

WOJCIECH LIS*

Błędy związane z wyrażaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Konsekwencje działania bez zgody pacjenta

Normatywne gwarancje prawa pacjenta do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego wydają się nie budzić wątpliwości. Zostały one zawarte w kilku aktach normatywnych, wśród których na szczególną uwagę zasługują przede wszystkim ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹ oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta². Pomimo dość obszernych regulacji dotyczących zgody pacjenta na działanie medyczne związane z tym wątpliwości nie zostały usunięte i niestety stale towarzyszą praktyce lekarskiej. Przede wszystkim wątpliwości te dotyczą formy, w jakiej pacjent wyraża zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w zależności od rodzaju proponowanej interwencji medycznej, gdyż prawodawca nie sprecyzował tego, które zabiegi medyczne uznaje się za te o podwyższonym ryzyku, a które takimi nie są. Wątpliwość ta wydaje się być uzasadniona, niemniej jednak to lekarz, jako profesjonalista, winien ocenić, w oparciu o informację zdrowotną o pacjencie, czy proponowana interwencja medyczna w świetle indywidualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta może stanowić dla niego działanie o podwyższonym ryzyku. Nie bez znaczenia w tej kwestii jest także przeszłość chorobowa pacjenta oraz pozyskane przez niego doświadczenia.

* DR HAB. WOJCIECH LIS – Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 125 z późn. zm. (dalej: uzl).

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1318, z późn. zm.

Nie sposób nie zwrócić uwagi na fakt, że forma pisemna zgody na interwencję medyczną ma przede wszystkim walor dowodowy w ewentualnym sporze w przypadku wystąpienia szkody na osobie albo naruszenia praw pacjenta. To właśnie ów argument najbardziej zdaje się przemawiać do lekarzy, co znajduje swoje odzwierciedlenie w coraz to bardziej rozbudowanych formularzach zgody na zabiegi medyczne. Niemniej jednak nawet najbardziej rozbudowany i uszczegółowiony formularz zgody nie zwalnia lekarza z obowiązku informacyjnego względem pacjenta, gdyż dopiero jego wypełnienie warunkuje uzyskanie zgody objaśnionej, czyli prawnie skutecznej.

Realizacja obowiązku informacyjnego wciąż jednak pozostaje słabym punktem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim w ramach opieki szpitalnej. Trudno zrozumieć przyczyny tego stanu rzeczy, tym bardziej, że obowiązek ten dotyczy osób, które z uwagi na charakter wykonywanych czynności, w których granica naruszenia dóbr osobistych jest niezwykle delikatna, powinny być szczególnie ostrożne, jeżeli chodzi o przestrzeganie norm prawnych i postępowanie zgodne z obowiązującą procedurą. Należy podkreślić, że lekarze z racji wykonywanego zawodu nie korzystają z żadnych przywilejów i nie mogą usprawiedliwiać swojej ignorancji lub niewiedzy prowadzących do naruszenia prawa działaniem na rzecz dobra pacjenta czy innymi okolicznościami. To pacjent decyduje o czasie, miejscu, zakresie i sposobie interwencji medycznej, a także jest dysponentem dobra w postaci wolności osobistej i nietykalności osobistej, prawa do ochrony prawnej życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym, a nie lekarz. Jedynie zgoda wyrażona przez pacjenta legalizuje działania lekarza, który wkracza w sferę tych dóbr i wartości. Niemniej jednak musi to być świadoma zgoda poinformowanego pacjenta. Zgoda udzielona w wyniku niedopełnienia przez lekarza obowiązku informacyjnego albo potraktowania go jako uciążliwości, której realizacja tylko utrudnia mu wykonywanie innych obowiązków, jest nieskuteczna, co w konsekwencji oznacza, że lekarz działa bezprawnie. Ta konstatacja ze względu na konsekwencje naruszenia praw pacjenta może mieć dla lekarza niebagatelne znaczenie. Niedopełnienie obowiązku informacyjnego stanowi naruszenie praw pacjenta i może stanowić podstawę do zasądzenia od lekarza zadośćuczynienia za ich naruszenie. Zadośćuczynienie to będzie zasądzone za naruszenie dóbr osobistych na podstawie art. 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny³, który stanowi, że w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny, niezależnie od

³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. 2018, poz. 1025 z późn. zm. (dalej: KC).

innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia⁴. Poza tym, jeżeli w wyniku działania lekarza, pacjent poniósł jakąkolwiek szkodę, to możliwa jest także odpowiedzialność za czyny niedozwolone na podstawie art. 415 KC, który przesądza o obowiązku naprawienia wyrządzonej drugiemu zawinionej szkody.

Działanie bez zgody pacjenta stanowi przestępstwo stypizowane w art. 192 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny⁵, zgodnie z którym „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Odpowiedzialność karną spowoduje zatem fakt, że:

1. zabieg został podjęty wbrew wyraźnemu sprzeciwowi (chyba, że zachodzi jedna z sytuacji dozwolonego leczenia przymusowego);
2. zabieg został podjęty przy braku oświadczenia woli (chyba, że zachodzi sytuacja z art. 33 lub 35 uzl);
3. zabieg został wykonany z przekroczeniem zakresu zgody (chyba, że zachodzi sytuacja z art. 35 uzl);
4. zabieg został podjęty na podstawie zgody rażąco wadliwej (wyrażonej na podstawie nieprawdziwych czy niepełnych informacji o potrzebie jego wykonania, zgoda blankietowa – art. 31 ust. 3 uzl)⁶.

Błędy związane z uzyskiwaniem zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niedopełnienie obowiązku informacyjnego stanowi najczęstszą przyczynę nieprawidłowości związanych z wyrażaniem zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Lekarze nie zwracają uwagi na to komu i jakie informacje przekazują. Tymczasem przed rozpoczęciem procedury uzyskiwania zgody, lekarz powinien zweryfikować to, czy pacjent w ogóle jest kompetentny do udzielenia świadomej zgody. Fakt posiadania kompetencji do udzielenia świadomej zgody nie jest cechą stałą (utrata przytomności, ubezwłasnowolnienie całkowite), w związku z tym należy ją oceniać każdorazowo w odniesieniu do konkretnego pacjenta i podejmowanych wobec niego czynności. O zdolności pacjenta do wyrażenia świadomej zgody decyduje lekarz na podstawie własnego rozeznania i doświadczenia klinicznego. W większości przypadków nie stwarza to żadnych trudności, ponieważ w bezpośrednim kontakcie z przytomnym, pełnoletnim pacjentem lekarz bez trudu może ustalić istnienie takiej kompetencji. To samo

⁴ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 lutego 2014 r., V ACa 683/13, LEX nr 1437988.

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, teks jedn. Dz. U. 2018, poz. 1600 z późn zm.

⁶ Zob. D. Karkowska, Komentarz do art. 16, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2016, s. 317.

dotyczy pacjenta w wieku 16-18 lat. Trudności związane z ustaleniem kompetencji mogą dotyczyć jedynie osób, których stan zdrowia budzi wątpliwości, co do możliwości wyrażenia przez nich świadomej zgody oraz osób całkowicie ubezwłasnowolnionych. Jeżeli lekarz ma wątpliwości, co do możliwości wyrażenia świadomej zgody, jego obowiązkiem jest wyjaśnić te wątpliwości i podjąć decyzję co do tego, czy przystępować, czy nie przystępować do odebrania zgody. W takim przypadku najprostszym sposobem jest zadanie pacjentowi szeregu pytań kontrolnych w celu ustalenia, czy jest on zorientowany, co do swojej osoby, czasu, miejsca i stanu swojego zdrowia⁷.

Zakres przekazywanych informacji powinien być zindywidualizowany, dostosowany do poziomu intelektualnego i możliwości percepcyjnych oraz stanu emocjonalnego pacjenta, który będzie różny w zależności od tego, czy chodzi o interwencję medyczną mającą na celu ratowanie życia czy polepszenie stanu zdrowia. Tymczasem lekarze przekazują informacje w pośpiechu, bez głębszego namysłu co do formy i sposobu jej przekazania, niejako przy okazji wykonywania innych czynności medycznych, w sposób ogólny i nierzadko ogólnikowy, bez poinformowania o stanie zdrowia, o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W tym kontekście trudno zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 8 lipca 2010 r., w myśl którego zakres obowiązku informacyjnego zależy od tego, co rozsądna osoba, będąca w sytuacji pacjenta, obiektywnie powinna usłyszeć od lekarza, by móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu⁸. Stworzenie modelu „rozsądnego pacjenta” jest niemożliwe, ponieważ każda osoba jest inna i każda sytuacja zdrowotna takiej osoby jest niepowtarzalna. Zakres przekazywanych informacji jest zatem ściśle uzależniony od osobowości pacjenta i związanych z nią predyspozycji, stanu emocjonalnego, stanu zdrowia i rodzaju zabiegu, które w każdym przypadku mają charakter indywidualny.

Do tego należy dodać posługiwanie się przez lekarzy fachowym językiem i specjalistyczną terminologią, co dla większości osób jest niezrozumiałe. Lekarz jest odpowiedzialny nie tylko za dostarczenie informacji, ale także za przekazanie jej w sposób dla pacjenta zrozumiały. Pacjent powinien zatem otrzymać informacje przy użyciu słownictwa, które będzie dla niego w pełni zrozumiałe. Oznacza to, że informacja powinna być dostosowana do możliwości percepcyjnych i oczekiwań pacjenta nieposiadającego przygotowania medycznego. W związku z tym lekarz powinien unikać specjalistycznych lub niezrozumia-

⁷ Zob. J. A. Piątkiewicz, Praktyczne implikacje zasady świadomej zgody z perspektywy lekarza, [w:] Realizacja zasady *informed consent* w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce, S. Trociuk (red.), Warszawa 2012, s. 129.

⁸ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677.

łych powszechnie zwrotów i określeń. Zgoda wyrażona po uzyskaniu informacji przekazanej w sposób niezrozumiały i niedostosowany do właściwości intelektualnych i możliwości percepcyjnych pacjenta jest zgodą nieobjaśnioną i w konsekwencji nieskuteczną.

Zakres i szczegółowość informacji zależą także od charakteru zabiegu. W przypadku zabiegów ratujących życie i zdrowie zakres informacji jest mniejszy, w przypadku zabiegów o charakterze estetycznym wymaga się pełnej i szczegółowej informacji⁹. Niewłaściwe jest zarówno ograniczanie zakresu informacji jak i przekazywanie zbyt wielu informacji na raz, co powoduje, że czasami umyka to, co najistotniejsze. Nie ma przecież żadnej zależności pomiędzy zwiększeniem ilości przekazywanych informacji a byciem lepiej poinformowanym. W przekazie zawierającym bardzo wiele różnych informacji fakty najbardziej istotne dla pacjenta mogą zgubić się pośród mniej istotnych szczegółów. Z kolei w przekazie zawierającym zbyt mało informacji pacjent może nie otrzymać tych, które pozwolą mu na podjęcie świadomej decyzji i wyrażenia „poinformowanej zgody”. Zakres przekazywanej informacji zawsze powinien wskazywać dające się przewidzieć następstwa zastosowania określonej metody albo jej zaniechania. Oznacza to, że lekarz powinien poinformować nie tylko o konsekwencjach poddania się określonemu zabiegowi, ale także o konsekwencjach zaniechania wykonania takiego zabiegu¹⁰.

Nieudzielanie pacjentowi wyczerpującej informacji w sposób przystępny i zrozumiały lub pozyskanie zgody pacjenta na podstawie niepełnych informacji nie ma charakteru zgody uświadomionej i w konsekwencji podważa skuteczność jej wyrażenia. Zaniechanie przekazania informacji w klarowny sposób pozbawia pacjenta możliwości dokonania wyboru, współdecydowania o sposobie leczenia i w ogóle wyklucza go z procesu leczniczego. W konsekwencji w sytuacji, kiedy powstanie szkoda wskutek wykonania zabiegu, także prawidłowego z punktu widzenia medycznego, przeprowadzonego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, fakt zaniechania przekazania kompleksowej i klarownej informacji uzasadnia odpowiedzialność lekarza (szpitala)¹¹. Przeprowadzenie zabiegu bez zgody pacjenta albo za jego zgodą, ale wyrażoną w sposób wadliwy, jest działaniem bezprawnym. Trudno bowiem uznać za uchylającą bezprawność podejmowanych działań zgodę, której przedmiot był dla udzielającego ją nieznany, niejasny czy niezrozumiały¹².

⁹ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, LEX nr 686364.

¹⁰ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166.

¹¹ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., I ACa 846/07, Przegląd Sądowy 2009, nr 11-12.

¹² Zob. K. Michałowska, Charakter prawny i znaczenie zgody pacjenta na zabieg medyczny, Warszawa 2014, s. 226.

Bardzo ważny jest czas odbierania zgody. Działaniem typowym jest odbieranie zgody w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego albo bezpośrednio przed jego rozpoczęciem, kiedy pacjent znajduje się już na stole operacyjnym czy na fotelu dentystycznym. To właśnie wtedy podsuwa mu się do podpisania formularz zgody, który pacjent znajdujący się w zasadzie w sytuacji bez wyjścia podpisuje nieświadomy tego, na co konkretnie wyraża zgodę i obojętny co się z nim za chwilę stanie, byle tylko ratować życie bądź odzyskać zdrowie. Do wyrażenia świadomej zgody pacjent musi znajdować się w stanie psychicznym wolnym od jakichkolwiek czynników stresogennych. Nie budzi żadnych wątpliwości, że w tego rodzaju szczególnym położeniu, w jakim znajduje się pacjent poddawany albo przygotowywany do przeprowadzenia interwencji medycznej, wyrażenie świadomej zgody jest fikcją. Elementem warunkującym legalność zgody jest uprzednie uzyskanie informacji, na co zostaje wyrażona. W przeciwnym wypadku, udzielenie zgody traci nie tylko oparcie w normie prawnej, ale jest również pozbawione sensu¹³.

Zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku wyraża się poprzez podpisanie formularza zgody. W większości przypadków formularze zgody mają charakter blankietowy – zawierają jedynie informacje ogólne, nieuwzględniające okoliczności danego przypadku. Tymczasem informacje na formularzu powinny być zindywidualizowane, bo i świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom mają charakter indywidualny, poza tym zgoda powinna dotyczyć konkretnego świadczenia zdrowotnego, a nie „wszelkich zabiegów leczniczych”, „niezbędnych zabiegów leczniczych”, „czynności, jakie okażą się potrzebne”, czy bliżej niedookreślonego „zabiegu operacyjnego”. Należy podkreślić, że zgoda na tego rodzaju interwencje medyczne, zwana blankietową, nie jest zgodą świadomą, by taką była powinna być wyrażona osobno na poszczególne rodzaje interwencji medycznych. Zgoda z istoty swojej ma bowiem charakter konkretny i dotyczy ściśle określonego świadczenia. Pacjent nie może skutecznie wyrazić zgody na czynności medyczne, dopóki nie jest świadomy ich istoty, skutków i ryzyka związanego z ich zastosowaniem¹⁴. Zgoda na określony rodzaj interwencji medycznej nie oznacza bowiem automatycznej zgody na wszelkie (choćby nawet medycznie uzasadnione) poczynania lekarza. Pacjent powinien wyrazić zgodę na wskazane interwencje medyczne dopiero po przekazaniu mu koniecznych informacji, co do każdej z nich z osobna. Pacjent musi wiedzieć, co obejmuje przedmiot zgody oraz znać ryzyko, jakie

¹³ Zob. I. Bernatek-Zagula, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 63.

¹⁴ Wyjątkiem jest oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające jego wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w czynnościach leczniczych, które w związku z tym mogą być konieczne. Jeżeli takie oświadczenie zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny to ono jest dla lekarza wiążące, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, II OSK 1133/05, OSP 2006, z. 7-8, poz. 83.

wiąże się z daną interwencją medyczną oraz jakie mogą być jej następstwa¹⁵. Co więcej, formularze blankietowe rzadko kiedy są w całości wypełnione, co z reguły następuje dopiero po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i często jest uzależnione od jego przebiegu i rezultatu. Regułą jest, że na formularzach zgody, poza danymi pacjenta i wstępnym rozpoznaniem, brakuje tego co najważniejsze – określenia rodzaju świadczenia zdrowotnego, daty i godziny jego udzielenia, nazwiska lekarza, z którym pacjent rozmawiał i który odbierał od niego zgodę, daty i godziny wypełnienia formularza zgody. Wszystkie te informacje w razie ewentualnego sporu sądowego mogą mieć i często mają przesądzające znaczenie.

Powszechnie stosowane druki formularzy zgody zawierają oświadczenia, w których pacjent stwierdza, że zgadza się na interwencję medyczną, o której nie został poinformowany albo która odbiega od uprzednio zaplanowanej, bądź też która w żaden sposób nie jest adekwatna do jego stanu zdrowia. Jeżeli pacjent przybywa do szpitala, to po krótkim badaniu wstępnym w izbie przyjęć składa swój podpis w dokumencie stwierdzającym historię choroby w rubryce zakończonej stwierdzeniem: „Zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny”. To jest jego oświadczenie woli nieodpowiadające często rzeczywistej woli, zwłaszcza dlatego, że niejednokrotnie w chwili, gdy je składa, ustalenie diagnozy i rodzaju leczenia nie jest w pełni możliwe. Rzadko się bowiem zdarza, że pacjent z izby przyjęć „idzie” wprost na stół operacyjny. Zwykle przeprowadza się różne badania wstępne, pozwalające na ostateczne postawienie diagnozy i określenie sposobu leczenia¹⁶. Dlatego zgoda pacjenta na przyjęcie do szpitala nie oznacza automatycznie zgody na zabieg operacyjny czy nawet na stosowanie badań związanych z podwyższonym ryzykiem. Po przeprowadzeniu badań wstępnych należy więc ponownie zapytać pacjenta o to, czy wyraża zgodę, przedstawiając mu przedmiot, ryzyko i skutki interwencji medycznej, a zwłaszcza zabiegu operacyjnego. Formalna zgoda pacjenta, udzielona w chwili przyjścia do szpitala, nie obejmuje z zasady późniejszych, poważnych zabiegów, wskutek czego lekarz działa poza jej zakresem, czyli działa bez zgody. Podpisywanie formularzy zawierających tego rodzaju oświadczenia pozbawione są doniosłości prawnej, w konsekwencji świadczenia zdrowotne udzielane są bezprawnie.

Praktyką trudną do zaakceptowania jest, że kto inny udzielał pacjentowi informacji, stanowiącej podstawę wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, kto inny tę zgodę odbierał, kto inny udzielał świadczenia zdrowotnego, kto inny wypełniał formularz zgody. Działanie takie jest nieprawidłowe i podważa zaufanie w relacjach lekarz-pacjent. O zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinien wystąpić bezpośrednio lekarz, który będzie ich

¹⁵ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 lutego 2013 r., VI ACa 1013/12, LEX nr 1386270.

¹⁶ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, Nowe Prawo 1975, nr 4; K. Baron, Zgoda pacjenta, Prokuratura i Prawo 2010, nr 9, s. 47.

udzielał a nie lekarz, który nie będzie w tym uczestniczył. Pacjent wyrażając zgodę na świadczenie zdrowotne bierze pod uwagę wszystkie związane z tym okoliczności, w tym również postawę lekarza, który jak może przypuszczać na podstawie okoliczności związanych z faktem udzielenia zgody, będzie wykonawcą świadczenia i jego obraz wchodzi w świadomości pacjenta do „obszaru zgody”. Lekarz, będący wykonawcą świadczenia, zwracający się bezpośrednio do pacjenta o wyrażenie zgody, podkreśla istnienie pomiędzy nimi szczególnej relacji osobowej¹⁷.

Nie można utożsamiać formularza zgody, nawet takiego, który został właściwie przygotowany i zawiera zindywidualizowane treści, ze spełnieniem obowiązku informacyjnego. Nie do przyjęcia jest zatem oparcie działań lekarza wyłącznie na wręczeniu pacjentowi formularza zgody, nie może on zastępować obowiązku przekazania pacjentowi niezbędnych informacji ani tym bardziej udzielenia jej w sposób przystępny i wyczerpujący. Tymczasem lekarze tak właśnie go traktują i ograniczają się wyłącznie do podsuwania pacjentom formularzy zgody wraz z pisemną informacją o czynnościach medycznych typowych dla określonego rodzaju choroby. To jednak nie oznacza, że pacjent zrozumie wszystko, co jest tam napisane i że formularz zgody, chociażby najbardziej obszerny, zastąpi rozmowę z lekarzem. Przeciwno ograniczeniu się do udzielania pacjentowi informacji tylko za pośrednictwem formularza zgody przemawia standaryzacja informacji w oderwaniu od sylwetki pacjenta, trudne do oceny jego przygotowanie psychiczne i intelektualne do odbioru przekazywanych w ten sposób informacji czy względy techniczne¹⁸. Z treści obowiązujących przepisów wynika, że wręczenie formularza zgody powinno być poprzedzone odbyciem przez lekarza rozmowy z pacjentem, w trakcie której lekarz przekazuje pacjentowi informacje, które mają ułatwić mu podjęcie świadomej decyzji, przedstawienia swojej opinii w tym zakresie i zadawanie pytań. Pacjent powinien uzyskać od lekarza niezbędne informacje oraz mieć możliwość zaspokojenia swojej usprawiedliwionej ciekawości zadając mu pytania związane ze świadczeniem zdrowotnym, które rozwiążą jego wątpliwości. Ograniczenie się wyłącznie do odebrania podpisu złożonego przez pacjenta pod informacjami o proponowanych czynnościach medycznych, z zaznaczeniem, że zapoznał się z nimi, bez rozmowy z lekarzem, i bez upewnienia się, że zawarte w nich treści są dla niego zrozumiałe, stanowi nie tylko naruszenie zaufania będącego podstawą relacji lekarz-pacjent, ale również naruszenie przepisów obowiązującego prawa.

¹⁷ Zob. J. A. Piątkiewicz, Praktyczne implikacje zasady świadomej zgody z perspektywy lekarza, [w:] Realizacja zasady *informed consent* w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce, S. Trociuk (red.), Warszawa 2012, s. 128.

¹⁸ Zob. D. Karkowska, Komentarz do art. 18, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2016, s. 354.

Należy podkreślić, że formularze zgody same w sobie nie są niczym złym, są tylko zwykłym dokumentem potwierdzającym wypełnienie przez lekarza obowiązku informacyjnego i wyrażenie przez pacjenta zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Celem stosowania formularzy zgody jest umożliwienie pacjentowi zapoznanie się z nimi i w razie potrzeby, zwrócenie się do lekarza z pytaniami, by doprecyzować lub wyjaśnić zawarte w nich treści. Warunkiem ich skuteczności jest oczywiście właściwe ich przygotowanie i zindywidualizowanie treści. Poprawnie sformułowany dokument powinien zawierać informację o rozpoznaniu, czyli przyczynie, dla której udziela się świadczenia zdrowotnego, określać rodzaj proponowanego świadczenia i uzasadniać, dlaczego akurat takie wybrano. Konieczne jest określenie celu leczniczego, przedsięwziętych działań zmierzających do jego osiągnięcia oraz spodziewanych rezultatów. Poza tym, musi on zawierać także informacje o ryzyku, jakie wiąże się z konkretnym świadczeniem i o najczęstszych powikłaniach, jakie z reguły z tym się wiążą.

W świetle obowiązujących przepisów nie do zaakceptowania jest odbieranie zgody od osób najbliższych dla pacjenta, mającego pełną zdolność do czynności prawnych, ale znajdującego się w podeszłym wieku albo pacjenta, z którym kontakt jest utrudniony i który wymaga od lekarza większej cierpliwości. Niestety w tego rodzaju przypadkach bezpośrednio zainteresowany nie jest traktowany jako partner w dialogu z lekarzem i faktycznie zostaje wyeliminowany z procesu decyzyjnego. Podobnie traktowany jest pacjent mający pełną zdolność do czynności prawnych, lecz nieprzytomny lub z innych powodów niezdolny do świadomego wyrażenia zgody. W takich przypadkach lekarz często zwraca się o wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego do osób towarzyszących, z reguły osób dla niego najbliższych, które co najwyżej mogą pełnić funkcję opiekuna faktycznego. Z tego powodu nie przysługują im jednak uprawnienia przedstawiciela ustawowego i w konsekwencji nie są oni kompetentni do udzielenia zgody za pacjenta. Zgoda przedstawiciela ustawowego potrzebna jest tylko do przeprowadzenia zwykłych badań (art. 32 ust. 3 uzl) lub udzielenia świadczenia zdrowotnego o zwykłym ryzyku, kiedy pacjent nie wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej (art. 33 ust. 1 uzl). Nie ma natomiast żadnego znaczenia dla dokonania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 34 ust. 1 uzl).

Podsumowanie

Podsumowując, należy podkreślić, że koncepcja uświadomionej zgody doprowadziła do upodmiotowienia pacjenta w procesie leczenia i odejścia od paternalistycznego traktowania go przez lekarzy. Faktycznie pozwala oddziaływać na proces leczenia oraz sprawować stałą kontrolę nad czynnościami przedsię-

branymi przez lekarza. Przekazywana przez lekarza informacja czyni proces leczniczy bardziej zrozumiałym dla pacjenta i transparentnym. Włączenie pacjenta w proces leczniczy może przynieść nie tylko pozytywne rezultaty w sferze zdrowotnej, ale również zwiększyć bezpieczeństwo prawne obydwu jego uczestników, rozkładając ciężar odpowiedzialności za podejmowane działania w jednakowym stopniu na lekarza i pacjenta. Ten fakt powinni w końcu uświadomić sobie przede wszystkim lekarze i przestać traktować prawa pacjenta jako środków opresyjnych skierowanych przeciwko nim i będących przejawem braku zaufania wobec podejmowanych przez nich działań. Ich założenie jest bowiem zupełnie odwrotne – mają doprowadzić do wyrównania szans obydwu stron procesu leczniczego, uczynienia go przejrzystym i zrozumiałym dla pacjenta, włączenia pacjenta do aktywnego w nim udziału oraz zdjęcia z lekarza pełnej odpowiedzialności za jego rezultaty. Niewątpliwie zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się z większym otwarciem lekarzy na pacjentów oraz koniecznością realizowania swego rodzaju funkcji edukacyjnej, ale to nie wynika z woli czy złośliwości prawodawcy, ale z przynależnej każdemu człowiekowi godności, której poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. W konsekwencji prawa pacjenta afirmując godność człowieka przywracają pacjentowi, co prawda z opóźnieniem, ale jednak, należne mu miejsce w procesie leczniczym, i jednocześnie pozbawiają lekarzy „przymiotu boskości”, który towarzyszył wielu z nich w ich relacjach z pacjentami. Niechęć do praw pacjenta i stale obecne przypadki ich naruszania być może wynika właśnie z trudności zaakceptowania tego faktu, a może tylko z potrzeby zaspokajania swojej próżności. Niemniej jednak pocieszający jest stopniowy wzrost świadomości pacjentów posiadania konkretnych praw, których naruszenia z powodzeniem mogą dochodzić na drodze postępowania sądowego. Sprzyja temu również polityka władz publicznych, które nareszcie zwróciły uwagę na konieczność urzeczywistnienia porządkującej stosunki społeczne, w tym również na linii lekarz-pacjent, zasady równości, zgodnie z którą wszyscy są wobec prawa równi, bez względu na rodzaj wykonywanego zawodu.

Bibliografia

Akty normatywne:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. 2018, poz. 1025 z późn. zm.
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 125 z późn. zm.
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, teks jedn. Dz. U. 2018, poz. 1600 z późn. zm.
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1318, z późn. zm.

Orzecznictwo:

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, Nowe Prawo 1975, nr 4.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, LEX nr 686364.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677.
Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, II OSK 1133/05, OSP 2006, z. 7-8, poz. 83.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., I ACa 846/07, Przegląd Sądowy 2009, nr 11-12.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 lutego 2013 r., VI ACa 1013/12, LEX nr 1386270.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 lutego 2014 r., V ACa 683/13, LEX nr 1437988.

Literatura przedmiotu:

Baron K., Zgoda pacjenta, Prokuratura i Prawo 2010, nr 9.
Bernatek-Zaguda I., Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej, Toruń 2008.
Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2016.
Michałowska K., Charakter prawny i znaczenie zgody pacjenta na zabieg medyczny, Warszawa 2014.
Piątkiewicz J. A., Praktyczne implikacje zasady świadomej zgody z perspektywy lekarza, [w:] Realizacja zasady *informed consent* w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce, Trociuk S. (red.), Warszawa 2012.

Streszczenie

Warunkiem przystąpienia do udzielenia świadczenia zdrowotnego jest wyrażenie na nie zgody przez pacjenta. Zasady związane z wyrażaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego są prawnie uregulowane, pomimo tego wciąż dochodzi do ich naruszania, w konsekwencji do naruszania gwarancji poszanowania autonomii pacjenta i jego prawa do samostanowienia. Tego rodzaju działania lekarzy nie znajdują racjonalnego uzasadnienia i mogą stanowić przyczynę pociągnięcia ich do odpowiedzialności cywilnej i karnej.

Słowa kluczowe: zgoda pacjenta, niewłaściwa realizacja obowiązku informacyjnego, formularze zgody, odpowiedzialność lekarza za działanie bez zgody pacjenta.

Errors related to consent to the medical treatment

Summary

The condition for providing a health service is the patient's consent to it. The rules related to the consent to provide health service are legally regulated, in spite of this, they are still being violated. As a consequence, there is a breach of the guarantee of respect for the autonomy of the patient and his right to self-determination. These kind of activities of doctors do not find rational justification and may be brought to civil and criminal liability.

Keywords: patient's consent, improper implementation of the information obligation, consent forms, the doctor's responsibility for acting without the patient's consent.
