

Zgoda pacjenta warunkiem *sine qua non* podjęcia czynności medycznej

Dr Dagmara Świącicka

Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości

im. Księcia Kazimierza Kujawskiego w Inowrocławiu

e-mail: dagaswiecicka@interia.pl, <https://orcid.org/0000-0003-1907-0589>

Streszczenie: Artykuł porusza problematykę zgody pacjenta jako warunku legalności podjęcia jakiegokolwiek czynności medycznej oraz wyjaśnia zagadnienia wyrażenia zgody na zabieg medyczny przez pacjenta. Artykuł ma na celu przeprowadzenie kompleksowej analizy prawnej pojęcia zgody pacjenta na dokonanie zabiegu medycznego w świetle poglądów doktryny, jak i orzecznictwa. Wykłada zagadnienia ukazujące dylemat kolizji wartości w przypadku podjęcia działania przez lekarza w obronie życia i zdrowia pacjenta bez uzyskania zgody na zabieg a kwestią naruszenia dóbr osobistych pacjenta. Problematyka zgody na podjęcie czynności medycznej jest o tyle kontrowersyjna, iż specyfikacja prawna w Polsce nie zawiera regulacji spornych kwestii, które najczęściej pojawiają się w relacji pacjent-lekarz.

Słowa kluczowe: zgoda pacjenta, prawa pacjenta, interwencja medyczna, odpowiedzialność karna.

Wprowadzenie

U podstaw prawa pacjenta do wyrażenia zgody leży szacunek do osoby ludzkiej, wyznawanych wartości, poglądów i zasad postępowania. Historycznie rzecz ujmując, relacje między lekarzem a pacjentem bazowały na całkowitej podległości pacjenta wobec lekarza. Nie brano pod uwagę woli pacjenta, uznając iż lekarz nie jest zobowiązany informować o stanie zdrowia, a tym bardziej pytać o zgodę na określoną czynność medyczną, zakładając zawsze działanie dla dobra pacjenta. Współcześnie ten model stosunków lekarz-pacjent nazwano paternalistycznym, który obowiązywał bardzo długo, właściwie do XX wieku¹.

Wraz z postępowaniem medycyny oraz podniesieniem poziomu świadomości społeczeństwa w zakresie zdrowia i chorób doszło do odrzucenia postaw paternalistycznych. Wpływ na odejście od paternalizmu wywarł upadek systemów totalitarnych

¹ W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994, s. 654.

w Europie. Sądzone, iż przyznanie prawa do wyrokowania jakimkolwiek organowi, czy też człowiekowi może prowadzić do usprawiedliwiania oszustwa, przemy, kłamstwa, przymusu, czy też manipulowania informacją².

Zmiana paternalistycznego modelu stosunków lekarz – pacjent na model partnerski spowodowała transformację pozycji pacjenta w całym procesie leczniczym. Jako pełnoprawny partner pacjent świadomie i dobrowolnie uczestniczy w podejmowaniu decyzji medycznych.

Kompleksową regulację stosunków w relacjach lekarz-pacjent odgrywa treść przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴. Do kwestii zgody pacjenta odnosi się także art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁵. Dla podkreślenia wartości zgody w znaczeniu prawnym jest wprowadzenie do Kodeksu karnego z 1997 r. przestępstwa wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta⁶.

Celem artykułu jest określenie warunków prawnie skutecznego aktu woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na interwencję medyczną. Wynika to z faktu, iż udzielanie świadczeń zdrowotnych może nastąpić jedynie po uzyskaniu dobrowolnej zgody pacjenta. W konsekwencji wszelkie działania lekarzy, którym przyświeca dobro pacjenta uzależnione są od jego swobodnie wyrażonej woli.

Istota i cel zgody

Definicja zgody według M. Świdorskiej zakłada, swobodnie podjętą decyzję wyrażoną według norm dostępnych dla innych uczestników czynności medycznych⁷. Zgoda na interwencję medyczną ma zawsze charakter konkretny, ponieważ odnosi się do ściśle określonego działania lekarza, któremu pacjent pozwala na dokonanie określonej czynności medycznej, jednocześnie na ingerencję w sferę dóbr osobistych. Tym samym, zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych uchyla bezprawność wkroczenia w sferę dóbr osobistych ale także dzięki takiej konstrukcji prawnej następuje przełożenie ryzyka zabiegu leczniczego, które związane jest z każdą

² T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2002, s. 45.

³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty – tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., Nr 28 poz. 125 ze zm.

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – tekst jedn. Dz. U. z 1997 r., Nr 28 poz. 152 ze zm.

⁵ Kodeks Etyki Lekarskiej został przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy 14 grudnia 1991 r. z późniejszymi zmianami; *Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej*, „Biuletyn NRL” 1994, nr 1(24).

⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny – tekst jedn. Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 ze zm. Art. 192 § 1 stanowi: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”.

⁷ M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2007, s. 67–72.

czynnością medyczną, z lekarza na pacjenta⁸. Innymi słowy prawidłowo wyrażona zgoda obciąża pacjenta współodpowiedzialnością za leczenie.

Przedmiot zgody jest ściśle związany z zakresem interwencji medycznej. Swobodnie podjęty i wyrażony akt woli pacjenta pozwala lekarzowi na naruszenie integralności fizycznej w ściśle ustalonym zakresie. Warto wskazać, iż przedmiotem zgody nie mogą być interwencje medyczne niezgodne z obowiązującym prawem, m.in. eutanazja oraz aborcja z przyczyn społecznych albo zasadami współżycia społecznego. Udzielenie zgody na tego typu czynności będzie bezprawne i może stanowić okoliczność wyłączającą bezprawność podejmowanych czynności przez lekarza⁹.

Zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych ma na celu zapewnić względną równowagę stosunków lekarz-pacjent i w konsekwencji doprowadzić do uczestnictwa pacjenta w podejmowaniu decyzji leczniczych. Podbudową partnerskich stosunków specjalisty medycyny z pacjentem jest interpersonalna postawa lekarza, który traktuje pacjenta jako podmiot swoich czynności medycznych, a nie jako przedmiot działań lekarskich. Upodmiotowienie pacjenta zmierza do wyjaśnienia przyczyn, przebiegu i skutków choroby. Należy tu podkreślić, iż uzgodnienie planu leczenia oznacza całkowity i świadomy udział pacjenta w procesie terapeutycznym, co ma wpływ na powstanie dodatkowej siły, staje się tzw. „nośnikiem sugestii terapeutycznej” pomagającym wyzdrowieć¹⁰.

Forma wyrażenia zgody na zabieg medyczny

Jak wynika z art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści lekarz może przeprowadzić badanie albo udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Dokonując wykładni tego przepisu stwierdzić można, iż zgoda pacjenta na zabieg leczniczy może zostać wyrażona w dowolnej formie, pod warunkiem że intencja pacjenta lub osób wyrażających zgodę w jego imieniu mogła zostać jednoznacznie zidentyfikowana, a więc w formie ustnej, poprzez mimikę twarzy lub gesty, w sposób nie budzący wątpliwości co do woli poddania się proponowanym przez lekarza świadczeniom zdrowotnym. Tak samo pacjent może wyrazić swój przeciw na określoną czynność medyczną, jednak w każdym przypadku jest on indywidualnie oceniony przez lekarza. Jeśli chodzi o milczenie pacjenta, to Sąd Najwyższy przyjął stanowisko, że brak sprzeciwu pacjenta lub podpis złożony na dokumencie stwierdzającym historię choroby nie może być automatycznie utożsamiany ze zgodą na przeprowadzenie zabiegu¹¹.

⁸ W. Lis, *Zgoda pacjenta na czynność medyczną w polskim porządku prawnym*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2018, 6, nr 3 (243), s. 40.

⁹ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na...*, op. cit., s. 20–24.

¹⁰ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Warszawa 1989, s. 37–52.

¹¹ Wyrok SN z dnia 14 listopada 1972 r., sygn. I CR 463/72, NP. 1975, nr 4.

W praktyce przyjęcie zgody w formie ustnej lub dorozumianej ma zastosowanie do tzw. zwykłych zabiegów leczniczych. Jednakże zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Żaden jednak akt prawny nie określa wprost zabiegów leczniczych o podwyższonym ryzyku. Lekarz w konkretnym przypadku musi decydować, czy dokonanie danego zabiegu będzie związane z podwyższonym ryzykiem¹².

Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu powoduje również, że pacjent wyraża zgodę na jego ryzyko i przenosi je na siebie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 sierpnia 1972 roku stanął na takim stanowisku, według którego „pacjent, który wyraża zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego, bierze na siebie ryzyko związane z zabiegiem, tj. jego bezpośrednie, typowe i zwykłe skutki, o których możliwości powinien być stosownie do okoliczności pouczony”¹³. Ryzyko pacjenta jest możliwe przy zachowaniu należytej staranności przez lekarza, nie ma jednak zastosowania, gdy powstaną dla pacjenta negatywne skutki zawinione przez lekarza.

Zgodnie z art. 78 k.c.¹⁴, do zachowania formy pisemnej wystarcza złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie obejmującym treść oświadczenia woli. Przepisy nie nakładają obowiązku własnoręcznego napisania treści składanego oświadczenia woli. W wyjątkowych przypadkach, kiedy osoba uprawniona do wyrażenia zgody nie może pisać lecz może czytać, powinna złożyć oświadczenie woli poprzez odcisnięcie na dokumencie tuszowego odciska palca. Zgodnie z art. 79 k.c. inna osoba obok tego odcisku musi wpisać imię i nazwisko osoby, która odcisnęła palec na dokumencie oraz podpisać się¹⁵.

Wątpliwości budzi forma zgody w przypadku szczepień. Jeżeli odpowiedź na pytanie, czy szczepienie jest metodą leczenia stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, byłaby pozytywna, to pacjenta należy uprzedzić zarówno o korzyściach, jak i ryzyku, który niesie za sobą szczepienie, a następnie pacjent powinien wyrazić zgodę w formie pisemnej. Warto przedstawić w tym miejscu wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r., w którym sąd przyjął, iż istnieje odpowiedzialność władzy publicznej, kiedy zabieg został wykonany ze względów ogólnospołecznych, jak to ma miejsce w przypadku obowiązkowych szczepień ochronnych, pomimo że zakładowi opieki zdrowotnej nie można było przypisać winy. Pacjent doznał poważnych szkód na osobie, powiązanych przyczynowo ze szczepieniem, ze względu na rzadko spotykaną reakcję organizmu na szczepienie, czym mimowolnie przyczynił się do rozwoju medycyny¹⁶.

¹² U. Drozdowska, W. Wojtal, *Zgoda i informowanie pacjenta*, Wyd. Biblioteka Esculapa, Warszawa 2010, s. 40.

¹³ Wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1972 r., sygn. II CR 196/72, OSNCP 1973, nr 5, poz. 86.

¹⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny – tekst jedn. Dz. U. z 1964 r. Nr 16 poz. 93 ze zm.

¹⁵ U. Drozdowska, W. Wojtal, *Zgoda i informowanie...*, op. cit., s. 40–41.

¹⁶ Wyrok SN z dnia 20 sierpnia 1968 r., sygn. II CR 310/68, OSN 1968, z. 2, poz. 38.

Należy podkreślić, że niezachowanie formy pisemnej nie prowadzi automatycznie do uznania, iż zgoda nie została wyrażona. Prawodawca nie zastrzegł dla skutecznego wyrażenia zgody formy pisemnej pod rygorem nieważności; forma pisemna ma znaczenie wyłącznie dla celów dowodowych. Skutkiem niezachowania formy pisemnej powoduje trudności dowodowe, o ile pacjent będzie wskazywał, iż zgoda nie została udzielona. Zgodnie z art. 74 § 1 k.c., w przypadku zastrzeżenia formy pisemnej bez rygору nieważności ma tylko ten skutek, że w razie jej niezachowania nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron, chyba że zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie w celu wywołania określonych skutków prawnych. Uprawdopodobnienie za pomocą pisma faktu, iż doszło do wyrażenia zgody na czynność medyczną umożliwia dopuszczenie dowodu z przesłuchania stron lub zeznań świadków¹⁷. Tezę tę potwierdza orzecznictwo sądów powszechnych. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r. wskazał, iż ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu. W uzasadnieniu sąd przytoczył, iż pozwany, powinien z mocy art. 6 k.c. udowodnić fakt udzielenia pacjentowi przystępnej informacji jako zdarzenia poprzedzającego wyrażenie zgody i wykonanie danego zabiegu medycznego, wywodząc skutek prawny w postaci wyłączenia odpowiedzialności w następstwie działania w ramach braku bezprawności. W stanie faktycznym niniejszej sprawy powód wyraził nieskuteczną prawnie zgodę, gdyż nie został poinformowany o ryzyku, które było poważne i przewidywalne dla tego rodzaju zabiegu. Faktu udzielenia tego typu informacji profesjonalista medyczny nie potrafił w procesie udowodnić¹⁸.

Domniemanie zgody

Od generalnej zasady, w myśl której czynności medyczne mogą zostać podjęte po otrzymaniu na nie zgody pacjenta, istnieją pewne odstępstwa. Dotyczy to sytuacji, polegającej na przeprowadzeniu zabiegu, gdy zachodzi uzasadniona potrzeba niesienia pomocy pacjentowi, a nie jest możliwe uzyskanie jego zgody. Zastosowanie ma tutaj instytucja tzw. domniemania zgody, która zakłada to, że gdyby uprawniony do podjęcia decyzji mógł się wypowiedzieć w tej kwestii, to wyraziłby zgodę na proponowane czynności medyczne.

Wiele kontrowersji budzi na gruncie obowiązującego prawa instytucja *pro futuro*, tzw. testament życia, czyli oświadczenie woli w zakresie udzielenia zgody, bądź jej odmowy, w odniesieniu do wszelkich interwencji medycznych w przyszłości, jak i do podtrzymania życia w stanie terminalnym. Biorąc pod uwagę przysługującego każdemu człowiekowi prawo do samostanowienia, oświadczenia

¹⁷ M. Safjan, *Prawo i medycyna, Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, s. 67.

¹⁸ Wyrok SN z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. II CK 3003/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131.

woli *pro futuro* powinny być uznawane¹⁹. Polskie orzecznictwo dopuszcza tzw. testament życia, czego przykładem może być postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., w którym to sąd stwierdził, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny -wiązące”²⁰. Bez wątplenia oświadczenia *pro futuro*, uznaje także tzw. Konwencja biomedyczna, która w art. 9 stwierdza, że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest ona w stanie wyrazić swej woli”²¹. Jednakże, niezależnie od stanowiska konwencji oraz judykatury, oświadczenia *pro futuro* stanowią kwestie sporne zarówno w środowisku prawniczym jak i medycznym. Dlatego kluczowe jest uregulowanie tej instytucji w drodze ustawy.

Wartą rozważenia należy uznać możliwość wprowadzenia tzw. instytucji pełnomocnika medycznego do przepisów prawa polskiego. Jest to wybrana przez pacjenta osoba, która reprezentuje jego wolę, stanowisko i interesy w sytuacji, kiedy sam pacjent nie może bądź nie chce tego uczynić samodzielnie. Głównym zadaniem stojącym przed pełnomocnikiem medycznym jest więc odzwierciedlenie rzeczywistego i zarazem subiektywnego stanowiska pacjenta oraz jego późniejsza realizacja. Pacjent będzie zawsze lepiej wiedział, kto jest odpowiednią osobą do reprezentacji jego interesów w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej. Umożliwienie wyboru pełnomocnika zwiększy szansę podejmowania decyzji w jak najlepszym interesie pacjenta, gdy sam nie będzie władny tego dokonać.

Zgoda pacjenta z zaburzeniami psychicznymi

Fundamentalną gwarancją poszanowania podmiotowości i autonomiczności pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest ich prawo do wyrażania zgody na badanie, zabieg i przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Aktem prawnym, który reguluje to zagadnienie zgody pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego²². Za osoby z zaburzeniami psychicznymi na gruncie tej ustawy wskazuje się osoby chore psychiczne, upośledzone umysłowo oraz osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do

¹⁹ K. Poklewski-Koziół, *Oświadczenia woli pro futuro pacjenta jako instytucja prawna*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 3, s. 4–5.

²⁰ Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, OSNC nr 7–8/2006, poz. 137.

²¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny – jedna z konwencji Rady Europy, zawarta 4 kwietnia 1997 r. w Owiedo, jest podstawowym dokumentem regulującym trudne sprawy zakresu medycyny, etyki i prawa.

²² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – tekst jedn. Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.

życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Ustawa ta w sposób szczególny reguluje pojęcie zgody wyrażanej przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Na gruncie art. 3 pkt 4 ustawy, zgoda to „swobodnie wyrażona zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”.

Skuteczność zgody wyrażonej przez pacjenta z zaburzeniami psychicznymi nie dotyczy art. 82 k.c., który stanowi, że „nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby przemijającego zaburzenia czynności psychicznych”.

Podkreślenia wymaga fakt, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, art. 32 ust. 2 i art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza „niezdolne do wyrażenia zgody”. Wprost przeciwnie, należy uzyskać zgodę pacjenta z zaburzeniami psychicznymi i to niezależnie, czy pacjent wykazuje zaburzenia psychotyczne czy cierpi na inne zakłócenia czynności psychicznych, jeżeli zachował rzeczywistą zdolność zrozumienia przekazywanej informacji²³.

Na podstawie cytowanego art. 3 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oświadczenie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi o wyrażeniu zgody będzie skuteczne, jeżeli zgoda została wyrażona swobodnie, poprzedzona przystępnym poinformowaniem przez lekarza o celu przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechań. Zgoda powinna być wyrażona przez osobę, która niezależnie od jej stanu zdrowia psychicznego, jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej informacji. Warunkiem skuteczności takiej zgody jest kumulatywne spełnienie wymienionych przesłanek.

Pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo może być postanowieniem sądu ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo. W takim wypadku mają zastosowanie reguły przewidziane dla postępowania w stosunku do tej kategorii osób. Z przepisu art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta wynika, że osoba ubezwłasnowolniona całkowicie, pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, który dysponuje dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, mimo iż zgodę wyraził przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. Wówczas wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone w formie ustnej, bądź przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości odzwierciedla wolę poddania się proponowanym czynnościom lub brak takiej woli. Zachodzi

²³ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na...*, op. cit., s. 292.

tutaj niespójność prezentowanego rozwiązania przez ustawodawcę, która wynika z faktu, iż osoby chore psychicznie lub upośledzeni umysłowo, jeśli są pełnoletni i nieubezważsownieni, a do tego kompetentni, to wyrażają zgodę samodzielnie. Ustawodawca sugeruje zaś istnienie równoległej albo zastępczej zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, która występuje w przypadku osób ubezważsownionych całkowicie²⁴.

Odpowiedzialność karna

Przeprowadzenie czynności medycznych bez uzyskania stosownej zgody, mimo że istnieje taki obowiązek, może pociągać za sobą odpowiedzialność karną. Ważną rolę dla odpowiedzialności karnej za bezprawne wykonanie zabiegu leczniczego bądź nieleczniczego bez zgody podmiotu uprawnionego pełni art. 192 k.k. Przepis to ustawodawca zamieścił w rozdziale XXIII Kodeksu karnego²⁵ zatytułowanym Przepisem przeciwko wolności, którego przedmiotem ochrony jest wolność, jako naturalne, podstawowe i niezbywalne prawo każdej jednostki²⁶. Należy podkreślić, iż powstanie przepisu miało związek z koniecznością przejścia z paternalistycznego do partnerskiego modelu relacji pacjent-lekarz, gdzie zgoda jest umocowaniem prawnym do działania lekarza²⁷. Regulacja ta jest zgodna z tendencją, która przyznaje prymat zasadzie *voluntas aegroti suprema lex*, czyli wola chorego prawem najwyższym nad zasadą *salus aegroti suprema lex*, co oznacza dobro chorego prawem najwyższym. Przedmiot ochrony z art. 192 k.k. stanowi prawo pacjenta samostanowienia w zakresie wyrażenia zgody lub sprzeciwu poddania się zabiegowi leczniczemu również w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia²⁸. W tym miejscu wskazać należy na pojawiającą się sprzeczność pomiędzy konstytucyjną zasadą nietykalności osobistej a istotą zawodu lekarskiego. Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej, powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu²⁹.

Zgodnie z doktryną dopuszczenie w sposób prawnie określony zabiegu bez uzyskania zgody pacjenta nie może oznaczać, że uprawnia to do czynności w razie sprzeciwu. Należy zgodzić się ze stanowiskiem G. Rejmana, który wskazuje, iż podmiot dokonujący interwencji medycznej nie może skorzystać z instytucji stanu wyższej konieczności, gdyż próba ratowania cudzego dobra nie powinna mieć miej-

²⁴ U. Drozdowska, W. Wojtal, *Zgoda i informowanie...*, op. cit., s. 63–67.

²⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny – tekst jedn. Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 ze zm.

²⁶ B. Gronowska, *Wolność i bezpieczeństwo osobiste w sprawach karnych w świetle standardów Rady Europy*, Toruń 1996, s. 12–14.

²⁷ A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 19.

²⁸ M. Mozgawa, M. Kanadys-Marko, *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3, s. 26.

²⁹ Art. 2 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

sca w przypadku sprzeciwu samego zainteresowanego³⁰. Jak wskazuje E. Zielińska poświęcenie dobra w postaci prawa do samostanowienia dla ratowania życia i zdrowia zdaje się być „społecznie opłacalne”, to powodowałoby uprawnienia pacjenta do autonomicznego wyrażenia woli w praktyce pozorne i iluzoryczne. Ponadto nie powinno się ratować cudzego dobra, kiedy podmiot nie wyraża zgody na interwencję w to dobro³¹. Odzwierciedleniem ukazanych przekonań jest kwestia dopuszczalności skracania życia. Lekarz ma prawo przeciwdziałać ludzkiemu cierpieniu, jednak w taki sposób, aby nie przyspieszyć śmierci pacjenta. Stąd o ile eutanazja czynna stanowi przestępstwo, o tyle w formie biernej lekarz nie musi przedłużać procesu umierania pacjenta, który żąda zaprzestania czynności leczniczych.

Artykuł 192 k.k. posługuje się pojęciem „zabieg leczniczy”, co może wyprowadzić mylny wniosek, iż chodzi o czynność o charakterze tylko leczniczym. Biorąc pod uwagę dominujący pogląd w doktrynie, należy przyjąć, że pojęcie to obejmuje zarówno zabiegi lecznicze, jak i nielecznicze. Zdaniem M. Filara, gdyby zająć odmienne stanowisko, „odpowiedzialność karną z art. 192 k.k. poniósłby lekarz, który bez należytej zgody pacjenta przedsięwziął zabieg usunięcia operacyjnego ślepej kiszki, nie poniósłby jej zaś lekarz, który bez takiej zgody pobrałby od niego w celach transplantacyjnych nerkę”³². W związku z tym pojęcie zabiegu leczniczego w omawianym przepisie powinno dotyczyć czynności medycznej o charakterze terapeutycznym i nieterapeutycznym. Dlatego należy zgłosić uwagę pod adresem ustawodawcy wprowadzenia właściwej zmiany, polegającej na dodaniu znamienia „zabieg nieleczniczy”.

Odpowiedzialność karna kształtuje się niejednolicie w zależności od terapeutycznego bądź nieterapeutycznego charakteru interwencji medycznej. W przypadku naruszenia przepisów o zgodzie, z uwagi na pierwotną legalność działań terapeutycznych, mogą powstać prawnokarne konsekwencje jedynie z art. 192 k.k. Na stanowisku pierwotnej legalności zabiegów leczniczych stoją A. Zoll³³ oraz A. Liszewska³⁴. Jednakże pierwotna bezprawność zabiegów nieterapeutycznych³⁵, w przypadku braku zgody powoduje, że działanie pozostaje bezprawne, co może spowodować odpowiedzialność za przestępstwo na podstawie wszystkich zbiegających się przepisów, czyli art. 192 k.k. i z przepisu, który penalizuje określone przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu, nawet jeżeli kierowano się zasadami sztuki lekarskiej. W przypadku pozostałych działań medycznych, np. izolację czy hospitalizację, naruszenie przepisów związanych z wymogiem uzyskania zgody również skutkuje brakiem legalności i może dotyczyć odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 189 k.k.

³⁰ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991, s. 51.

³¹ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 81.

³² M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 245.

³³ A. Zoll, *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 32.

³⁴ A. Liszewska, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Prokuratura i Prawo” 1997, s. 39.

³⁵ Takie stanowisko przyjmuje, np. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, op. cit., s. 301.

Warto wskazać dwie ustawowe sytuacje, w których interwencja lekarska może mieć miejsce bez zgody ze względu na ryzyko pacjenta. Pierwsza z nich to czynności przedsięwzięte w następstwie konieczności niezwłocznej pomocy lekarskiej, na które pacjent nie może wyrazić oświadczenia woli, ze względu na wiek, czy też stan zdrowia, a nie ma możliwości kontaktu z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję w tym przedmiocie lekarz ma obowiązek skonsultować z innym lekarzem, a gdy jest to niemożliwe, przystąpić do czynności medycznej, umieszczając stosowną wzmiankę w dokumentacji medycznej³⁶.

Druga sytuacja jest zawarta w art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, kiedy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Jako przykład podać można wykonanie zabiegu operacyjnego, lekarz ma obowiązek, o ile oczywiście jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza o tej samej specjalności i niezwłocznie zawiadomić o wykonywanych czynnościach przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego bądź sąd opiekuńczy oraz dokonać adnotacji w dokumentacji medycznej.

Na gruncie art. 35 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry po rozpoczęciu czynności leczniczej mogą pojawić się okoliczności, które uzasadniają konieczność zmiany uprzednio zatwierdzonego postępowania lekarskiego. Generalna zasada pokazuje, że pacjent ma obowiązek wyrażenia zgody na rozszerzenie interwencji medycznej. Jednakże w sytuacji bezzwłoczności lekarz ma uprawnienie, podjąć decyzję o zmianie zakresu czynności medycznej, bez uzyskania zgody pacjenta. Na potwierdzenie tej tezy, warto przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 grudnia 1969 r.: „Jeżeli lekarz operujący stwierdzi po otwarciu jamy brzusznej inny stan rzeczy niż wynikał z badań klinicznych, może on w pewnych przypadkach przekroczyć zakres zgody na zabieg udzielonej przez pacjenta. Może to jedynie nastąpić w wypadkach szczególnych, kiedy nieprzeprowadzenie koniecznego zabiegu może zagrozić życiu pacjenta, albo gdy chodzi o nieznaczną a niezbędną korekturę projektowanego zabiegu³⁷.”

Podsumowanie

Problematyka zgody na działanie medyczne jest niezwykle istotna, dotyczy bowiem dóbr o szczególnie doniosłym znaczeniu, jakimi są życie i zdrowie ludzkie. Prawo do wyrażenia zgody na wykonanie określonego świadczenia zdrowotnego jest jednym z podstawowych praw pacjenta, które stanowi ochronę autonomii jego woli i prawa do samostanowienia. W relacji lekarz-pacjent, to pacjent jest decydem co do wszystkich czynności medycznych, które odnoszą się do jego organizmu oraz podejmowanych wobec niego interwencji medycznych.

³⁶ Art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

³⁷ Wyrok SN z dnia 29 grudnia 1969 r., sygn. II CR 551/69, OSP 1970, z. 11, poz. 224.

By zgoda była ważna i skuteczna musi spełniać kilka warunków. Przede wszystkim pacjent musi wiedzieć na co ma wyrazić zgodę i jakie konsekwencje ona spowoduje. Zgoda musi być wyrażona świadomie z przyjęciem ze zrozumieniem informacji przekazanych przez lekarza. Co więcej, pacjent ma prawo do współdecydowania o wyborze metody terapeutycznej.

Współczesna konstrukcja zgody pacjenta zakłada jego uczestnictwo w podejmowaniu decyzji medycznych. Prawidłowo wyrażona zgoda obciąża pacjenta współodpowiedzialnością za leczenie. Jeżeli nie można postawić lekarzowi zarzutu niedołożenia należytej staranności przy wykonywaniu danej czynności medycznej, a w jej wyniku nastąpią niepożądane dla pacjenta skutki, o których pacjent został uprzedzony, lekarza nie można obciążyć za nie odpowiedzialnością.

W niniejszym artykule podjęto próbę wyeksponowania potrzeby udzielenia zgody przez pacjenta, jako warunku *sine qua non* interwencji medycznej. Należy uznać wyraźną sprzeczność pomiędzy zagwarantowaną konstytucyjnie zasadą nietykalności osobistej a istotą zawodu lekarskiego jako zawodu zaufania publicznego odznaczającą się gotowością ochrony życia i zdrowia drugiego człowieka. W przypadku braku zgody, lekarz musi uszanować wolę pacjenta, chyba że występują przesłanki na przeprowadzenie czynności medycznych z powodu zagrożenia życia pacjenta. Wówczas rozstrzyga się, czy doszło do naruszenia praw pacjenta, co z kolei implikuje przedstawioną w niniejszym artykule odpowiedzialność karną z art. 192 k.k.

Reasumując, obowiązujące przepisy prawa polskiego nie są wolne od wad, a zawarte w nich przepisy dotyczące zagadnień związanych ze zgodą pacjenta na interwencję medyczną ujmowane są w sposób niejednoznaczny, stwarzający możliwość różnorodnych interpretacji. Determinuje to konieczność ustanowienia regulacji prawnych, które uwzględniałyby wszystkie aspekty związane ze zgodą na interwencję medyczną możliwie najbardziej wyczerpująco. To właśnie znajomość przepisów pozwoli pacjentowi domagać się tego, co ma prawnie zagwarantowane oraz umożliwi sprawne kształtowanie relacji pacjent-lekarz.

Piśmiennictwo

- Brzeziński T., *Etyka lekarska*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2002.
- Drozdowska U., Wojtal W., *Zgoda i informowanie pacjenta*, Wyd. Biblioteka Esculapa, Warszawa 2010.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Gronowska B., *Wolność i bezpieczeństwo osobiste w sprawach karnych w świetle standardów Rady Europy*, Toruń 1996.
- Lis W., *Zgoda pacjenta na czynność medyczną w polskim porządku prawnym*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2018, 61, nr 3 (243).
- Liszewska A., *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Prokuratura i Prawo” 1997.

- Mozgawa M., Kanadys-Marko M., *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3.
- Poklewski-Kozieliński K., *Oświadczenia woli pro futuro pacjenta jako instytucja prawna*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 3.
- Rejman G., *Odpowiedzialność karna lekarza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991.
- Safjan M., *Prawo i medycyna, Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Szumowski W., *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994.
- Świdorska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2007.
- Zielińska E., *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.
- Zoll A., *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.

PATIENT CONSENT AS A CONDITION *SINE QUA NON* TAKE MEDICAL INTERVENTION

Summary: This article deals with issues of a patient's consent as a condition *sine qua non* take medical intervention and explains the issue of a patient's giving consent to medical treatment. The purpose of the article is to conduct a comprehensive legal analysis of the patient's consent to carry out a medical procedure in the light of doctrinal views and of the case law. Interpretation of the issue also draws attention to the dilemma of the collision of values between the doctor's action in the defense of the patient's life and health without issue of liability for any infringement of the patient's personal interests. The problem concerning consent to treatment is difficult to the extent that Polish legal provisions fail to regulate controversial issues that are the most frequently occurring ones in the relationship between a patient and a doctor.

Key words: patient's consent, patient's rights, medical intervention, criminal responsibility.



GLOS



GLOSSES



