacjentem nigdy nie dominował paternalizm lekarski, a zawsze przeważały wartości nadrzędne w zakresie uchylenia niebezpieczeństwa wszelkich zagrożeń dla życia i zdrowia.

PRAWO PACJENTA DO WYRAŻENIA ZGODY NA CZYNNOŚĆ MEDYCZNĄ – WARUNKI PRAWNEJ SKUTECZNOŚCI W KONTEKŚCIE WSPÓŁCZESNYCH WYZWAŃ

Streszczenie

Zgoda pacjenta na czynność medyczną stanowi warunek legalności każdej interwencji medycznej. Celem artykułu jest przedstawienie prawa do wyrażenia zgody na czynność medyczną oraz warunków prawnej skuteczności w kontekście współczesnych wyzwań. Aby dana czynność mogła zostać wykonana *lege artis*, muszą być spełnione warunki skuteczności prawnej takiej czynności. Do tych warunków należą: po pierwsze, osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia; po drugie, zgoda musi być poprzedzona wyczerpującą, zrozumiałą i uzasadnioną informacją; po trzecie, zgoda musi być dobrowolna, czyli musi być wynikiem swobodnej decyzji; po czwarte, czynność stanowiąca przedmiot zgody nie może sprzeciwiać się ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Szczególnie złożona jest problematyka wyrażenia zgody przez małoletnich pacjentów oraz osoby ubezwłasnowolnione. Ponadto w praktyce można również wyróżnić przykłady czynności medycznych, takich, które mogą być wykonane bez zgody pacjenta oraz wbrew jego sprzeciwowi. Problematyka zgody została przedstawiona w kontekście współczesnych wyzwań zarówno w odniesieniu do osób wykonujących zawody medyczne, jak i obowiązujących uregulowań prawnych.

THE PATIENT'S RIGHT TO CONSENT TO A MEDICAL ACTION:
CONDITIONS FOR LEGAL EFFECTIVENESS IN THE CONTEXT OF
CONTEMPORARY CHALLENGES

Summary

The patient's consent to a medical action is one of the conditions which must be met to make a medical intervention lawful. The aim of this article is to present the patient's right to consent to a medical action and the conditions for its legal effectiveness in the context of contemporary challenges. In order for an action to be lawfully performed, several conditions must be met to make it legally effective. These conditions are as follows: firstly, the consent must be given by an authorized person; secondly, before he issues his consent he must be given comprehensive, clear and well-grounded information; thirdly, his consent must be voluntary, that is, it must be the result of his independent decision; fourthly, the action which is the subject of his consent must not contravene the law or the principles of community life. Then there is the question of the consent of patients who are underage or legally incapacitated, which is particularly fraught with problems. Furthermore, in practice there are also cases of medical actions which may be performed without the patient's consent and even contrary to his objections. The issue of consent is presented in the context of contemporary challenges both with respect to persons practising in the medical professions and the applicable legal regulations.

Słowa kluczowe: pacjent; zgoda; czynność; lekarz.

Keywords: patient; consent; action; medical practitioner.

Literatura

- AUGUSTYNOWICZ A., WRZEŚNIEWSKA-WAL I., *Dopuszczalność prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie upoważnienia ustawowego przy sprzeciwie osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne – analiza wybranych regulacji prawnych*, «Prawo i Medycyna» 54.1/2014, s. 47-60.
- BĄCZYK-ROZWADOWSKA K., *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, «Studia Iuridica Toruniensia» 2/2011, s. 59-100.
- BORATYŃSKA M., *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego – część 1. Sprzeciw 'pro futuro pro futuro'*, «Prawo i Medycyna» 27.2/2007, s. 23-32.
- BUCZEK E., CABAN Ł., DZIAMSKI W., GRECKI W., KOPEĆ M., PLICHTA A., RETKOWSKA-MIKA L., URBAŃSKA M., *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. KOPEĆ, Warszawa 2016.

- CIECHORSKI J., *Uczestnictwo szpitala psychiatrycznego w postępowaniu sądowym w sprawie przymusowego przyjęcia do tego szpitala*, «Prawo i Medycyna» 56-57.3-4/2014, s. 118-129.
- CIECHORSKI J., *Zastosowanie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec osób chorych somatycznie z zaburzeniami psychicznymi – analiza przypadku*, «Prawo i Medycyna» 68.3/2017, s. 143-162.
- CZAPIGO A., *Oskarżony jako źródło dowodowe*, «Prokurator» 1/2001, s. 65-79.
- DUKIET-NAGÓRSKA T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.
- DUKIET-NAGÓRSKA T., *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, «Prawo i Medycyna» 38.1/2010, s. 36-54.
- FIUTAK A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016.
- GÓRSKI A., *O obowiązku lekarza poinformowania pacjenta i zgodzie pacjenta na zabieg*, «Studia Iuridica» 39/2001, s. 83-97.
- HAJDUKIEWICZ D., *Obowiązek udzielenia informacji a „informacja nielegitymowana” i „informacja nadmierna”*, «PiP» 12/2014, s. 79-88.
- JANISZEWSKA B., *Odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 7 listopada 2008 roku, II CSK 259/08)*, «Studia Iuridica» 50/2009, s. 51-62.
- JANISZEWSKA B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.
- KARCZEWSKA-KAMIŃSKA N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.
- KARKOWSKA D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.
- KĘDZIARA R., *Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego*, «Prokuratura i Prawo» 7-8/2003, s. 41-61.
- KŁAK Cz.P., *„Osoba podejrzana” oraz „potencjalnie podejrzana” w polskim procesie karnym a zasada ‘nemo se ipsum accusare tenetur’*, «Ius Novum» 4/2012, s. 56-77.
- KOSONOGA-ZYGMUNT J., *Zgoda rodziców na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi*, «Prokuratura i Prawo» 5/ 2018, s. 62-94.
- KUBIAK R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2014.
- KUBICKI L., *Medyczny eksperyment badawczy (warunku dopuszczalności w prawie polskim)*, «PiP» 7/1998, s. 54-68.
- KUBICKI L., *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, «Prawo i Medycyna» 4/1999, s. 5-13.
- KULESA J., *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, «Prawo i Medycyna» 19/2005, s. 66-83.
- MICHAŁEK-JANICZEK I., *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, «PiP» 10/2009, s. 57-69.

- MICHAŁOWSKA K., *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, «Prawo i Medycyna» 13/2003, s. 106-116.
- NAWRÓT O., WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA A., *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej*, Gdańsk 2015.
- NESTEROWICZ M., *Prawo medyczne*⁷, Toruń 2005.
- SAFIAN M., *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998.
- SAFIAN M., *Wybrane aspekty prawne eksperymentów medycznych na człowieku (problem legalności i odpowiedzialności cywilnej)*, «Studia Iuridica» 26/1993, s. 89-99.
- SAWICKI J., *Granice opieki lekarskiej (na marginesie orzeczeń Sądu Najwyższego)*, «Palestra» 10.8/1964, s. 50-60.
- SYROKA-MARCZEWSKA K., *Prawa dziecka jako pacjenta*, «Klinika. Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych» 14/2013, s. 23-28.
- System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, I, red. M. SAFIAN, L. BOSEK L., Warszawa 2018.
- SZPUNAR A., *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*, «RPSiE» 1/1990, s. 41-57.
- ŚLIWKA M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008.
- ŚWIDERSKA M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- WAŁA K., *Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.) – uwagi ‘de lege lata’ oraz postulaty ‘de lege ferenda’*, «Wojskowy Przegląd Prawniczy» 3/2015, s. 33-55.
- ZIELIŃSKA E., *Powinności lekarza w przypadku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, «Prawo i Medycyna» 5/2000, s. 73-93.
- ZIELIŃSKA E., BORATYŃSKA M., KONIECZNIAK P., *System prawa medycznego*, II, cz. 1 i 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.
- ZOLL A., *Prawo lekarza do odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych i jego granice*, «Prawo i Medycyna» 13/2003, s. 18-24.