

*Kinga Bączyk-Rozwadowska*

## Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego

### 1. Uwagi wprowadzające

Problematyka informowania pacjenta o stanie zdrowia w ostatnich latach nabiera coraz większego znaczenia, przede wszystkim z uwagi na dostrzeżenie podmiotowości pacjenta, który wraz z odejściem od paternalistycznego modelu opieki zdrowotnej stał się podmiotem w procesie leczenia, współdecydującym o podejmowanych w stosunku do niego działaniach medycznych. Dawna ustawa o zawodzie lekarza z 28 października 1950 r.<sup>1</sup> nie przewidywała jakichkolwiek regulacji dotyczących prawa do informacji<sup>2</sup>. W doktrynie podjęto nawet rozważania na temat tego, w jakim zakresie tajemnica lekarska powinna być utrzymana w stosunku do samego pacjenta<sup>3</sup>. W judykaturze natomiast jeszcze u schyłku lat 60. XX wieku wyrażano pogląd, w myśl którego najważniejsze było nie to, co chory i jego rodzina pragnęli wiedzieć o stanie zdrowia i ewentualnych następstwach zabiegu, lecz to, co zdaniem lekarza osoby

---

<sup>1</sup> Dz.U. z 1950 r. Nr 50, poz. 458.

<sup>2</sup> Na powinność przekazywania pacjentowi danych o zamierzonych zabiegach i metodach postępowania wskazywał jedynie pkt B.I. 6 Zasad Etyczno-Deontologicznych Towarzystwa Lekarskiego z 1967 r., a następnie pkt 12 Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza z 1977 r.

<sup>3</sup> T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, PiM 2000, nr 6–7, s. 78.

te wiedzieć powinny<sup>4</sup>. Współczesna medycyna przyznaje pacjentowi prawo do informacji o stanie zdrowia. Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Europy i świata zagadnienie to doczekało się odpowiednich regulacji prawnych<sup>5</sup>, w piśmiennictwie natomiast<sup>6</sup> oraz w licznych wyrokach sądowych<sup>7</sup> określa się istotę oraz zakres i treść prawa do informacji.

Informacja odgrywa doniosłe, wręcz fundamentalne znaczenie w relacjach między pacjentem a lekarzem. Przekazana właściwie co do zakresu, sposobu i formy ma na celu umożliwić pacjentowi ocenę korzyści i ryzyk, jakie mogą wynikać z proponowanego postępowania leczniczego i pozwolić na dokonanie swobodnego „bilansu terapeutycznego”, a w konsekwencji – udzielenie lub odmowę zgody na poddanie się interwencji medycznej. Zgoda poprzedzona należycie udzieloną informacją (tzw. zgoda objaśniona, *informed consent*, *consentement éclairé*, *Aufklärungspflicht*) ma z kolei to znaczenie, że pacjent poinformowany o ryzykach (a więc świadomy możliwości ich wystąpienia) przejmuje je na siebie, tzn. akceptuje ewentualne ich zaistnienie bez prawa do odszkodowania. Lekarz natomiast, uzyskawszy niewadliwą zgodę, dokonuje interwencji medycznej legalnie, nie narażając się na zarzut bezprawnego naruszenia integralności cielesnej chorego<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Zob. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, wyd. I, Warszawa 1968, s. 50.

<sup>5</sup> Na temat regulacji prawnych dotyczących obowiązku informacyjnego w obcych systemach prawnych zob. M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, wyd. II, Toruń 2010, s. 191–208.

<sup>6</sup> Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 164 i n.; R. Kubiak *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 357 i n.; M. Świdzka, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 95 i n.; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 192 i n. oraz U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 141 i n.

<sup>7</sup> Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 XII 1969 r. (II CR 564/96), OSPIKA 1970, z. 10, poz. 202; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 XI 1972 r. (I CR 463/72), NP 1975, nr 4, s. 585 i n., wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 III 2005 r. (I ACa 784/04), PiM 2007, nr 2, s. 138 i n., wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 IX 2005 r. (I ACa 236/05), PiM 2008, nr 1, s. 127 i n.

<sup>8</sup> Por. M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 135–136.

## 2. Prawne podstawy obowiązku informacyjnego

Podstawowe znaczenie w kwestii obowiązku udzielenia pacjentowi informacji ma ogólny przepis art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>9</sup> oraz art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta<sup>10</sup>. W myśl tych przepisów lekarz zobowiązany jest udzielać pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu<sup>11</sup>.

Obowiązek informacyjny wynika także z przepisów innych ustaw zawierających regulacje dotyczące określonych sfer (dziedzin) działalności leczniczej. Charakter danego rodzaju interwencji medycznej może bowiem uzasadniać poszerzenie obowiązku informacyjnego (w stosunku do reguł ogólnych) w płaszczyźnie podmiotowej lub/i przedmiotowej bądź też przemawiać za wprowadzeniem szczególnej formy przekazywania informacji (np. kandydat na dawkę narządu powinien zostać przed jego pobraniem szczegółowo, pisemnie poinformowany przez dwóch lekarzy o rodzaju zabiegu,

---

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 5 XII 1996 r., Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 – tekst jednolity (cyt. dalej jako ustawa lekarska).

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 6 XI 2008 r., Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 (cyt. dalej jako ustawa o prawach pacjenta). Ustawa weszła w życie 5 VI 2009 r.

<sup>11</sup> Niezależnie od ujętego w przedstawiony sposób obowiązku informacyjnego w znaczeniu ścisłym (*sensu stricto*), ustawa o prawach pacjenta wprowadza obowiązek powiadomienia pacjenta o innych kwestiach niż dotyczące stanu zdrowia i leczenia (informacja w ujęciu szerokim, *sensu largo*). W myśl przepisów ustawy pacjent ma także prawo (a lekarz bądź szpital – odpowiadający temu prawu obowiązek) uzyskania (udzielenia) informacji o przysługujących mu prawach (art. 11), o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez danego lekarza lub zakład leczniczy (art. 12), a także prawo do bycia poinformowanym, z odpowiednim wyprzedzeniem, o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia i wskazania możliwości uzyskania świadczenia u innego świadczeniodawcy (art. 10). Informacje te nie należą jednak do udzielanych w celu realizacji prawa do samostanowienia i nie stanowią przesłanki niewadliwej zgody pacjenta na leczenie.

ryzyku z nim związanym oraz o dających się przewidzieć następstwach dawstwa dla jego stanu zdrowia w przyszłości<sup>12</sup>).

Niezależnie od regulacji prawnych na powinność udzielania pacjentowi informacji o stanie zdrowia wskazują normy deontologiczne ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL). Art. 13 KEL nakazuje lekarzowi respektować prawo pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji dotyczących jego zdrowia przez udzielanie mu, w sposób zrozumiały, informacji o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów oraz o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Prawo pacjenta do informacji zostało również uwzględnione w wielu aktach i dokumentach (deklaracjach, rekomendacjach i rezolucjach) o zasięgu międzynarodowym. Szczególną pozycję zajmuje wśród nich Konwencja o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 r. (Europejska Konwencja Bioetyczna), z której przepisów wynika wprost, że przed dokonaniem interwencji medycznej osoba zainteresowana powinna otrzymać odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jej konsekwencjach oraz o ryzykach związanych z jej przeprowadzeniem (art. 5 Konwencji). Z kolei art. 10 Konwencji przyznaje każdemu prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi na temat jego zdrowia (np. znajdującymi się w dokumentacji medycznej), jednakże z zastrzeżeniem poszanowania przez lekarza prawa pacjenta do odmowy bycia informowanym.

---

<sup>12</sup> Zob. art. 12 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 VII 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm. Por. art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 VIII 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz.U. z 1997 r. Nr 106, poz. 681 z późn. zm.

### 3. Podmiotowy zakres obowiązku udzielania informacji

Zgodnie z treścią art. 31 ustawy lekarskiej, art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 13 KEL obowiązek udzielania pacjentowi (i innym osobom uprawnionym) informacji o stanie zdrowia spoczywa na lekarzu. Najczęściej jest to lekarz wykonujący określone świadczenie zdrowotne (dokonujący rozpoznania, przeprowadzający badanie diagnostyczne lub zabieg), do którego kieruje się pacjent poszukujący porady lub pomocy medycznej. Natomiast w sytuacji, gdy pacjent jest hospitalizowany bądź w procesie leczenia uczestniczy cały zespół medyczny (co stanowi regułę w przypadku zabiegów operacyjnych), obowiązek informacyjny co do zasady powinien być realizowany przez każdego z lekarzy w zakresie wynikającym z danej specjalizacji, ewentualnie przez tzw. lekarza prowadzącego bądź wykonującego operację (np. chirurga), na którym spoczywa powinność wyjaśnienia pacjentowi wyników wykonanych wcześniej badań diagnostycznych. W literaturze słusznie podkreśla się, że wyjątek dotyczy w szczególności anestezjologa, który z uwagi na zakres działań i szczególną (autonomiczną wobec pozostałych członków zespołu) rolę podczas zabiegu powinien sam (bez możliwości przenoszenia tego obowiązku na inny podmiot) poinformować pacjenta o możliwych rodzajach znieczulenia oraz o korzyściach i ryzykach związanych z ich zastosowaniem<sup>13</sup>.

W literaturze wielokrotnie zgłaszane były postulaty usprawnienia procesu informowania pacjentów przez powołanie na oddziałach szpitalnych specjalnych zespołów lub cykliczne wyznaczanie osób odpowiedzialnych za realizację obowiązku informacyjnego<sup>14</sup>. Przyjęcie tej postaci rozwiązania z pewnością odciążałoby lekarza i pozwoliło mu skoncentrować się przede wszystkim na leczeniu

---

<sup>13</sup> Odmienna jest także, jak się wskazuje w piśmiennictwie, sytuacja tzw. konsultanta, który wchodząc w relacje wyłącznie z lekarzem zwracającym się o konsultację, nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem i tym samym nie może być obciążony obowiązkiem informacyjnym (chyba że pacjent sam zwraca się o konsultację do innego specjalisty). Tak M. Świdarska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 99.

<sup>14</sup> Tak M. Świdarska, *Zgoda*, s. 107.

i przeprowadzaniu zabiegów<sup>15</sup>. Pacjenci natomiast zyskaliby gwarancję należytej realizacji obowiązku informacyjnego, tj. rzeczywisty (osobisty) kontakt z lekarzem, w odpowiednim wymiarze czasowym (mierzonym potrzebami konkretnego pacjenta, bez ograniczeń lekarza wynikających z obowiązków *stricte* terapeutycznych) oraz we właściwym miejscu (poza salą chorych, w warunkach umożliwiających zachowanie intymności i poszanowanie tajemnicy lekarskiej). Usprawnienie obowiązku informacyjnego pracą zespołów wymaga jednak (abstrahując od ekonomicznego wymiaru tego przedsięwzięcia) dobrej organizacji pracy całego personelu medycznego, rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz odpowiedniego i sprawnego przepływu informacji między lekarzem odpowiedzialnym za leczenie danego pacjenta a osobą zobowiązaną do informowania. Poza tym nie można wykluczyć sytuacji, w których pacjenci, mając wprawdzie możliwość zwrócenia się o udzielenie informacji do wyznaczonej (powołanej) w tym celu osoby, i tak byliby skłonni wybierać bezpośredni kontakt z lekarzem odpowiedzialnym za wykonanie zabiegu lub prowadzenie terapii. Czynności związane z realizacją prawa do informacji są bowiem istotnym elementem leczenia, budującym zaufanie w całym procesie terapeutycznym, od momentu jego rozpoczęcia (postawienia diagnozy) do chwili ukończenia.

Do udzielania informacji (aczkolwiek w znacznie węższym niż lekarz zakresie) zobowiązane są także pielęgniarki i położne<sup>16</sup>. Spo-

---

<sup>15</sup> Ibidem.

<sup>16</sup> Odmienne K. Michałowska, *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, PiM 2003, nr 13, s. 107, przypis 3. Zdaniem autorki sformułowanie art. 20 ust. 2 nie pozwala przyjąć, że udzielanie informacji o stanie zdrowia jest obowiązkiem pielęgniarek i położnych. Pogląd ten wydaje się jednak nieuzasadniony. O tym, że wskazany przepis nakłada obowiązek informacyjny, świadczy wykładnia semantyczna i celowościowa zawartej w nim normy prawej (zwłaszcza zaś użycie przez ustawodawcę słowa „udziela”, a nie np. „może udzielać”, por. M. Świdarska, *Zgoda*, s. 107, przypis 180). Nadto trudno byłoby przyjąć, że udzielanie informacji jest tylko uprawnieniem pielęgniarek i położnych, skoro podmioty te, podobnie jak lekarze, dla legalności podejmowanego działania muszą uzyskać prawnie skuteczną (a więc również poprzedzoną informacją) zgodę pacjenta na dokonanie określonych czynności medycznych.

czywający na tych podmiotach obowiązek obejmuje, zgodnie z treścią art. 20 ust. 2 ustawy z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>17</sup> oraz art. 9 ust. 8 ustawy o prawach pacjenta, informowanie chorego bądź jego przedstawiciela ustawowego o ogólnym stanie zdrowia oraz o istocie podejmowanych zabiegów pielęgnarskich lub położniczych, ich celach i przewidywanych skutkach, zagrożeniach związanych z ich przeprowadzeniem oraz konsekwencjach zaniechania. Z przedmiotowego zakresu informacji wyłączone są zatem m.in. dane dotyczące rozpoznania (którego co do zasady dokonuje lekarz), i to nawet wówczas, gdy w procesie leczenia pacjenta pielęgniarka lub położna dokonuje czynności medycznych wykraczających poza opiekę pielęgnacyjną przewidzianą w przepisach prawa<sup>18</sup>.

Przyjęte rozwiązanie budzi poważne zastrzeżenia. W szczególności zbyt wąski wydaje się zakres obowiązku informacyjnego w świetle przyznanych pielęgniarkom, a zwłaszcza położnym kompetencji do wykonywania zawodu. Ustawa z 5 lipca 1996 r. upoważnia te podmioty nie tylko do wykonywania świadczeń z zakresu szeroko pojętej opieki pielęgnacyjnej (art. 4 ust. 2 pkt 3), ale także do samodzielnego wykonywania, w ustalonym przepisami zakresie, czynności zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (art. 5)<sup>19</sup>. Ewentualna nowelizacja art. 20 ust. 2 powinna zmierzać w takim kierunku, by wyznaczony przepisami zakres

---

<sup>17</sup> Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 – tekst jednolity.

<sup>18</sup> Zakres czynności podejmowanych przez pielęgniarki i położne wyznacza art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Rozporządzenie MZiOS z dnia 2 IX 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 1997 r. Nr 116, poz. 750).

<sup>19</sup> Szerszy jest przy tym zakres czynności wykraczających poza świadczenia pielęgnacyjne, których może dokonywać samodzielnie położna (rozpoznanie ciąży, prowadzenie porodu fizjologicznego, badanie noworodka, itd.). Nowe kompetencje wiążą się z wprowadzeniem (z dniem 8 IV 2011 r.) tzw. standardu porodu fizjologicznego na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 IX 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu

kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych został zsynchronizowany z nałożonym na te podmioty obowiązkiem informacyjnym<sup>20</sup>. Obowiązkiem tym należałoby objąć informacje związane zarówno ze sprawowaniem opieki pielęgnacyjnej, jak i z podejmowaniem czynności wykraczających poza tę opiekę, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać samodzielnie, w tym także bez zlecenia lekarskiego. Dokonana w ten sposób zmiana pozwoliłaby jednocześnie usprawnić procedury informacyjne, a tym samym pracę na oddziale szpitalnym. Obowiązek informacyjny zostałby wówczas rozłożony na personel medyczny według przysługujących jego członkom kompetencji i nie byłoby potrzeby odsyłania pacjenta do lekarza w sytuacjach, w których pielęgniarka lub położna miałaby upoważnienie do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wykraczających poza opiekę pielęgnacyjną. Poza tym poszerzenie obowiązku informacyjnego i zbliżenie (pod względem treści) regulacji zawartej w art. 20 ust. 2 do art. 31 ust. 1 ustawy lekarskiej stanowiłoby kolejny w polskim ustawodawstwie przejaw samodzielności pielęgniarek i położnych, które – jak się podkreśla w piśmiennictwie – nie są wyłącznie personelem pomocniczym, lecz osobami współuczestniczącymi w procesie leczenia<sup>21</sup>.

---

opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259).

<sup>20</sup> Tak również M. Świdarska, *Zgoda*, s. 101–102. Zdaniem autorki znowelizowany art. 20 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej powinien pod względem treści zbliżyć się do regulacji zawartej w art. 31 ust. 1 ustawy lekarskiej i otrzymać następujące brzmienie: „Pielęgniarki lub położna ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i zapobiegawczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia lub rehabilitacji w zakresie, w jakim uprawniona jest do samodzielnego udzielania tych świadczeń, oraz w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej”.

<sup>21</sup> Por. M. Nesterowicz, *Charakter prawny wykonywania zawodu pielęgniarki i odpowiedzialność cywilna za wyrządzone przez nią szkody*, PiM 2003, nr 13, s. 124.



Adresatem informacji udzielanych przez lekarza jest pacjent, który ukończył lat 16, lub jego przedstawiciel ustawowy (art. 31 ust. 1 i ust. 5 ustawy lekarskiej, art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta). Jeżeli pacjent ma mniej niż 16 lat bądź też zachodzi sytuacja wyjątkowa, tzn. chory jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia przekazywanych mu informacji, lekarz wypełnia spoczywający na nim obowiązek informacyjny wobec tzw. osoby bliskiej (znowelizowany art. 31 ust. 6 ustawy lekarskiej). Z braku definicji legalnej i ustawowo wskazanych kryteriów oceny za niezdolną uznaje się w piśmiennictwie osobę znajdującą w stanie, który całkowicie uniemożliwia odbieranie bodźców z otoczenia i reagowanie na nie w sposób adekwatny (pacjent nietrzeźwy, odurzony narkotykami, odczuwający silny ból, cierpiący na schorzenie upośledzające sprawność intelektualną itp.)<sup>22</sup>. Oceny możliwości (zdolności) zrozumienia znaczenia przekazywanych informacji lekarz powinien dokonywać *ad casum*, biorąc pod uwagę szczególne okoliczności konkretnego przypadku.

Przed wejściem w życie ustawy o prawach pacjenta, we wskazanych przypadkach niemożności udzielenia informacji choremu, lekarz miał wypełniać obowiązek informacyjny wobec przedstawiciela ustawowego pacjenta (rodzica, opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej), a jeśli *in casu* nie było tej osoby lub porozumienie się z nią okazało się niemożliwe – wobec tzw. opiekuna faktycznego, tj. osoby sprawującej bez obowiązku prawnego stałą pieczę nad pacjentem. Regulacja ta wywoływała w doktrynie daleko idącą krytykę, głównie z uwagi na zbyt wąskie ujęcie definicji opiekuna faktycznego (art. 37 ust. 8 ustawy lekarskiej). W praktyce zdecydowana większość krewnych (rodzic, dziecko) i innych osób bliskich zainteresowanych stanem zdrowia pacjenta (współmałżonek, partner) nie spełniała wymogów ustawowych (zwłaszcza zaś przesłanki stałości opieki nad samodzielnym co do zasady pacjentem) i tym samym nie mogła uzyskać informacji o chorym<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Tak T. Dukiet-Nagórska, op.cit., s. 84.

<sup>23</sup> Zob. np. M. Świdarska, *Komentarz*, s. 99–100; M. Śliwka, op.cit., s. 216.

Zmiana polegająca na wprowadzeniu kategorii osób bliskich uprawnionych do otrzymania informacji w sytuacji, gdy pacjent nie jest zdolny do bycia informowanym, co do zasady zasługuje na aprobatę. Ustawodawca ukształtował katalog tych osób w sposób wyczerpujący (*numerus clausus*) i objął nim współmałżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej (np. teść i teściowa, zięć i synowa, pasierb i pasierbica), przedstawiciela ustawowego oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu (konkubina, konkubent) bądź wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta).

W obecnym stanie normatywnym informacje o stanie zdrowia pacjenta mogą więc uzyskać również osoby, które dotychczas były tego uprawnienia pozbawione (upoważnienie *ex lege*). Poważne zastrzeżenia wywołuje jednak zbyt szerokie zakreślenie podmiotowych ram katalogu osób bliskich, w szczególności zaś objęcie nim przedstawiciela ustawowego oraz osoby upoważnionej przez pacjenta. Każdemu z tych podmiotów przysługuje bowiem własne, autonomiczne i niezależne od przypisania desygnatu osoby bliskiej uprawnienie do otrzymania informacji o pacjencie, wynikające z art. 31 ust. 1 ustawy lekarskiej i art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta (w stosunku do przedstawiciela ustawowego) oraz art. 31 ust. 2 ustawy lekarskiej (w razie osoby upoważnionej)<sup>24</sup>. W tym zakresie nowa regulacja art. 31 ust. 6 stanowi nieuzasadnione *superfluum*, będące jednak – jak się wydaje – przeoczeniem ustawodawcy, wymagającym uwagi przy ewentualnej nowelizacji ustawy.

Katalog osób bliskich mógłby zatem zostać ograniczony do krewnych i powinowatych pacjenta oraz osób pozostających z nim we wspólnym pożyciu (partner, konkubent). Praktyka i zasady doświadczenia życiowego wskazują bowiem, że są to osoby, które zazwyczaj pozostają zainteresowane stanem chorego w sytuacji, gdy on sam pozostaje niezdolny do otrzymania informacji. *De lege ferenda* warto byłoby również rozważyć potrzebę wskazania ogólnych ustawowych kryteriów weryfikacji przesłanki wspólnego pożycia, aby uwolnić lekarza od obowiązku dokonywania niejednokrotnie trudnych i uciążliwych ustaleń, czy osoba zainteresowania stanem pacjenta

---

<sup>24</sup> Por. M. Śliwka, op.cit., s. 217.

rzeczywiście w takim pożyciu pozostaje i tym samym jest *ex lege* upoważniona do otrzymania informacji<sup>25</sup>.

Pacjentowi, który nie ukończył 16. roku życia, lekarz ma obowiązek udzielać informacji o stanie zdrowia i proponowanym leczeniu tylko w zakresie i formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (art. 31 ust. 7 ustawy lekarskiej, art. 9 ust. 7 ustawy o prawach pacjenta). Pozostałe dane otrzymuje przedstawiciel ustawowy pacjenta (jako osoba uprawniona do wyrażenia tzw. zgody zastępczej) oraz ewentualnie osoba bliska (art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta). Z uwagi na brak w przepisach dolnej granicy wieku o powstaniu obowiązku informacyjnego względem osoby małoletniej decydować powinna jej zdolność do zrozumienia przekazywanych informacji, oceniona przez lekarza *ad casum* z uwzględnieniem takich okoliczności jak w szczególności stopień dojrzałości psychicznej i emocjonalnej<sup>26</sup>.

Przedstawione rozwiązanie podkreśla znaczenie prawa do informacji, ponieważ uwzględnia potrzeby pacjenta małoletniego, który – pomimo braku uprawnień do wyrażenia zgody – może (i najczęściej pozostaje) zainteresowany stanem swojego zdrowia i proponowanym leczeniem. Pełniejsza realizacja autonomii informacyjnej byłaby jednak możliwa, gdyby ustawodawca wprowadził rozwiązania pozwalające małoletniemu w wieku poniżej 16 lat, lecz działającemu z odpowiednim rozeznaniem, na samodzielne wskazanie osoby lub osób upoważnionych do uzyskiwania informacji o stanie jego zdro-

---

<sup>25</sup> Zgodnie z utrwalonym poglądem doktryny i orzecznictwa wspólne pożycie oznacza relację zbliżoną do tej, która zachodzi między małżonkami, lecz pobawiona jest elementu formalnego. Związek ten musi cechować określona trwałość, a osoby w nim pozostające powinny łączyć jednocześnie trzy więzi: duchowa (wyrażająca się m.in. w uczuciu, szacunku i zaufaniu), fizyczna (sprowadzająca się do obcowania cielesnego) oraz gospodarcza (polegająca na wspólnym prowadzeniu gospodarstwa domowego i spraw majątkowych). Zob. wyrok Sądu Najwyższego z 12 XI 1975 r. (V KR 203/75), OSPiKA 1976, z. 120, poz. 187 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 11 XII 1997 r. (II AKa 226/97), OSNPk 1998, z. 10, poz. 23. Por. R. ubiak, *op.cit.*, s. 373.

<sup>26</sup> Por. M. Świdorska, *Komentarz*, s. 99.

wia<sup>27</sup>. Pacjent małoletni, lecz o wysokim poziomie dojrzałości społecznej i emocjonalnej może bowiem pozostawać zainteresowany przekazaniem informacji innym osobom niż te, którym informacja przysługuje z mocy ustawy. Ustalona w przepisach granica wieku (16 lat) wydaje się arbitralna i nie powinna automatycznie decydować o wyłączeniu w stosunku do małoletniego określonych uprawnień składających się na prawo do informacji.

Przekazywanie informacji innym osobom niż pacjent może nastąpić tylko za jego zgodą (art. 31 ust. 2 ustawy lekarskiej, art. 16 zd. 2 KEL). Jeżeli więc chory nie upoważnił lekarza do informowania innych osób o stanie jego zdrowia i rozpoznaniu (wyraźnie bądź nawet w sposób pozawerbalny – określonym zachowaniem lub gestem, np. skinieniem głowy), lekarz powinien uszanować wolę pacjenta i bezwzględnie powstrzymać się od przekazywania informacji<sup>28</sup>. Niedopuszczalne jest zatem częste w praktyce szpitalnej przyjmowanie – jako reguły – milczącego upoważnienia chorego i przeprowadzanie rozmowy o stanie jego zdrowia bez uprzedniego uzyskania akceptacji (przyzwolenia) co do takiego stanu rzeczy (poza wspomnianymi już przypadkami, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia udzielanych mu informacji)<sup>29</sup>.

Ani przepisy prawa, ani normy deontologiczne ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie przewidują żadnych ograniczeń podmiotowych dotyczących upoważnienia innych osób do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Wyłącznie więc pacjent, jako dysponent sfery własnego życia prywatnego, będzie decydował o tym, kto zostanie upoważniony do otrzymania informacji dotyczących jego

---

<sup>27</sup> Tak również M. Śliwka, op.cit., s. 217.

<sup>28</sup> Interesujące rozwiązania w analizowanej materii zawiera prawo francuskie. Znowelizowany art. 1111–6 kodeksu zdrowia publicznego stanowi, że każdy pacjent pełnoletni i poczytalny może ustanowić tzw. osobę zaufaną (*personne de confiance*), np. członka rodziny, partnera, przyjaciela, a nawet lekarza, która będzie uprawniona do uzyskania informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu i prognozach na wypadek, gdyby stał się on niezdolny do odbioru informacji i samodzielnego wyrażenia woli odnośnie do swojej osoby. Więcej na ten temat zob. M. Świdarska, *Zgoda*, s. 117.

<sup>29</sup> T. Dukiet-Nagórska, op.cit., s. 83.

osoby. Upoważnienie może tym samym dotyczyć zarówno członka najbliższej rodziny (współmałżonka, rodzica, dziecka), innego bliźszego lub dalszego krewnego, jak i osoby bliskiej pacjentowi choć z nim niespokrewnionej (partnera, konkubenta), a także podmiotu w żaden sposób niezwiązanego emocjonalnie z chorym (notariusza, adwokata, lekarza)<sup>30</sup>. Nadto udzielając upoważnienia, pacjent sam decyduje, w jakim zakresie określona osoba może uzyskać informacje o stanie jego zdrowia. Dopiero wówczas, gdy chory przez wyraźne oświadczenie złożone lekarzowi nie ograniczy informacji, jakie uzyskać ma wskazana przezeń osoba (np. wyłączy dane dotyczące rozpoznania bądź rokowań na przyszłość), upoważniony ma prawo do pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta. Za niedopuszczalne uznaje się natomiast w literaturze ograniczanie informacji przekazywanych osobie upoważnionej przez chorego w sytuacji, w której lekarz jest przeświadczony o negatywnym nastawieniu tej osoby do chorego lub innych negatywnych jej kwalifikacjach (np. niezdolności do zrozumienia znaczenia przekazu z powodu wieku lub stanu zdrowia)<sup>31</sup>.

#### 4. Sposób i forma przekazania informacji

Udzielenie pacjentowi informacji o stanie zdrowia powinno nastąpić w sposób jasny, przejrzysty, zrozumiały i przystępny (por. art. 13 KEL). Od lekarza wymaga się dostosowania zarówno zakresu, jak i sposobu przekazywanych informacji do okoliczności konkretnego przypadku i wzięcia pod uwagę z jednej strony osoby chorego (jego wieku, stanu psychicznego, poziomu intelektualnego, zdolności zrozumienia udzielanej informacji i posiadanej wiedzy medycznej, a także istoty i rodzaju schorzenia), z drugiej natomiast – rodzaju i charakteru interwencji medycznej, jej nagłości oraz stopnia złożoności (ciężaru gatunkowego). Skoro bowiem uzyskane od lekarza

<sup>30</sup> Por. M. Świdarska, *Komentarz*, s. 97–98.

<sup>31</sup> Ibidem. Zdaniem autorki w tego rodzaju przypadkach zasadne staje się zwrócenie pacjentowi (upoważniającemu) uwagi na brak lub wątpliwości co do kwalifikacji podmiotowych określonej osoby.

informacje mają stanowić podstawę bilansu terapeutycznego, umożliwiającego choremu podjęcie swobodnej i przemyślanej decyzji odnośnie do proponowanego leczenia, ważne jest to, by pacjent zrozumiał sens wypowiedzi lekarza i istotę proponowanych przez niego rozwiązań<sup>32</sup>.

W literaturze podkreśla się, że z obowiązku informacyjnego nie zwalnia lekarza w szczególności niski poziom intelektualny pacjenta oraz jego słabe zdolności percepcyjne, spowodowane np. intensywnym i długotrwałym bólem, wyczerpaniem fizycznym lub psychicznym, działaniem silnych leków bądź zaawansowanym wiekiem<sup>33</sup>. W takich przypadkach, zgodnie z postulatem wzięcia pod uwagę indywidualnych cech i właściwości konkretnego chorego, konieczne jest dostosowanie przekazu do możliwości poznawczych adresata i udzielenie mu informacji w jak najprostszy i zrozumiały dla niego sposób.

Obowiązek udzielania informacji pozostaje aktualny także w razie technicznych trudności w komunikowaniu się z pacjentem, tj. w stosunku do chorego niesłyszącego lub niewładającego językiem, którym posługuje się lekarz. Nie są to bowiem określone ustawą, wspomniane już przypadki „niezdolności do zrozumienia znaczenia przekazywanych informacji” (art. 31 ust. 1 i ust. 5 ustawy lekarskiej). Pacjent może przecież, przy spełnieniu określonych warunków, odbierać bodźce z otoczenia i odpowiednio na nie reagować, a jego proces myślowy nie jest w żaden sposób zakłócony. Zasadniczy ciężar stworzenia warunków komunikacji, umożliwiających należyte wypełnienie obowiązku informacyjnego (np. zapewnienie pomocy tłumacza, na którego obecność pacjent wyraził zgodę), spoczywa na lekarzu lub zakładzie leczniczym<sup>34</sup>. Należyta realizacja tej powinności nabiera istotnego znaczenia w obliczu swobodnego

---

<sup>32</sup> Por. K. Gibiński, J. Rybicka, *Dylematy świadomej zgody*, Polski Tygodnik Lekarski 1994, nr 25–26, s. 600.

<sup>33</sup> M. Świdorska, *Zgoda*, s. 117.

<sup>34</sup> Rozwiązanie tego rodzaju przyjęto np. we Francji, gdzie w szpitalach publicznych dla osób niemówiących po francusku w stopniu umożliwiającym komunikację (a stanowiących znaczną część mieszkańców tego kraju) zatrudnia się specjalnych tłumaczy. Ibidem.

w ostatnich latach przemieszczania się ludności poza granice kraju w związku z wypoczynkiem lub zatrudnieniem (np. korzystanie z opieki lekarskiej bądź leczenia szpitalnego podczas urlopu czy w razie wypadku przy pracy wykonywanej w innym państwie).

Informacja o stanie zdrowia powinna zostać przekazana pacjentowi z uwzględnieniem okoliczności, że język medyczny ma charakter specjalistyczny, a używane przez lekarzy nazewnictwo, a także oznaczenia i symbole (zawarte w dokumentacji medycznej, wręczanych pacjentom wypisach i wynikach badań) zazwyczaj pozostają niejasne dla przeciętnego pacjenta, będącego laikiem w dziedzinie medycyny. Jeżeli więc lekarz posługuje się sformułowaniami fachowymi, powinien w każdym przypadku przełożyć je na język zrozumiały dla chorego i wyjaśnić ich sens w sposób jak najbardziej przystępny. O należyтым wypełnieniu obowiązku informacyjnego decyduje bowiem nie profesjonalizm wypowiedzi lekarza (użycie precyzyjnych terminów medycznych, zwrotów łacińskich itp.), lecz jej komunikatywność i złożenie relacji rzetelnej, odpowiadającej rzeczywistości stanowi rzeczy<sup>35</sup>. Stanowisko to potwierdził Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 9 maja 2002 r. (I ACa 221/02)<sup>36</sup>. Stwierdzono w nim, że szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członów jego najbliższej rodziny o konsekwen-

---

<sup>35</sup> M. Świdarska, *Komentarz*, s. 89–90. Zdaniem autorki wymóg udzielenia informacji w odpowiedni sposób zostaje zachowany, gdy lekarz używa terminologii nieściślej w sensie medycznym, uznając, że tylko tego rodzaju przekaz jest dla pacjenta dostatecznie zrozumiały i niebudzący wątpliwości.

<sup>36</sup> PiM 2004, nr 14, s. 116 i n. W tej sprawie u pacjenta przebywającego w szpitalu stwierdzono zakażenie wirusem żółtaczkowy typu B, lecz o fakcie tym nie poinformowano ani chorego, ani członków jego najbliższej rodziny. Lekarze pozwanego szpitala ograniczyli się jedynie do zamieszczenia w karcie informacyjnej choroby zapisu „Antygen Hbs/h dodatni”, którego znaczenia nie wyjaśnili zakażonemu i jego współmałżonce upoważnionej do otrzymywania informacji o stanie zdrowia męża. Członkowie najbliższej rodziny chorego (małżonka i dwoje małoletnich dzieci), prowadzący wspólne gospodarstwo domowe, nie stosowali więc żadnych środków ostrożności w kontaktach z chorym, co doprowadziło do zakażenia i konieczności długiej i uciążliwej hospitalizacji.

cyjach nosicielstwa choroby zakaźnej. Samo bowiem wydanie karty informacyjnej o przebiegu leczenia, z wynikami przeprowadzonych badań (zapisem „antygen HBS/h dodatni”), nie czyni zadość obowiązkiwi informacyjnemu i nie jest wystarczające dla należytej jego realizacji. W uzasadnieniu wyroku sąd podkreślił, że nazewnictwo medyczne ma charakter hermetyczny i pozostając niezrozumiałe dla osoby będącej laikiem w dziedzinie medycyny, wymaga przełożenia na język komunikatywny i przystępny dla przeciętnego odbiorcy.

Sposób przekazania informacji przedstawia się odmiennie również w zależności od tego, czy w grę wchodzi proste badanie diagnostyczne lub zabieg, z którymi wiążą się niewielkie ryzyka wystąpienia powikłań, czy też przeprowadzenie interwencji o charakterze poważnym (np. operacji chirurgicznej). Inny jest również sposób powiadomienia, gdy ze względu na stan pacjenta interwencja jest bezwzględnie konieczna oraz gdy przemawiają za nią jedynie względne wskazania medyczne. W wyroku z 29 grudnia 1969 r. (II CR 564/69)<sup>37</sup>. Sąd Najwyższy orzekł, że w sytuacji, w której za operacją przemawiają jedynie względne wskazania medyczne, szczególnie niezbędne jest, by lekarz pouczył pacjenta o tym, że proponowany zabieg może wprawdzie i w zasadzie powinien przynieść poprawę, może jednak wywołać także i pogorszenie. Chodzi bowiem o to, by pacjent z całą świadomością poddał się zabiegowi bądź też z niego zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka pogorszenia. Jeżeli więc nie ma wskazań bezwzględnych do dokonania zabiegu operacyjnego, lekarz powinien poinformować o tym pacjenta, wskazując mu jednocześnie konkretne możliwości poprowadzenia terapii, a zwłaszcza pouczyć go o leczeniu zachowawczym, by zgoda była

---

<sup>37</sup> OSPiKA 1970, z. 10, poz. 202. W tej sprawie powódka poddała się zabiegowi operacyjnemu, mającemu na celu poprawę funkcjonowania ręki usztywnionej w łokciu w następstwie doznanych wcześniej urazów. Po przeprowadzeniu operacji wystąpił jednak rozległy stan zapalny i powikłania, które zmusiły powódkę do poddania się, w ciągu kilku lat, trzem kolejnym poważnym interwencjom chirurgicznym. Żadna z nich nie przyniosła jednak poprawy, przeciwnie – stan chorej ręki jeszcze się pogorszył w stosunku do okresu sprzed pierwszego zabiegu.



wynikiem świadomego wyboru. Pouczenie to jest szczególnie niezbędne w przypadkach, w których ryzyko pozostaje nieodłącznie związane z daną interwencją medyczną.

Udzielenie pacjentowi informacji o stanie zdrowia powinno nastąpić w odpowiednim czasie przed podjęciem leczenia lub dokonaniem interwencji medycznej. Jeżeli czas, jaki otrzyma pacjent na dokonanie bilansu terapeutycznego, będzie *in casu* zbyt krótki lub chory poddany zostanie naciskom ze strony lekarza, wyrażona przezeń zgoda może okazać się wadliwa. Z wyjątkiem sytuacji nagłości, w której zagrożone jest zdrowie lub życie ludzkie, pacjentowi należy zapewnić dostatecznie dużo czasu na to, by mógł przemyśleć kwestię poddania się zabiegowi, 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 zabiegu. W piśmiennictwie słusznie podkreśla się, że czas do namysłu nie jest odpowiedni w szczególności wówczas, gdy chorego informuje się o celach, skutkach i możliwych ujemnych konsekwencjach operacji chirurgicznej kilka godzin przed jej dokonaniem<sup>38</sup>. Oceny, czy moment poinformowania pacjenta jest właściwy i wystarczający dla podjęcia decyzji, należy jednak dokonywać *ad casum*, uwzględniając szczególne okoliczności konkretnego przypadku, takie jak m.in. wiek, stan psychiczny pacjenta czy rodzaj zabiegu. Ponadto trzeba mieć na uwadze okoliczność, że obowiązek informacji nie ustaje z chwilą udzielenia zgody na zabieg, lecz obejmuje powinność przystępnego informowania o wynikach przeprowadzonego leczenia, dalszym postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym, stosowaniu wskazanych

---

<sup>38</sup> Podobne rozwiązania przyjęte zostały w orzecznictwie niemieckim, w którym zasadą jest, że w warunkach szpitalnych proces decyzyjny (tj. udzielenie informacji i uzyskanie zgody chorego na zabieg) powinien zakończyć się przed dniem interwencji medycznej, ewentualnie w dniu jej dokonania, jeżeli decyzja o przeprowadzeniu operacji nie jest uzależniona od wyników istotnych badań. Natomiast przepisy prawa *expressis verbis* nakładają na lekarza obowiązek poinformowania pacjenta o istocie, ryzykach i konsekwencjach interwencji medycznej w momencie, który umożliwia swobodną analizę argumentów przemawiających za zabiegiem i przeciwnemu. Więcej na ten temat zob. M. Śliwka, op.cit., s. 206–207.

leków, rokowaniach dotyczących stanu zdrowia itd. Informacje tego rodzaju, niezbędne dla prawidłowego przebiegu leczenia, nie stanowią jednak objaśnienia o charakterze *stricte* terapeutycznym i nie mogą być utożsamiane z informacjami, których lekarz udziela pacjentowi w celu realizacji prawa do samostanowienia<sup>39</sup>.

Przepisy prawa oraz normy deontologiczne ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie regulują również kwestii formy, w jakiej lekarz zobowiązany jest udzielić pacjentowi informacji o stanie zdrowia. Forma powiadomienia o rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia i związanych z nimi ryzykach oraz rokowaniach na przyszłość, poza wyjątkami wskazanymi w ustawie<sup>40</sup>, jest więc dowolna, w praktyce najczęściej ustna. Przekazanie informacji w formie pisemnej (np. przez wręczenie choremu broszury lub ulotki na temat konkretnego zabiegu) może mieć jedynie charakter pomocniczy<sup>41</sup>. Pacjentowi należy w każdym przypadku zapewnić możliwość bezpośredniego i osobistego kontaktu z lekarzem, zadawania pytań i przedstawienia swoich wątpliwości. Nadto inicjatywa i aktywność w przekazywaniu informacji powinna co do zasady należeć do lekarza, a nie do pacjenta, który najczęściej nie ma przygotowania merytorycznego i dostatecznej wiedzy medycznej, umożliwiającej postawienie odpowiednich pytań.

Wymóg zachowania formy pisemnej pojawia się jedynie w zakresie spoczywającego na świadczeniodawcy obowiązku poinformowania pacjenta o przysługujących mu prawach (informacja *sensu largo*). Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta lekarz bądź zakład leczniczy realizuje ten obowiązek przez umieszczenie (np. wywieszenie w widocznym miejscu) stosownej informacji w swoim lokalu

---

<sup>39</sup> Uchybienie przez lekarza obowiązkowi udzielenia informacji o charakterze terapeutycznym co do zasady nie przesądza więc o wadliwości zgody, lecz stanowi naruszenie *legis artis*. Por. M. Guzowska, *Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia jako jedno z praw przysługujące w procesie leczenia*, PS 2009, nr 9, s. 92.

<sup>40</sup> Zob. wspomniany już art. 12 ust. 1 pkt 5 ustawy z 1 VII 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, który wymaga pisemnego poinformowania dawcy narządu o mogących powstać w przyszłości ujemnych następstwach dawstwa.

<sup>41</sup> Por. M. Świdorska, *Komentarz*, s. 90.

(siedzibie) w miejscu ogólnodostępnym, ewentualnie w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa, tj. gabinecie lekarskim lub ambulatorium zabiegowym (art. 11 ustawy o prawach pacjenta). Forma pisemna wymagana jest także dla informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez danego świadczeniodawcę, a także o realizowanych przez ten podmiot profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 12 ustawy o prawach pacjenta).

## 5. Przedmiotowy zakres obowiązku informacyjnego

W praktyce, z uwagi na zakres obowiązku informacyjnego, wykształciły się trzy wzorce (modele) jego realizacji.

Chronologicznie najwcześniejszy jest model paternalistyczny, nazywany także profesjonalno-praktycznym lub modelem racjonalnego lekarza. Jego istota polega na tym, że decyzję o zakresie udzielanych choremu informacji podejmuje sam lekarz, uznając je w ten sposób za terapeutycznie istotne, przy czym o zakwalifikowaniu informacji do kategorii terapeutycznie istotnych decydują, jak się podkreśla w literaturze, zwyczaje przyjęte w danym środowisku lekarskim<sup>42</sup>. W modelu tym przekazanie informacji terapeutycznie istotnych ma charakter obligatoryjny, informacje o znaczeniu obojętnym dla pacjenta mogą być udzielone fakultatywnie, w drodze swobodnego wyboru lekarza, natomiast bezwzględnie zakazane jest przekazywanie informacji negatywnych, których powzięcie, w ocenie lekarza, nie leży w interesie pacjenta. Model ten jest więc zorientowany przede wszystkim na potrzeby lekarza; zastosowany w praktyce prowadzi do naruszenia autonomii pacjenta i pozbawia go prawa do decydowania o swoim zdrowiu oraz możliwości dokonania swobodnego wyboru odnośnie do podejmowanego leczenia<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Więcej na ten temat zob. M. Guzowska, op.cit., s. 94. Por. K. Michałowska, op.cit., s. 106.

<sup>43</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 253–254.

Model obiektywistyczny (nazywany również modelem racjonalnego pacjenta lub rozumnego obserwatora) zakłada natomiast, że lekarz ma obowiązek powiadomić chorego o stanie zdrowia, diagnozie i rokowaniach, biorąc pod uwagę abstrakcyjny model przeciętnego i rozsądnego pacjenta (*reasonable patient*). Informacje powinny więc być udzielane choremu w takim zakresie, jakiego oczekiwałby hipotetyczny rozsądny pacjent w określonych okolicznościach. Innymi słowy, zakres obowiązku informacyjnego nie zależy od tego, co zdaniem lekarza pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, by podjąć „poinformowaną” i przemyślaną decyzję wobec proponowanego zabiegu. Model ten, przyjęty m.in. w prawie austriackim<sup>44</sup> oraz orzecznictwie Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych<sup>45</sup>, respektuje wprawdzie (w określonym zakresie) autonomię pacjenta, lecz nie uwzględnia czynników indywidualnych, tj. cech i potrzeb konkretnej osoby, jej sytuacji życiowej, ogólnego stanu zdrowia, preferencji osobistych itd. Trudno jest przecież z góry ustalić standardowy zakres informacji, jakie chciałby otrzymać pacjent, w celu podjęcia rozsądnej decyzji o poddaniu się interwencji medycznej<sup>46</sup>. Przekazywanie informacji bez odniesienia do indywidualnych cech i potrzeb chorego może ponadto prowadzić do sytuacji, w której osoba ta w ogóle nie będzie świadoma możliwości wystąpienia określonych ryzyk i komplikacji związanych z danego rodzaju interwencją medyczną<sup>47</sup>.

Istota modelu subiektywistycznego (przyjętego m.in. w prawie niemieckim<sup>48</sup>) wyraża się w tym, że o zakresie i charakterze (rodzaju) udzielanych informacji decyduje nie abstrakcyjny wzorzec rozsąd-

---

<sup>44</sup> Tak wyrok OGH SZ 57/207, SZ 59/18, JB1 1990, 459, JB1 1991 455. Podają za: M. Śliwka, op.cit., s. 208.

<sup>45</sup> Tak m.in. wyrok w sprawie *Canterbury vs Spence* z 1972 r. (464 F. 2d 772). Więcej na ten temat zob. M. Śliwka, op.cit., s. 194 i n. oraz D.J. Mazur, *What should patients be told prior to a medical procedure? Ethical and legal perspectives on medical informed consent*, *The American Journal of Medicine* 1966, nr 81, s. 1091 i n.

<sup>46</sup> Por. M. Guzowska, op.cit., s. 95.

<sup>47</sup> Tak M. Boratyńska, P. Konieczniak, op.cit., s. 255.

<sup>48</sup> Na ten temat zob. M. Śliwka, op.cit., s. 203 i n.

nego pacjenta (jak w modelu obiektywistycznym), lecz konkretny pacjent i jego indywidualne potrzeby służące podjęciu właściwej decyzji odnośnie do proponowanego leczenia. Jeżeli więc lekarz jest w stanie stwierdzić, jakie informacje są niezbędne określonej osobie w celu dokonania bilansu terapeutycznego i udzielenia zgody lub jej odmowy, ich przekazanie staje się konieczne, a zaniechanie obowiązku informacyjnego w ustalonym w ten sposób zakresie może być poczytane za naruszenie prawa pacjenta do decydowania o swoim zdrowiu<sup>49</sup>. Model subiektywistyczny w największym zatem stopniu respektuje autonomię woli pacjenta w procesie terapeutycznym.

W Polsce, zgodnie ze stanowiskiem judykatury i piśmiennictwa, funkcjonuje model mieszany, łączący elementy modelu racjonalnego pacjenta (w zakresie informacji, które lekarz ma obowiązek przekazać choremu na podstawie art. 31 ustawy lekarskiej) oraz modelu subiektywistycznego (odnośnie do informacji, które lekarz podaje pacjentowi na jego życzenie bądź żądanie, ewentualnie z własnej inicjatywy, w razie gdy w ocenie lekarza zachodzi taka potrzeba)<sup>50</sup>. Do modelu paternalistycznego ustawodawca odwołuje się natomiast w sytuacjach wyjątkowych, w których przerzucenie na lekarza ciężaru decydowania o tym, jakich informacji należy udzielić choremu uzasadnione jest koniecznością jak najpełniejszej realizacji procesu terapeutycznego i zapewnienia pacjentowi daleko idącej ochrony. Wyjątki te dotyczą pacjentów w wieku poniżej 16 lat (informowanych jedynie w zakresie i formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu diagnostyki i/lub leczenia, art. 31 ust. 7 ustawy lekarskiej) oraz tych wszystkich chorych, w stosunku do których lekarz korzysta z tzw. przywileju terapeutycznego (art. 31 ust. 4 ustawy lekarskiej).

Podstawowe znaczenie dla określenia zakresu obowiązku informacyjnego mają wspomniany już art. 31 ustawy lekarskiej oraz art. 9 ust. 1 i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. Przepisy te nakazują lekarzowi udzielić choremu (innym osobom uprawnionym)

<sup>49</sup> M. Guzowska, *op.cit.*, s. 95.

<sup>50</sup> *Ibidem*. Por. K. Michałowska, *op.cit.*, s. 108.

przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach leczenia oraz o rokowaniu. Obowiązek powiadomienia pacjenta we wskazanym zakresie dotyczy wszelkich czynności i działań medycznych dokonywanych przez lekarza i odnosi się zarówno do zabiegów podstawowych, realizujących zasadniczy cel terapii (np. operacji chirurgicznych), jak i pomocniczych, w szczególności zaś badań diagnostycznych, które łączą się z określonymi zagrożeniami dla pacjenta (np. arteriografia, radiografia z użyciem środka cieniującego, punkcja, odma czaszkowa)<sup>51</sup>. Poza tym, jak się podkreśla w literaturze, pacjenta należy informować nie tylko o proponowanych, ale też innych możliwych (dostępnych w ramach NFZ oraz odpłatnie) metodach diagnozy i terapii, w tym także niestandardowych. Jeżeli istnieje kilka sposobów przeprowadzenia diagnozy lub leczenia danego schorzenia, ostateczny wybór powinien zawsze należeć do pacjenta (według zasady „lekarz proponuje, pacjent decyduje”). Lekarz ma natomiast obowiązek uszanować decyzję chorego bez względu na to, czy w jego ocenie jest ona słuszna z punktu widzenia wiedzy medycznej. Pacjent może bowiem, także ze względów pozamedycznych (np. konfesyjnych, lęku przed cierpieniem), wybrać metodę mniej skuteczną bądź nieinwazyjną (np. leczenie zachowawcze zamiast operacyjnego)<sup>52</sup>. W wyroku z 14 listopada 1972 r. (I CR 463/72)<sup>53</sup>. Sąd Najwyższy podkreślił, że pacjent powinien zostać należycie poinformowany o tym, że zabieg operacyjny jest tylko jednym z ewentualnych sposobów leczenia. Jeśli więc istnieją dwa możliwe sposoby terapii – zachowawczy i operacyjny, zgoda chorego musi być wynikiem świadomego wyboru. Decyzją pacjenta może być także rezygnacja z dokonania wyboru metody diagnozy lub terapii i powierzenie go lekarzowi, do którego wiedzy i kompetencji chory ma zaufanie.

---

<sup>51</sup> Zob. M. Sośniak, *Zagadnienie zgody pacjenta na badania radiologiczne ze śródnaczyniowym stosowaniem środków cieniujących*, Polski Przegląd Radiologiczny i Medycyny Nuklearnej 1971, nr 6, s. 661.

<sup>52</sup> M. Świdarska, *Komentarz*, s. 83.

<sup>53</sup> NP 1975, nr 4, s. 585 z glosą M. Nesterowicza.

Na tle ogólnej regulacji art. 31 ustawy lekarskiej i art. 9 ust. 1 i 2 orzecznictwo i literatura wypracowały szczególne reguły odnoszące się do przedmiotowego zakresu informacji.

Zasadą jest, że lekarz ma obowiązek uprzedzenia pacjenta o typowych skutkach poddania się badaniom lub zabiegowi. Za typowe (normalne, zwykłe, przeciętne) uznaje się w piśmiennictwie i judykaturze takie ryzyka i powikłania, które zazwyczaj w danych przypadkach występują i z których pojawieniem się chory powinien się liczyć. O typowości nie przesądza ciężar gatunkowy, lecz – jak się słusznie przyjmuje w piśmiennictwie – częstotliwość występowania określonej komplikacji i stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia w konkretnych okolicznościach (stąd ryzyk stosunkowo rzadkich, pojawiających się sporadycznie nie uznaje się za typowe)<sup>54</sup>. Ryzyko typowe może być zarówno nieznaczące, jak i bardzo poważne, w zależności od rodzaju interwencji medycznej. Oceny typowości należy jednak dokonywać z uwzględnieniem konkretnych w danym przypadku punktów odniesienia, do których zalicza się m.in. rodzaj zakładu leczniczego, doświadczenie zespołu operacyjnego, wiek, ogólny stan zdrowia i inne indywidualne cechy pacjenta (np. przebyte schorzenia, alergie, obciążenia genetyczne). Sam zabieg co do zasady mało ryzykowny (pociągający za sobą skutki typowe) może zmienić swój charakter w powiązaniu z osobą konkretnego pacjenta. Poza tym ryzyka typowe to nie tylko następstwa oczywiste i nieodłączne (np. skutki usunięcia organu wewnętrznego), ale także tylko ewentualne, lecz zarazem stosunkowo ciężkie. Próby uściśleń pojęcia typowości za pomocą wskaźników procentowych są, jak się podkreśla w piśmiennictwie, z góry skazane na niepowodzenie i nie przynoszą zadowalających rezultatów<sup>55</sup>. Różnice mogą bowiem występować między różnymi zespołami operacyjnymi nawet w tym samym zakładzie leczniczym. Poza tym kwalifikacja ryzyka jako typowego niewątpliwie ulega zmianom wraz z postępem medycyny i rozwojem nowych technik diagnozy i terapii.

<sup>54</sup> Por. M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 70.

<sup>55</sup> M. Świdorska, *Zgoda*, s. 138–139. Por. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, wyd. III, Warszawa 1989, s. 138.

Zasada informowania pacjenta o typowych ryzykach związanych z leczeniem została wielokrotnie wyrażona w judykaturze. W wyroku z 27 sierpnia 1968 r. (I CR 325/68)<sup>56</sup> Sąd Najwyższy stwierdził, że dla skuteczności zgody pacjenta na zabieg (w celu uzyskania możliwości postawienia prawidłowej diagnozy i zastosowania odpowiedniej metody leczenia) wystarcza, że lekarz – nie dzieląc się z chorym swoimi podejrzeniami – poinformuje go o rodzaju zabiegu oraz jego bezpośrednich, zwykłych i typowych skutkach. Natomiast w wyroku Sądu Najwyższego z 7 marca 1974 r. (I CR 43/74)<sup>57</sup> przyjęto, że brak pouczenia pacjenta o normalnych dla danego rodzaju interwencji medycznej następstwach dla zdrowia pociąga za sobą odpowiedzialność szpitala za wyrządzoną choremu szkodę, jeżeli skutki operacji są do przewidzenia, a przed jej dokonaniem pacjent nie został o nich poinformowany.

W piśmiennictwie kontrowersyjna pozostaje kwestia, czy lekarz ma obowiązek informować pacjenta o typowych ryzykach związanych z niedociągnięciami w funkcjonowaniu zakładu leczniczego, w tym zwłaszcza o możliwości zainfekowania żółtaczką wszczepienną typu B lub C<sup>58</sup> podczas zabiegu lub operacji, a także o ryzyku zakażenia wirusem HIV w związku z transfuzją krwi

---

<sup>56</sup> OSPiKA 1968, z. 7–8, poz. 65.

<sup>57</sup> NP 1977, nr 1, s. 109 i n. W tej sprawie pacjent odbywający karę pozbawienia wolności został poddany operacji chirurgicznej mającej na celu usunięcia nowotworu (tzw. nerwiaka) w okolicy szyjnej. W czasie zabiegu konieczne okazało się wycięcie pnia nerwowego splotu barkowego, z którego wyrastał nowotwór, co w konsekwencji spowodowało porażenie mięśni lewej ręki. Usunięcie guza było wskazane i zgodne z zasadami sztuki lekarskiej, gdyż nieoperowany mógł on przekształcić się w nowotwór złośliwy i zagrażać życiu chorego. Pacjent podnosił w procesie, że przed zabiegiem został zapewniony przez lekarzy, że operacja nie wywoła żadnych ujemnych skutków na jego zdrowiu i dlatego wyraził zgodę na interwencję.

<sup>58</sup> Zakażenia szpitalne stanowią poważny problem w polskim systemie opieki zdrowotnej. Z danych statystycznych wynika, że 60% pacjentów, a wśród dzieci poniżej 2 lat – 80%, zostaje zakażona podczas pobytu w zakładach leczniczych. W. Magdzik, *Wirusowe zapalenie wątroby typu „B” jako zakażenie szpitalne*, [w:] *Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych. Materiały Sympozjum Kierowniczej Kadry Medycznej*, Warszawa 1997, s. 15.



(w okresie tzw. okienka serologicznego, kiedy wirus dawcy jest niewykrywalny)<sup>59</sup>. Przyjęcie takiego rozwiązania niewątpliwie leżałoby w interesie pacjenta, który mając możliwość swobodnego wyboru zakładu leczniczego, mógłby uwzględnić ryzyko potencjalnego zakażenia podczas podejmowania decyzji o tym, w jakim szpitalu odbyć leczenie, ewentualnie poddać się szczepieniom ochronnym (przynajmniej przeciwko wzw typu B). Poza tym informacja o możliwości zakażenia wydaje się konieczna zwłaszcza w sytuacji, w której za przeprowadzeniem zabiegu przemawiają jedynie względne wskazania medyczne bądź gdy interwencja medyczna pozbawiona jest celu terapeutycznego (np. poprawienie linii, skorygowanie „błędów natury”). Z drugiej strony jednak w sytuacji, w której doszłoby do zakażenia, szpitalowi trudno byłoby podnosić w procesie, że nie odpowiada za wyrządzoną szkodę z uwagi na okoliczność, iż pacjent, powiadomiony o ryzyku infekcji, przejął je na siebie (zaakceptował) bez prawa do odszkodowania.

Lekarz nie ma natomiast obowiązku informowania pacjenta o nietypowych ryzykach określonej interwencji medycznej, tzn. komplikacjach i powikłaniach wyjątkowych, nadzwyczajnych i mało prawdopodobnych (tj. takich, które – jak się podkreśla w piśmiennictwie – zdarzają się w mniej niż 1% przypadków danego rodzaju

---

<sup>59</sup> Za przyjęciem takiego rozwiązania opowiada się m.in. piśmiennictwo francuskie. Zob. I. Lucas-Baloup, *Infections nosocomiales: 40 sur les reponsabilités encourues*, Evreux 1997, s. 275 i n. Judykatura francuska stoi natomiast na stanowisku, że obowiązek informacyjny powinien obejmować wszelkie niedociągnięcia organizacyjne, które narażają pacjenta na ryzyko powstania szkody. W wyroku z 14 X 1997 r. (Daloz 1997, IR 238) Sąd Kasacyjny orzekł, że zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę (w postaci porażenia ramienia), której doznało dziecko w następstwie skomplikowanego porodu, który odbył się wyłącznie w asyście położnej. Ciężarna nie została bowiem poinformowana o tym, że szpital nie dysponuje odpowiednią liczbą lekarzy położników, którzy byłiby stale obecni na sali porodowej przez cały okres trwania porodu. W polskiej literaturze wyrażono natomiast pogląd, że niebezpieczeństwo związane z brakami w aseptyce nie podlega obowiązkowi powiadomienia. Tak M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność*, wyd. III, s. 142.

schorzenia)<sup>60</sup>. Sam zabieg co do zasady mało ryzykowny może w konkretnych okolicznościach zmienić swój charakter w powiązaniu z osobą konkretnego pacjenta. W wyroku z 2 października 2003 r. (I ACa 369/03)<sup>61</sup> Sąd Apelacyjny w Lublinie orzekł, że niedzielenie pacjentowi informacji o sposobie przeprowadzenia zabiegu i ewentualnych powikłaniach z nim związanych (których ryzyko wystąpienia było podwyższone z uwagi na wiek pacjentki, podkr. – K.B.R.) jest nie tylko bezprawne (jako naruszające obowiązujące przepisy), ale także zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na leczenie ze względu na możliwość komplikacji). W uzasadnieniu wyroku podkreślono, że wina lekarza przeprowadzającego zabieg „inwazyjny” może polegać nie tylko na wykonaniu go niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, ale także na przeprowadzeniu go bez uzyskania świadomej zgody chorego, po rzetelnym poinformowaniu go także o „technicznej” stronie interwencji i jej ewentualnym ryzyku.

Wyeliminowanie ryzyk nadzwyczajnych z zakresu spoczywającego na lekarzu obowiązku informacyjnego uzasadnione jest tym, że nadmiar informacji, zwłaszcza gdy zabieg jest stosunkowo prosty (nieskomplikowany), może niepotrzebnie wpłynąć na stan psychiczny chorego, zbędnie pogorszyć jego samopoczucie, a w konsekwencji doprowadzić do zwiększenia ryzyka operacji bądź odmowy poddania się terapii, za którą przemawiają bezwzględne wskazania medyczne. Pacjent może bowiem podjąć niewłaściwą decyzję odnośnie do swojego zdrowia i ewentualnego leczenia zarówno w braku odpowiednich informacji, jak i w razie otrzymania ich w nadmiarze. Niekorzystna wydaje się m.in. zbyt duża liczba ostrzeżeń, których pacjent nie jest zdolny ocenić z powodu braku wiedzy medycznej,

---

<sup>60</sup> Określenie ryzyka wyjątkowego na poziomie 1% uznaje się w piśmiennictwie wyłącznie za pomocnicze i niemające charakteru przesądzającego w każdym przypadku. Zob. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność*, wyd. III, s. 138.

<sup>61</sup> PiM 2005, nr 5, s. 125 i n. z głosem M. Nesterowicza. W tej sprawie u 77-letniej powódki podczas zabiegu gastrokopii doszło, z przyczyn niezawinionych przez lekarzy, do najpoważniejszego i zarazem najgroźniejszego ze znanych i typowych powikłań w postaci przebiccia ściany przełyku.

rodzaju choroby, którą u niego rozpoznano, oraz czynników osobowościowych, takich jak w szczególności indywidualna wrażliwość, odporność na stres itp.<sup>62</sup>

Pogląd, w myśl którego lekarz co do zasady nie informuje pacjenta o wyjątkowych ryzykach związanych z danego rodzaju interwencją medyczną, został wielokrotnie wyrażony w judykaturze. W wyroku Sądu Najwyższego z 20 listopada 1979 r. (IV CR 389/79)<sup>63</sup> przyjęto, że spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia konsekwencji operacji chirurgicznej ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami zabiegu, by chory podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego się może spodziewać. Lekarz powinien więc wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykłe jego następstwa, natomiast nie potrzebuje, a często nawet – ze względu na samopoczucie i zdrowie chorego – nie powinien zapoznawać go z następstwami nietypowymi (nieobjętymi normalnym ryzykiem), które mogą wystąpić w szczególnych przypadkach powikłań. Natomiast w sprawie zakończonej wyrokiem z 11 stycznia 1974 r. (II CR 732/73)<sup>64</sup> Sąd Najwyższy stwierdził, że spoczywający na lekarzu obowiązek uprzedzenia chorego o możliwych komplikacjach zamierzonej operacji inaczej przedstawia się w sytuacji, gdy chodzi o zabieg mający na celu wyłącznie poprawę stanu zdrowia, a inaczej

---

<sup>62</sup> Por. M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 169.

<sup>63</sup> OSN 1980, z. 4, poz. 81. W tej sprawie pacjentka została poddana operacji usunięcia nowotworu złośliwego szyjki macicy tzw. systemem Wertheima. Po zabiegu doszło do poważnych, lecz niezawinionych przez lekarzy powikłań w postaci powstania przetoki w pochwie, co w konsekwencji doprowadziło do roponercza i konieczności usunięcia nerki. Sąd oddalił powództwo, przyjmując, że każdy pacjent decydujący się na poważną operację onkologiczną na ogół zdaje sobie sprawę z możliwości wystąpienia nieprzewidzianych powikłań. Powódka zaś wiedziała o rodzaju swojej choroby i o tym, że w jej przypadku operacja była jedynym sposobem ratowania życia, wobec odmowy wyrażenia przez nią zgody na leczenie promieniami jonizującymi.

<sup>64</sup> OSPiKA 1975, z. 1, poz. 6. W tej sprawie u pacjenta, po przeprowadzeniu operacji tracheotomii gardła (koniecznej dla ratowania życia), pojawiły się poważne powikłania w postaci przetoki gardłowo-krtaniowej.

gdy interwencja chirurgiczna jest konieczna, a wręcz niezbędna dla ratowania życia. W drugim ze wskazanych przypadków lekarz nie może udzielać pacjentowi informacji o możliwych powikłaniach pooperacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko interwencji.

Wyłączenie ryzyk wyjątkowych z zakresu obowiązku informacyjnego nie ma jednak charakteru bezwzględnego. Polskiej judykaturze znane są rozstrzygnięcia, w których przyjmowano, że jeżeli nietypowe powikłania związane z danego rodzaju interwencją są szczególnie ciężkie i niebezpieczne (z zagrożeniem życia włącznie), należy pacjenta o nich poinformować nawet wówczas, gdy prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest nieznaczące, lecz możliwe do przewidzenia. Chodzi bowiem o to, by – jak podkreślają sądy w uzasadnieniach wyroków – zgoda pacjenta, będąca wyrazem realizacji jego autonomii i prawa do samostanowienia, była w pełni świadoma i tym samym niewadliwa.

Zasadzie tej dał wyraz m.in. Sąd Okręgowy w Krakowie w wyroku z 30 grudnia 2003 r. (IC 110/02)<sup>65</sup>. Przyjęto w nim, że pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powstania powikłań; w przeciwnym razie bowiem, gdy komplikacji nie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu obciążać będzie szpital. W uzasadnieniu wyroku sąd podkreślił, że na ustalony *in concreto* standard informacyjny (zakres przekazywanych choremu informacji) nie może mieć wpływu okoliczność, iż z uwagi na zagrożenie życia

---

<sup>65</sup> PiM 2006, nr 1, s. 116 i n. Sprawa dotyczyła pacjentki poddanej zabiegowi usunięcia rozrostu niewłaściwego w obrębie tarczycy (tzw. dużego wola zามostkowego), które w ocenie lekarzy mogło zawierać zmiany nowotworowe. Zaniechanie podjęcia interwencji stanowiło zagrożenie życia, gdyż pociągało za sobą ryzyko uduszenia wobec ucisku wola na tchawicę. W czasie zabiegu doszło jednak do uszkodzenia jednej ze strun głosowych, co w konsekwencji doprowadziło u chorej (wykonującej zawód kelnerki) do zaburzeń mowy i oddychania. O możliwości powstania tego rodzaju powikłań (występujących statystycznie w 1–10% przypadków) powódka nie została poinformowana przed zabiegiem i z tego tytułu dochodziła zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

(w razie zaniechania poddania się terapii), pacjent nie mógł nie poddać się zabiegowi i zrezygnować z leczenia<sup>66</sup>.

Pacjent ma jednak „prawo do prawdy” i w przypadku każdego zabiegu, nawet relatywnie prostego i nieskomplikowanego, może żądać pełnej (wyczerpującej) informacji na temat wszelkich ryzyk, jakie wiążą się z jego przeprowadzeniem. Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien więc takich informacji udzielić, nawet jeśli jest przeświadczony o tym, że uzyskana wiedza doprowadzi do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. W tego rodzaju sytuacjach niezbędne staje się jednak zachowanie ostrożności i taktu w postępowaniu, zwłaszcza gdy rokowania są dla chorego niekorzystne, a proponowane leczenie nie gwarantuje poprawy (art. 17 KEL *in principio*).

W niektórych przypadkach pojawia się jednak bezwzględny wymóg udzielenia wyczerpującej informacji na temat wszelkich ryzyk związanych z danego rodzaju zabiegiem, nawet pojawiających się sporadycznie.

Obowiązek udzielenia pełnej informacji wchodzi w rachubę w razie zabiegów niosących ze sobą zwiększone niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pacjenta. Należą tu m.in. operacje z dziedziny chirurgii estetycznej o celu nielecniczym (z zakresu tzw. medycyny satysfakcji, mające poprawić urodę czy skorygować „błędy natury”), a także eksperymenty medyczne. Szczególne reguły poszerzonego obowiązku informacyjnego dotyczą również zabiegów transplantacyjnych i odnoszą się zarówno do osoby dawcy, jak i biorcy komórek, tkanek i narządów<sup>67</sup>.

Zakres informacji, które lekarz zobowiązany jest udzielić choremu wzrasta także w sposób znaczący w sytuacji, gdy pacjent odmawia zgody na poddanie się interwencji medycznej celowej i koniecznej z uwagi na stan zdrowia, a zwłaszcza zagrożenie życia. Szczególnie ważne staje się wówczas powiadomienie nie tylko o zwykłych i typowych, ale o wszelkich możliwych skutkach zaniechania leczenia i konsekwencjach rezygnacji z terapii. W braku odpowiedniej regulacji prawnej (stosownego upoważnienia ustawowego)

<sup>66</sup> M. Świdarska, *Komentarz*, s. 88.

<sup>67</sup> Więcej na ten temat zob. M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 331.

lekarz nie może tego w rodzaju przypadkach stosować przymusu leczenia. Powinien jednak, zgodnie ze starannością wymaganą od profesjonalisty (art. 355 § 2 k.c.), podejmować próby przekonania pacjenta co do celowości bądź konieczności poddania się terapii, zwłaszcza gdy po uzyskaniu odmowy pozostaje w bezpośrednim kontakcie z chorym (np. na oddziale szpitalnym)<sup>68</sup>. Sąd Najwyższy w wyroku z 23 listopada 2007 r. (IV CSK 240/07)<sup>69</sup> orzekł, że w razie gdy istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się jej sprzeciwia obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostycznego w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń lekarskich.

Pacjent może nie tylko żądać od lekarza informacji pełnej, ale także ma prawo w ogóle odmówić jej otrzymania (art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, art. KEL, art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej). Poza sytuacjami wyjątkowymi, prawo nie przewiduje „przymusu informacyjnego” i nie nakazuje, a jedynie przyznaje pacjentowi prawo współdecydowania z lekarzem o podejmowanych czynnościach medycznych lub rezygnacji z leczenia. Wola bycia

<sup>68</sup> Na obowiązek podejmowania prób przekonania chorego o celowości poddania się leczeniu wskazuje się m.in. w judykaturze francuskiej. W sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Tuluzie z 15 lutego 1971 r. (Gaz. Pal. 1972, I., Somm., s. 35) lekarz, któremu pacjent odmówił przyjęcia zastrzyku przeciwtężcowego, codziennie widywał chorego na oddziale, nie wspominając jednak ponownie o konieczności iniekcji, pomimo że istniały bezwzględne wskazania medyczne do podania szczepionki. Sąd uznał, że lekarz nie dochował należytej staranności wymaganej od profesjonalisty (*le bon professionnel*), co przesądziło o jego winie i odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę.

<sup>69</sup> PIM 2009, nr 2, s. 143 i n. z glosą R. Tymińskiego. Sprawa dotyczyła pacjenta, który po urazie kręgosłupa doznany w następstwie upadku odmówił skierowania do szpitala, pomimo że wezwany na miejsce zdarzenia lekarz pogotowia ratunkowego kilkakrotnie pouczył go o konieczności przeprowadzenia badań diagnostycznych i konsekwencjach ich zaniechania. Sąd oddalił powództwo odszkodowawcze, stwierdzając, że lekarzowi nie można było przypisać winy za doznaną przez pacjenta szkodę (paraliż dolnej połowy ciała), ponieważ uczynił zadość spoczywającemu na nim obowiązkowi informacyjnemu.

nieinformowanym powinna jednak zostać sformułowana w sposób dostatecznie jasny, wyraźny i niebudzący wątpliwości. W literaturze słusznie podkreśla się, że im poważniejszy jest planowany zabieg, tym zgłoszone przez pacjenta żądanie odmowy powinno być weryfikowane według bardziej surowych kryteriów<sup>70</sup>. Poza tym z uwagi na konieczność zapewnienia należytej ochrony lekarzowi (na którym spoczywa ciężar dowodu realizacji obowiązku udzielenia informacji) zasadne wydaje się, by w przypadku interwencji wiążących się z podwyższonym ryzykiem pacjent wyrażał wolę bycia nieinformowanym w formie pisemnej, pomimo iż przepisy prawa nie przewidują takiego obowiązku<sup>71</sup>.

Zrzeczenie się przez pacjenta prawa do informacji nie zwalnia jednak lekarza z powinności udzielenia choremu wskazówek i instrukcji stanowiących niezbędny warunek dokonania zabiegu lub operacji, na którą pacjent wyraził zgodę pomimo zakomunikowania lekarzowi woli pozostawienia w niewiedzy co do związanych z nim powikłań (np. wymóg poddania się szczepieniom przeciwko wzw typu B, przyjęcie określonych dawek leków), a także informacji na temat postępowania w okresie pooperacyjnym (konieczność prowadzenia oszczędnego trybu życia, zażywania leków, stawiania się na wizyty kontrolne itp.).

W określonych przypadkach istnieje tzw. bezwzględny przymus informacyjny i zrzeczenie się prawa do informacji staje się jednak niedopuszczalne.

Po pierwsze pacjent nie może odmówić bycia informowanym wówczas, gdy w grę wchodzi ochrona bezpieczeństwa osób trzecich, np. istnieje ryzyko zakażenia wobec stwierdzenia choroby zakaźnej lub faktu nosicielstwa (wzw typu B lub C, wirusa HIV, gronkowca złocistego itd.). Prawną podstawę działania lekarza (szpitala) stanowią wówczas przepisy dopuszczające możliwość uchylenia tajem-

---

<sup>70</sup> Zob. M. Świdarska, *Komentarz*, s. 91. W ocenie autorki w celu dochwycenia należytej *in casu* miary staranności lekarz powinien w rozmowie z chorym upewnić się, czy rzeczywiście ma on zamiar zrzec się prawa do informacji, zwłaszcza na temat wchodzących w rachubę poważniejszych ryzyk poddania się określonej interwencji medycznej.

<sup>71</sup> Ibidem.

nicy lekarskiej w sytuacji, gdy nieujawnienie określonych informacji o pacjencie stanowi niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia samego pacjenta i innych osób (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta, art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy lekarskiej)<sup>72</sup>.

We wspomnianym już wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9 maja 2002 r. (I ACa 221/02) przyjęto, że na szpitalu spoczywa obowiązek szczegółowego powiadomienia zarówno pacjenta, jak i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa choroby zakaźnej stwierdzonej podczas pobytu w zakładzie leczniczym. W uzasadnieniu wyroku sąd jednocześnie podkreślił, że dla należytej realizacji tego obowiązku konieczne jest udzielenie informacji w sposób zrozumiały i dostatecznie przystępny dla osoby będącej laikiem w dziedzinie medycyny (np. wyjaśnienie sformułowań łacińskich i użytych symboli). Brak należytej staranności w tym zakresie świadczy o zawinionym przez szpital zaniechaniu i pociąga za sobą odpowiedzialność zakładu leczniczego za szkodę i krzywdę (zakażenie i dalsze negatywne skutki infekcji), których doznał pacjent oraz osoby mu bliskie prowadzące wspólne gospodarstwo domowe<sup>73</sup>.

Po drugie odmowa udzielenia informacji nie jest możliwa także wówczas, gdy w grę wchodzi zabieg radykalny, powodujący nieodwracalny uszczerbek na zdrowiu (np. amputacja kończyny, usunięcie organu wewnętrznego) lub inne niemożliwe lub trudne do

---

<sup>72</sup> M. Świdarska, *Komentarz*, s. 93.

<sup>73</sup> Wina szpitala może także polegać na braku należytej staranności w doręczeniu zakażonemu informacji o wykrytym nosicielstwie. W sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Okręgowego w Rzeszowie z 24 listopada 2002 r. pozwana stacja krwiodawstwa nie powiadomiła męża, który oddał krew jako dawca, o wykrytym we krwi wirusie HIV i ograniczyła się jedynie do wysłania listu powiadamiającego na adres pracodawcy zakażonego. List powrócił jednak do nadawcy z adnotacją, że adresat jest nieznany, ponieważ powód zmienił miejsce pracy. Stacja nie podjęła natomiast żadnych dalszych czynności zmierzających do ustalenia adresu, pod który można by przekazać informację o nosicielstwie. Nie zdając sobie sprawy z faktu nosicielstwa, małżonkowie kontynuowali normalne życie, co doprowadziło do zakażenia żony, która wcześniej, w tym samym czasie co mąż, oddała krew wolną od wirusów.



odwrócenia skutki (np. sterylizacja). W tego rodzaju wyjątkowych przypadkach nawet wyraźne żądanie pacjenta nie może uchylać spoczywającego na lekarzu obowiązku powiadomienia, przynajmniej o bezpośrednich skutkach proponowanej (zalecanej) interwencji medycznej. Za optymalne uznaje się jednak przekazanie informacji wyczerpującej, uwzględniającej wszelkie, nawet rzadko występujące bądź nietypowe, konsekwencje i powikłania wiążące się z danego rodzaju interwencją. Jeżeli ingerencja w integralność cielesną jest poważna i daleko idąca, pacjent nie może bowiem pozostawać w niewiedzy odnośnie do jej zasięgu, ryzyk i skutków<sup>74</sup>.

Po trzecie obowiązek informowania o stanie zdrowia i rokowania ma charakter bezwzględny wówczas, gdy zabieg pozbawiony jest celu terapeutycznego (ma charakter nielecniczy, np. operacje z zakresu medycyny estetycznej). W takich przypadkach jedynie zgoda pacjenta w pełni świadomego istoty, następstw i wszelkich powikłań związanych z interwencją medyczną może legalizować działania lekarza i to – jak się podkreśla w literaturze – jedynie wówczas, gdy ryzyko konkretnego zabiegu jest stosunkowo niewielkie i nie przewyższa rozmiarem spodziewanych korzyści. Zasada jest bowiem to, że lekarz nie może za zgodą (na życzenie bądź nawet żądanie) pacjenta dokonać każdej interwencji. Jeżeli więc, z uwagi na rozmiar potencjalnych zagrożeń, wiąże się z nią więcej ryzyka niż korzyści dla pacjenta, lekarz powinien bezwzględnie powstrzymać się od podejmowania interwencji, ponieważ w przeciwnym razie, pomimo uzyskania zgody chorego, może ponieść odpowiedzialność odszkodowawczą<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> M. Świdarska, *Komentarz*, s. 93.

<sup>75</sup> Por. M. Safjan, *op.cit.*, s. 36; M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 95 oraz M. Sośniak, *Znaczenie zgody uprawnionego w zakresie cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej*, Zeszyty Naukowe UJ, Kraków 1959, z. 6, s. 127.

## 6. Przywilej terapeutyczny

W sytuacjach wyjątkowych, gdy rokowania są niepomyślne dla pacjenta, przepisy prawa (art. 31 ust. 4 ustawy lekarskiej) oraz normy deontologiczne (art. 17 KEL) pozwalają lekarzowi ograniczyć pod względem zakresu przekazywane choremu informacje o stanie zdrowia i rokowaniu (w myśl Kodeksu Etyki Lekarskiej – także o rozpoznaniu), jeżeli według oceny lekarza za ograniczeniem tym przemawia dobro pacjenta (tzw. przywilej terapeutyczny).

Skorzystanie z uprawnienia, jakim jest przywilej terapeutyczny, wymaga od lekarza dokonania oceny, czy w konkretnym przypadku rzeczywiście zachodzi sytuacja szczególna (*verba legis* – wyjątkowa), a więc tego rodzaju, że pełne ujawnienie wymaganej prawem informacji może wyrządzić choremu poważną szkodę (np. doprowadzić do rozstroju zdrowia psychicznego, innej postaci komplikacji zdrowotnych lub – na co wskazuje art. 17 KEL – poważnych cierpień pacjenta) bądź też zmniejszyć szanse powodzenia leczenia (np. przez odmowę poddania się operacji, która jest konieczna i leży w interesie chorego, a jej zaniechanie stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia). Oceny lekarz dokonuje samodzielnie i odnośnie do okoliczności konkretnego przypadku, biorąc pod uwagę m.in. stan psychiczny pacjenta, jego dojrzałość emocjonalną, szczególnie stopień wrażliwości itp. Istotne znaczenie ma w tym względzie doświadczenie zawodowe lekarza i inne cechy indywidualne, jak m.in. empatia i umiejętność trafnego odczytywania stanów psychicznych pacjenta<sup>76</sup>. Możliwość powstrzymania się od informacji o prognozowanym schorzeniu i przewidywanych powikłaniach nie zwalnia jednak lekarza z obowiązku bieżącego powiadamiania pacjenta przynajmniej o „technicznych” aspektach podejmowanych działań medycznych (dawkach zażywanych leków, konieczności dalszego stosowania diety, prowadzenia oszczędnego trybu życia itp.).

W razie ograniczenia pacjentowi zakresu udzielanych informacji lekarz zobowiązany jest poinformować o stanie zdrowia i rokowaniu przedstawiciela ustawowego pacjenta lub inną osobę przez niego

---

<sup>76</sup> Por. M. Świdarska, *Zgoda*, s. 155.

upoważnioną. Dla skuteczności upoważnienia nie jest wprawdzie wymagana żadna forma szczególna, jednakże decyzja (wola) chorego powinna być dostatecznie wyraźna i niebudząca wątpliwości (lekarz nie może bowiem jej domniemywać). Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielenia pacjentowi informacji w pełnym zakresie, nie ograniczając się jedynie – na tle nowego stanu prawnego – do odpowiedzi na konkretne pytania (art. 9 ust. 6 ustawy o prawach pacjenta)<sup>77</sup>. Przywilej terapeutyczny nie stanowi więc bezwzględnie prawa lekarza i może być zniesiony przez pacjenta na jego wyraźne żądanie. Jak już wspomniano, chory ma prawo do prawdy i jeśli wyraża wolę bycia informowanym (np. domaga się szczegółowych wyjaśnień), zasada ochrony dobra pacjenta (*salus aegroti suprema lex esto*) musi zejść na dalszy plan, nawet jeśli lekarz jest przeświadczony o tym, że pełna informacja pogorszy stan zdrowia pacjenta i wywrze niekorzystny wpływ na powodzenie procesu terapeutycznego. W razie niepomyślnej prognozy i rokowań na przyszłość przekazanie informacji powinno jednak następować ostrożnie i w sposób taktowny, z uwzględnieniem stanu psychicznego i stopnia wrażliwości pacjenta (art. 17 KEL *in principio*). Nie tylko bowiem informacja nadmierna, ale także podana w nieodpowiedni sposób może prowadzić do wyrządzenia choremu szkody<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Por. R. Kubiak, op.cit., s. 376. W doktrynie, na tle dawnego stanu prawnego, obowiązującego przed wejściem w życie ustawy o prawach pacjenta przyjmowano, że lekarz powinien w takich wypadkach ograniczać się jedynie do odpowiedzi na zadawane przez chorego pytania. Wniosek taki wpływać miał z literalnej wykładni art. 31 ust. 4 *in fine* ustawy lekarskiej. Tak M. Świdarska, *Zgoda*, s. 157.

<sup>78</sup> Procesy o naprawienie szkód wyrządzonych udzieleniem „nadmiernej” informacji znane są m.in. judykaturze niemieckiej. W sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Okręgowego w Kolonii z 1987 r. (podaję za: M. Nesterowiczem, *Prawo*, s. 169), lekarz, po przeprowadzeniu stosownych badań diagnostycznych, bez żadnego przygotowania, poinformował pacjenta o wykrytym guzie (najprawdopodobniej nowotworze złośliwym) w okolicy mózgu, zaznaczając jednocześnie, że nowotwór ten w szybkim tempie powiększał swoje rozmiary, lecz najprawdopodobniej pozostawał nieoperowalny. Reakcją pacjenta był silny i długotrwały wstrząs psychiczny, który doprowadził do poważnej choroby serca, częściowego paraliżu oraz znacznych trudności w mówieniu. Sąd uznał roszczenia odszkodowawcze

Przywilej terapeutyczny pozwala na ograniczenie informacji, lecz nie upoważnia do przekazywania choremu nieprawdy; nie może też stanowić usprawiedliwienia dla udzielania informacji pozostających w sprzeczności z obiektywnie weryfikowalnymi danymi, zwłaszcza w odpowiedzi na konkretne, postawione przez chorego pytania. W piśmiennictwie podkreśla się, że w razie stwierdzenia u pacjenta poważnej choroby, zagrażającej jego życiu, informacji tej co do zasady nie można przed nim zatajać. Pacjent powinien mieć pełną wiedzę na temat postawionego rozpoznania choćby po to, by mógł przed zabiegiem uporządkować swoje sprawy osobiste (np. sporządzić testament) i zawodowe<sup>79</sup>. Poza tym nieujawnianie informacji o rozpoznaniu wydaje się niekorzystne z innych również względów. Nie znając istoty schorzenia i prognoz na przyszłość, pacjent może nie mieć motywacji do poddania się zabiegom bardziej inwazyjnym, obciążonym większym ryzykiem wystąpienia powikłań bądź do zastosowania się do rygorystycznych zaleceń lekarza. Świadomość poważnej choroby stanowić natomiast będzie impuls do podjęcia konkretnych działań zmierzających do jak najpełniejszej realizacji procesu terapeutycznego<sup>80</sup>.

Korzystając z przywileju terapeutycznego, lekarz nie uchybia spoczywającemu na nim obowiązкови informacyjnemu i nie jest narażony na zarzut wadliwości zgody oraz podjęcie działań medycznych w jej braku, skutkujące nielegalnością interwencji i odpowie-

---

pacjenta za zasadne, przyjmując, że pomimo iż lekarz miał prawo powiadomić pacjenta o diagnozie, to ujawnienie informacji o rozpoznaniu i rokowaniach na przyszłość w okolicznościach rozpatrywanej sprawy doprowadziło do naruszenia tego prawa.

<sup>79</sup> Pogląd ten znajduje swoje odzwierciedlenie także w praktyce. Przeprowadzone ostatnio badania wykazały, że u schyłku lat 90. XX w. lekarze w krajach europejskich w sposób znaczący zmienili swoje przekonanie w kwestii zasadności informowania chorego o wykrytej chorobie nowotworowej. W Wielkiej Brytanii 98% lekarzy stoi na stanowisku, że pacjenta należy informować o tego rodzaju rozpoznaniu, podczas gdy w 1961 r. takiego zdania było jedynie 12% lekarzy. M. Safjan, op.cit., s. 127. Por. M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa-Poznań 1972, s. 27; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 8.

<sup>80</sup> T. Bukiet-Nagórska, op.cit., s. 82–83. Por. R. Kubiak, op.cit., s. 359.

działnością cywilną. W literaturze pojawił się jednak pogląd przeciwny, w myśl którego działanie lekarza polegające na ograniczeniu informacji o stanie zdrowia i rokowaniu stawia pod znakiem zapytania świadomość, a co za tym idzie skuteczność zgody pacjenta na interwencję medyczną. Chory zostaje bowiem pozbawiony informacji o istotnym znaczeniu, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie określonych decyzji w sferze życia osobistego, własnego zdrowia i życia. Stąd też, na co wskazują zwolennicy prezentowanego stanowiska, należałoby z przywileju terapeutycznego zrezygnować (wzorem innych państw, np. Australii i Kanady) i wprowadzić obowiązek przekazywania pacjentowi pełnej informacji (w tym również niekorzystnej), z zastrzeżeniem zachowania oględności i taktu w postępowaniu, w razie gdy rokowania są dla chorego niekorzystne<sup>81</sup>.

Całkowite odrzucenie konstrukcji przywileju terapeutycznego nie wydaje się jednak rozwiązaniem ani koniecznym, ani słusznym. Ograniczenie zakresu przekazywanych pacjentowi informacji stanowi uprawnienia lekarza, a nie jego obowiązek i nie dotyczy każdej sytuacji, w której uzasadniona jest obawa, że przekazanie pełnych danych o stanie zdrowia i rokowaniu wywrze negatywny wpływ na przebieg procesu terapeutycznego. Podejmując decyzję o wyłączeniu określonych informacji, lekarz musi dokonać starannej i wyważonej oceny konkretnej sytuacji, gdyż w razie ewentualnego procesu odszkodowawczego na nim spoczywa ciężar wykazania, że powołanie się na przywilej terapeutyczny było uzasadnione. Dowód ten nie jest łatwy do przeprowadzenia przede wszystkim z uwagi na brak zobiektywizowanych, standardowych kryteriów weryfikacji zasadności zastosowania art. 31 ust. 4 ustawy lekarskiej, zwłaszcza zaś powołania się na przesłankę dobra chorego. Nadto pacjent ma prawo do prawdy i w każdej sytuacji może zażądać od lekarza wyczerpującej informacji o stanie zdrowia i prognozach na przyszłość, i to nie tylko – jak już wspomniano – ograniczonej do odpowiedzi na konkretne pytania. Autonomia chorego i jego prawo do

---

<sup>81</sup> Tak A. Dudzińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, PiP 2008, nr 8, s. 90.

decydowania o własnym zdrowiu i życiu oraz integralności cielesnej nie zostają przy tym ani zagrożone, ani w żaden sposób naruszone.

## **7. Prawne skutki niedochowania obowiązku informacyjnego**

W sytuacji gdy zgoda pacjenta na leczenie nie zostanie poprzedzona odpowiednią informacją (tj. nie spełnia kryteriów zgody objaśnionej), lekarz działa bez zgody, a więc nielegalnie (bezprawnie naruszając integralność cielesną chorego) i naraża się na odpowiedzialność cywilną, nawet jeśli postępuje zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i dokonuje zabiegu *lege artis*. Zasada ta została wielokrotnie sformułowana w orzecznictwie. W wyroku z 25 września 1969 r. (II CR 353/69)<sup>82</sup> Sąd Najwyższy orzekł, że w przypadku, gdy rozstrój zdrowia mieści się w granicach ryzyka związanego z danym zabiegiem operacyjnym, odpowiedzialność zakładu leczniczego jest uchylona, jeżeli chory uprzedzony o istnieniu ryzyka, zgodził się na przeprowadzenie operacji. Natomiast w wyroku z 14 listopada 1972 r. (I CR 463/73) Sąd Najwyższy zaznaczył, że wymóg zgody pacjenta na dokonywany zabieg jest zachowany tylko wtedy, gdy chory zostanie uprzednio – należycie i stosownie do okoliczności danego przypadku – poinformowany o konkretnych możliwościach w zakresie leczenia, w szczególności zaś o względzie wskazań zabiegu operacyjnego jako jednego z ewentualnych sposobów leczenia. Brak wyraźnej zgody na podjęcie interwencji czyni ją prawnie nieusprawiedliwioną<sup>83</sup>.

---

<sup>82</sup> OSN 1970, poz. 116.

<sup>83</sup> Judykaturze znane są także przypadki niedopełnienia przez lekarza obowiązku udzielenia informacji osobom, które z uwagi na niemożność poinformowania samego pacjenta są upoważnione do ich otrzymania. W wyroku Sądu Najwyższego z 17 marca 1977 r. (I CR 70/77, OSPiKA 1978, poz. 76) przyjęto odpowiedzialność szpitala za szkodę (w postaci złamania kręgu piersiowego), do której doszło w następstwie zastosowania elektrowstrząsów u pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym. Podstawą odpowiedzialności był brak powiadomienia przedstawiciela ustawowego chorego (osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie i niezdolnej do

Jeżeli w następstwie braku informacji dochodzi do działania bez zgody, lekarz ponosić będzie odpowiedzialność cywilną za wszelkie negatywne następstwa swojego dziania, tj. nie tylko za ewentualne uszkodzenia ciała i/lub wywołanie rozstroju zdrowia, ale także powikłania i komplikacje (ryzyka typowe i nietypowe) związane z danego rodzaju interwencją, o których nie powiadomił chorego pomimo istnienia takiego obowiązku. Odszkodowanie obejmie wówczas zarówno naprawienie szkody majątkowej, jak i niemajątkowej (krzywdy), wyrażającej się w bólu fizycznym oraz cierpieniach psychicznych. Pacjent może jednak wystąpić z roszczeniem o zadośćuczynienie pieniężne, nawet jeśli nie doznał żadnej szkody na osobie, tj. gdy zabieg został przeprowadzony *lege artis* i przyniósł poprawę, lecz dokonano go przy wadliwie wyrażonej zgodzie. Taką możliwość w obecnym stanie prawnym przewiduje art. 4 ustawy o prawach pacjenta (dawny art. 19a ustawy o z.o.z. z 31 sierpnia 1991 r.), odsyłający – w zakresie przesłanek odpowiedzialności – do regulacji zawartej w art. 448 k.c. Roszczenie o zadośćuczynienie może więc uzasadniać jedynie takie nieudzielenie wymaganych *in casu* informacji, które jest przez lekarza zawinione, tzn. stanowi rezultat braku należytej staranności (niedbalstwa), rozmyślnego ograniczenia pacjentowi dostępu do informacji jak i zwykłego przecoczenia bądź zapomnienia, nawet jeśli lekarz nie miał intencji naruszenia obowiązku informacyjnego. Przepis ten znajduje zastosowanie w każdym przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do informacji, niezależnie od prawnych podstaw udzielania świadczeń zdrowotnych (umowa zawarta między lekarzem a pacjentem, korzystanie z nieodpłatnej opieki lekarskiej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ)<sup>84</sup>.

---

zrozumienia znaczenia przekazywanych informacji) o ryzyku i skutkach zabiegu oraz nieuzyskanie prawnie skutecznej zgody na jego przeprowadzenie. Sąd odrzucił twierdzenie pozwanego szpitala, który wskazywał, że pacjent nie wyrażał sprzeciwu wobec podjęcia terapii i że w praktyce szpitalnej nie zdarzały się dotychczas przypadki odmowy chorego lub jego rodziny, a przeciwnie – raczej proszono o zastosowanie kuracji elektro-wstrząsowej.

<sup>84</sup> M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 31.

Zgodnie z utrwalonym poglądem doktryny i orzecznictwa ciężar dowodu udzielenia pacjentowi informacji (*onus probandi*) co do zasady spoczywa na lekarzu<sup>85</sup>. Lekarz powinien więc udowodnić w procesie przed sądem nie tylko fakt przekazania choremu wymaganych prawem informacji, ale także wykazać, że informacje te – podane w odpowiednim zakresie i we właściwy sposób – stanowiły podstawę udzielenia lub odmowy zgody pacjenta na leczenie. W wyroku z 17 grudnia 2004 r. (II CK 303/04)<sup>86</sup> Sąd Najwyższy zaznaczył, że w sytuacji, gdy strona pozwana (lekarz lub zakład leczniczy) wywodzi skutek prawny w postaci wyłączenia jej odpowiedzialności w następstwie działania legalnego, na niej spoczywać będzie – z mocy art. 6 k.c. – ciężar udowodnienia faktu wyłączającego bezprawność jej działania. Faktem tym jest natomiast wykazanie udzielenia pacjentowi przystępnej informacji o ryzykach i skutkach interwencji medycznej (jako zdarzenia poprzedzającego wyrażenie uświadomionej zgody na interwencje medyczną), a następnie dopiero przeprowadzenie zabiegu.

---

<sup>85</sup> Przez lata sądy przyjmowały, że dowód wykazania faktu uzyskania od lekarza informacji obciążał pacjenta. Dokonana w tym zakresie zmiana pozostaje w zgodzie z rozwiązaniami przyjętymi w innych państwach systemu kontynentalnego (takich jak m.in. Włochy, Niemcy i Hiszpania) i *common law* (np. Kanada), w których przerzucenie przez judykaturę ciężaru dowodu wypełnienia obowiązku informacyjnego stanowi przejaw ogólnej tendencji do łągodzenia w procesach lekarskich sztywnych reguł dowodowych, które obowiązują w prawie cywilnym. We Francji natomiast art. L. 1111-2 ust. 7 kodeksu zdrowia publicznego *expressis verbis* przewiduje, że w razie sporu ciężar dowodu udzielenia pacjentowi informacji o stanie zdrowia spoczywa na lekarzu. Więcej na ten temat zob. M. Świdarska, *Zgoda*, s. 159 i n.

<sup>86</sup> OSP 2005, z. 11, poz. 131 z glosą M. Świdarskiej oraz M. Nesterowicza (PS 2006, nr 6, s. 138 i n.). W tej sprawie powód poddał się dwóm operacjom kręgosłupa, które – pomimo prawidłowego przebiegu – doprowadziły do niedowładu kończyn. Ryzyko wystąpienia tego rodzaju powikłań miało charakter typowy. Pozwany szpital nie przeprowadził jednak skutecznego dowodu udzielenia informacji o możliwości zmaterializowania się takiego ryzyka; lekarze zeznający w procesie jako świadkowie twierdzili jedynie, że powód był informowany o „bliżej nieokreślonych ujemnych następstwach zabiegu” i ustnie wyraził zgodę na operację.



Dowód realizacji obowiązku informacyjnego stanowią mogą zapisy w historii choroby opatrzone podpisem pacjenta, wręczone choremu informacje pisemne i wyniki przeprowadzonych badań, zeznania świadków, w tym także członków personelu medycznego. Wyjątkowo sąd może dopuścić dowód z urzędu (art. 232 k.p.c.)<sup>87</sup>. W piśmiennictwie podkreśla się, że niewykluczone jest także zastoso-  
sowanie przez sądy, na podstawie art. 231 k.p.c., faktycznego domniemania udzielenia pacjentowi informacji, o ile w okoliczno-  
ściach konkretnego przypadku wnioszek, że lekarz wypełnił spoczy-  
wający na nim obowiązek informacyjny, będzie można wyprowadzić z innych ustalonych wcześniej w procesie faktów<sup>88</sup>.

## SUMMARY

### **Patient's right to information in Polish medical law**

A patient's consent is the legal basis for any medical intervention only when it is preceded by the appropriate information given to the patient by a doctor (*informed consent*). The doctor's duty to inform and the corresponding right of the patient to receive information is embodied in deontological codes, many international documents and resolutions as well as in domestic statutes, of which the most important is the Law of Doctor's and Dentist's Profession of 1996 (Article 31) and the Act of Patients' Rights and Patients' Ombudsman of 2008 (Article 9).

According to the law, information given to a patient (or, in the case where he is unable to receive it, to his legal representative or a competent "close person") should be clear, transparent, understandable for a certain patient (as a layperson) and communicated in a suitable (proper) time before the treatment. The scope and object of information is very broad, since doctor is obliged to inform a patient about his health condition, suggested and possible diagnostic and treatment methods, foreseeable consequences of their application or omission, results of treatment and prognoses for the future. The information should comprise, as a rule, only the normal (typi-

<sup>87</sup> Tak wyrok Sądu Najwyższego z 13 II 2004 r. (IV CK 24/03), OSN 2004, z. 3, poz. 45. Por. M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 165.

<sup>88</sup> Tak M. Świdorska, *Zgoda*, s. 162.

cal, ordinary) risks and side effects which may appear in the case of a certain patient. However, a patient has “a right to know the truth” and on his request, the doctor should provide him with full information, including also all the extraordinary consequences and complications that appear very rarely (exceptionally). The doctor who by his fault infringes patient’s right to be informed may bear civil liability for non-pecuniary loss on the grounds of Article 4 of the Act of Patients’ Rights and Patients’ Ombudsman.

The burden of proof of having performed the obligation to inform rests on a doctor (Article 6 of the Civil Code). He must then prove that the information granted by him on the risks and consequences of the treatment served as a basis for the patient’s consent to particular medical intervention or its refusal.

**Keywords:** patient’s autonomy, right to be informed, duty to inform, medical treatment, informed consent, typical risks of a medical intervention, civil liability, compensation, damages, non-pecuniary loss