

Piotr Szudejko

Kancelaria radcy prawnego
kancelaria@szudejko.pl
ORCID: 0000-0002-5259-8759



Treść i forma informacji zdrowotnej w kontekście realizacji prawa pacjenta do decydowania o sobie

ABSTRAKT

W artykule omówiona została treść oraz forma informacji zdrowotnej w ujęciu normatywnym, ze szczególnym uwzględnieniem informacji udzielanej przed przeprowadzeniem interwencji wiążących się z podwyższonym ryzykiem, z wykorzystaniem formularzy informacyjnych. Przedstawione zostało prawo pacjenta do informacji, określone w polskich przepisach prawnych, oraz sposób jego realizacji przez przedstawicieli zawodów medycznych. Istotnym elementem rozważań była koncepcja zgody na świadczenie zdrowotne wraz z oceną możliwości wyrażenia tej zgody przez pełnomocnika bądź w warunkowym oświadczeniu zdrowotnym. W końcowej części artykułu przeprowadzono analizę formularzy, w kontekście spełnienia przez nie kluczowych wymogów prawnych, które powinna realizować informacja zdrowotna, udzielana pacjentowi. Dodatkowo podjęto się zbadania, czy zastąpienie udzielania informacji zdrowotnej poprzez stosowanie wyłącznie ogólnego formularza informacyjnego jest dopuszczalne w świetle praw pacjenta, w szczególności poszanowania jego prawa do decydowania o sobie (autonomii). Wynikiem badań było stwierdzenie, że taka praktyka jest niedopuszczalna.

SŁOWA KLUCZOWE

prawo medyczne, informacja zdrowotna, zgoda na świadczenie zdrowotne, formularze informacji zdrowotnej

Content and form of health information in the context of realizing the patient's right to decide about themselves

ABSTRACT

The article discusses the content and form of health information in a normative scope, with particular emphasis put on information provided before high-risk interventions, using information forms. The patient's right to information, defined by Polish legal regulations, and the manner of its implementation by representatives of medical professions have been presented. An important element of the considerations was the concept of consent to a medical intervention together with the assessment of the possibility of expressing this consent through a proxy or in a conditional health declaration. In the final part of the

article, the medical forms were analyzed in the context of their compliance with key legal requirements of health information provided to the patient. In addition, a study was undertaken to examine whether the replacement of providing health information by sole usage of the general information form is acceptable in the light of the patient's rights, in particular their right to decide (autonomy). The result of the research was that such practice is unacceptable.

KEYWORDS

medical law, health information, consent for a medical intervention, health information forms

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszego artykułu jest przedstawienie normatywnych i praktycznych warunków informacji zdrowotnej udzielanej pacjentowi, ze szczególnym uwzględnieniem informacji udzielanych przed przeprowadzeniem interwencji medycznej o podwyższonym ryzyku – za pośrednictwem formularzy informacji zdrowotnej – w kontekście prawa pacjenta do decydowania o sobie.

W art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z 6.11.2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej upp)¹ wskazano, że pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, która obejmuje informacje o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwych i proponowanych mu metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania, o wynikach leczenia oraz o rokowaniu. Taka definicja informacji zdrowotnej została przyjęta w niniejszej pracy.

Udzielanie informacji zdrowotnej jest nierozdzielnie związane z rozwojem partnerskiego modelu opieki zdrowotnej, w której to pacjent jest uprawniony i zobowiązany do podejmowania decyzji o swoim zdrowiu oraz stosowanych metodach badania i leczenia². Może także postanowić o zaniechaniu stosowania metod proponowanych przez lekarza, co jest co do zasady wiążące. Do podejmowania decyzji w sposób świadomy niezbędne jest posiadanie maksymalnie szczegółowych informacji dotyczących stanu zdrowia, rokowania, proponowanych metod postępowania oraz ich konsekwencji – źródłem tych informacji może być wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny.

Historycznie pierwszym paradygmatem udzielania świadczeń zdrowotnych jest model paternalistyczny, opierający się na założeniu, że lekarz jako osoba posiadająca większy od pacjenta zasób wiedzy i doświadczenia w sprawach zdrowia i choroby może (i powinien) podejmować decyzje w przedmiocie procesu diagnostycznego oraz leczniczego³. Kieruje się bowiem z jednej strony racjonalnym namysłem nad najwłaściwszym sposobem postępowania w danej sytuacji, a z drugiej – regułami deontologii lekarskiej, wśród których kluczowe

1 T.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605.

2 J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny i natura bioetyki*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 17.

3 J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny...*, dz. cyt., s. 17; G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014, s. 39.

znaczenie ma zasada: dobro chorego najwyższym prawem⁴. To lekarz decyduje także, czy podejmować leczenie i w jakim kierunku powinno ono zmierzać, a więc w ogólnym sensie określa, co jest stanem chorobowym, a co stanem zdrowia (normą). Pacjent powinien zaakceptować autorytet oraz decyzje lekarza, poddając się wszystkim zaproponowanym metodom badania oraz leczenia. W opisanym systemie prawa pacjenta są pozornie doskonale chronione, ponieważ lekarz zobowiązany jest do kierowania się dobrem pacjenta. W praktyce jednak okazuje się, że samo „dobro pacjenta” nie jest kategorią jednoznaczną i może być różnie definiowane przez pacjenta i lekarza⁵. Poza tym lekarze mogą sprzeniewierzać się regułom deontologii i wówczas system paternalistyczny w żaden sposób nie chroni pacjenta przed lekarską arbitralnością.

W przeciwieństwie do modelu paternalistycznego, partnerski model udzielania świadczeń zdrowotnych uwzględnia aktywną rolę pacjenta na każdym etapie procesu diagnostyczno-leczniczego. To pacjent, na podstawie informacji i propozycji przedstawionych przez lekarza, podejmuje ostateczną decyzję w sprawie swojego zdrowia oraz metod postępowania. Również do pacjenta należy określenie, co jest stanem pożądanym (zdrowiem), a co niepożądanym (chorobą), może on bowiem odmówić leczenia na podstawie własnej hierarchii wartości.

Model partnerski również nie jest wolny od niedoskonałości. Przede wszystkim całkowicie zawodzi w sytuacji, gdy pacjent nie jest zdolny do podjęcia bądź wyrażenia woli albo wówczas, gdy odmawia wyrażenia zgody na leczenie chorób zakaźnych lub na poddanie się profilaktyce szczepień ochronnych. Ponadto może prowadzić do wynaturzeń związanych z uwzględnianiem nieuzasadnionych medycznie życzeń pacjenta, co jest dostrzegane przede wszystkim w zakresie medycyny estetycznej, ale także przy dobrowolnych amputacjach⁶.

Z tych przyczyn w społeczeństwach demokratycznych ukształtował się model, który można określić jako mieszany. Regułą jest uzyskiwanie zgody pacjenta na wszelkie interwencje medyczne, a kiedy nie jest to możliwe dopuszcza się paternalizm ustawodawcy (szczepienia ochronne, leczenie przymusowe) bądź paternalizm innych osób (zgoda zastępcza, przypadki nagłe). Taki model postępowania przyjęty został również w polskim systemie prawa medycznego.

Prawo do informacji

Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia wynika z przyjęcia modelu partnerskiego udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawo do informacji powinno obejmować cały proces diagnostyczno-leczniczy, nie tylko zaś sam moment wyrażania przez pacjenta zgody na interwencję medyczną⁷.

4 Art. 2 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej; P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005, s. 104–106.

5 P. Łuków, *Granice zgody...*, dz. cyt., s. 107.

6 W. Orski, *Granice ingerencji w ludzkie ciało*, (w:) *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 217–219.

7 W. Galewicz, *Informacje medyczne i prawa pacjenta*, (w:) *Antologia bioetyki. Tom 5. Prawda, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*, red. W. Galewicz, s. 9–11.

Uzasadnieniem prawa do informacji jest z jednej strony zachowanie podmiotowości i autonomii pacjenta jako rzeczywistego gospodarza procesu diagnostycznego oraz leczniczego, a z drugiej obowiązek prawdomówności lekarza⁸, który kształtuje wzajemne zaufanie pomiędzy pacjentem a lekarzem.

Kazimierz Szewczyk wyróżnił dwie kategorie argumentacji przemawiających za prawdomównością lekarza: nieinstrumentalne oraz instrumentalne. Do pierwszej grupy należy wyprowadzany z etyki cnót argument, że mówienie prawdy stanowi wartość samą w sobie i w związku z tym powinno być praktykowane przez lekarza, niezależnie od tego, czy służy również jakimkolwiek innym celom⁹.

Wśród uzasadnień instrumentalnych wymienić można natomiast zasadę autonomii, zasadę najlepszego interesu pacjenta, zasadę kontraktu oraz skutki naruszenia prawdomówności w kontekście zaufania do służby zdrowia.

Zasada autonomii w kontekście medycznym wymaga, by pacjent podejmujący decyzję o swoim zdrowiu był poinformowany o wszystkich istotnych okolicznościach. Tylko w takiej sytuacji zgoda zostanie wyrażona w sposób świadomy oraz zgodny z wyznawanymi przezeń zasadami i planami życiowymi¹⁰.

Zgodnie z zasadą najlepszego interesu obowiązkiem lekarza jest dbałość zarówno o fizyczność, jak i duchowość pacjenta, na którą składa się jego stan psychiczny, możliwość realizowania wyznawanych wartości¹¹. Ujawnienie prawdy, w szczególności trudnej, daje pacjentowi szansę na uporządkowanie swoich spraw, zadbanie o najbliższych, uwolnienie od niepewności.

W myśl zasady kontraktu relacja pacjent–lekarz obejmuje określone prawa i obowiązki stron. Jednym z takich obowiązków jest prawdomówność lekarza, co ma szczególne znaczenie z uwagi na to, że pacjent jest stroną słabszą i zależną¹².

Najbardziej instrumentalny charakter ma argument wyprowadzany z konsekwencji braku szczerości na poziom społecznego zaufania do służby zdrowia, bowiem w dużej mierze pomija samego pacjenta. Ukrywanie prawdy przez lekarza powoduje podważenie zaufania i może zniechęcać pacjentów do mówienia prawdy, co przyczynia się do utrudnienia badania podmiotowego¹³.

W przypadku obowiązku informacyjnego w polskich przepisach prawnych przewidziano dwa wyjątki. Po pierwsze, lekarz może nie udzielić pacjentowi informacji, o ile ten ostatni zgłosi takie żądanie¹⁴. Po drugie, lekarz może powstrzymać się od udzielenia informacji zdrowotnej w wyjątkowych sytuacjach, gdy przemawia za tym dobro pacjenta, a rokowanie

8 K. Szewczyk, *Prawdomówność w medycynie*, (w:) *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 108; J. Suchorzewska, *Ból i cierpienie*, (w:) *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 201; K. Michałowska, *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13; P. Łuków, *Granice zgody...*, dz. cyt., s. 273–274.

9 K. Szewczyk, *Prawdomówność...*, dz. cyt., s. 113; P. Łuków, *Granice zgody...*, dz. cyt., s. 276.

10 K. Szewczyk, *Prawdomówność...*, dz. cyt., s. 109; A. Szpunar, *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 1990, nr 1, s. 51.

11 M. Jantos, *Rozmowy lekarza...*, dz. cyt., s. 50.

12 P. Zaborowski, *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, (w:) *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 148.

13 Tamże.

14 Art. 31 ust. 3 uzl.

jest niepomysłne. W takim przypadku lekarz zobowiązany jest do udzielenia informacji osobie, którą pacjent upoważnił oraz samemu pacjentowi, jeśli wyrazi on takie żądanie¹⁵.

Pierwszy wyjątek uzasadniony jest zasadą autonomii, natomiast drugi, określane jako przywilej terapeutyczny, ma być uzasadniony dobrem pacjenta, niemniej wydaje się, że chroni on głównie lekarza przed przeprowadzeniem trudnej rozmowy. Poza tym to pacjent powinien określić, co jest dla niego dobre, a nie lekarz¹⁶.

Oba wskazane powyżej wyjątki mogą jednak prowadzić do konfliktu z zasadą zgody wyrażanej świadomie. Jak wspomniano, podstawowym warunkiem wyrażenia takiej zgody jest posiadanie przez pacjenta wiedzy odnośnie do swojego stanu zdrowia, planowanej interwencji oraz jej skutków. W przypadku, gdy pacjent nie otrzyma powyższych informacji, nie może być mowy o świadomości przy wyrażaniu zgody¹⁷. Ponieważ świadomość jest konstytutywnym elementem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego należy uznać, że w przypadku konieczności wyrażenia przez pacjenta zgody powyższych wyjątków nie można zastosować. W praktyce możliwa jest jednak realizacja pierwszego wyjątku, o ile informacja zdrowotna zostanie przekazana w formie pisemnej (na przykład w ramach rozpowszechnionych formularzy). Pacjent może bowiem wyrazić zgodę nie zapoznając się z zawartym w takim piśmie pouczeniem.

Zgoda na świadczenie zdrowotne

Podstawą podjęcia jakiegokolwiek interwencji medycznej jest zgoda, wyrażona uprzednio przez pacjenta, a jeśli porozumienie z nim jest niemożliwe – przez inną, uprawnioną osobę lub podmiot¹⁸. Wyrażenie zgody przez pacjenta powoduje przeniesienie odpowiedzialności za prawidłowo wykonaną interwencję w zakresie zdrowia na pacjenta¹⁹, a z drugiej strony uchyla bezprawność czynu, popełnianego przez przedstawiciela zawodu medycznego podczas interwencji zdrowotnej²⁰. Zgoda pacjenta wyznacza zakres i warunki interwencji²¹, a jej brak bądź wadliwość stanowią naruszenie dóbr osobistych pacjenta²².

Aby uznać, że udzielenie zgody ma charakter świadomy, niezbędne jest przekazanie pacjentowi przez lekarza zindywidualizowanej informacji odnośnie do stanu zdrowia, rozpoznania,

15 Art. 31 ust. 4 uzl.

16 W. Galewicz, *Informacje medyczne...*, dz. cyt., s. 14–27.

17 K. Szewczyk, *Prawdomówność...*, dz. cyt., s. 110; P. Łuków, *Zgoda na świadczenie zdrowotne i autonomia pacjenta*, (w:) *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 79–83.

18 T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York-Oxford 2009, s. 112; wyrok SN z 20 kwietnia 2017 r., II CSK 435/16.

19 Wyrok SN z 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18.

20 E. Bagińska i in., *Umowy o świadczenie usług medycznych*, (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. 9, red. W. Katner, Warszawa 2018, s. 416; wyrok SA w Krakowie z 24 października 2012 r., I ACa 962/12.

21 A. Dyszlewska-Tarnawska, *Komentarz do art. 32*, (w:) *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015 (baza danych Legalis); postanowienie SN z 27 października 2005 r. III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7–8, poz. 137.

22 Wyrok SA w Katowicach z 9 marca 2018 r., I ACa 203/16, wyrok SA w Warszawie z 13.02.2013 r., VI ACa 1013/12.

planowanej interwencji, jej przewidywanych skutków dla zdrowia pacjenta, związanego z nią ryzyka, możliwych działań niepożądanych oraz konsekwencji jej nieprzeprowadzenia²³. Do pacjenta należy natomiast zapoznanie się z przedstawianą informacją i podjęcie decyzji w przedmiocie zgody na interwencję medyczną²⁴. Proces decyzyjny można podzielić na dwa zasadnicze elementy: obiektywny, obejmujący całość wiedzy posiadanej przez pacjenta, w szczególności uzyskaną za pośrednictwem lekarza w informacji zdrowotnej oraz subiektywny, w którym mieszczą się emocje, lęki, zaufanie do lekarza, stosunek pacjenta do choroby i własnego ciała itd. Podejmowanie decyzji będzie przebiegało u każdej osoby inaczej, ponieważ osobowość opiera się na unikalnych doświadczeniach osobniczych. Dodatkowo na decyzję wpływa poziom zrozumienia informacji przekazywanej przez lekarza i możliwość wyjaśnienia powstających wątpliwości.

Poza spełnieniem przesłanki związanej z przekazaniem informacji, zgoda może być wyrażona wyłącznie przez pacjenta, który ma odpowiednie rozeznanie i może podjąć oraz wyrazić swoją wolę²⁵. Brak kompetencji może mieć charakter uprzedni, jeśli powstał z przyczyn niezwiązanych z aktualnym stanem zdrowia pacjenta bądź następczy, kiedy ten stan zdrowia i brak kompetencji są ze sobą powiązane. W pierwszym z powyższych przypadków pacjent w ogóle nie może udzielić zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, a w jej miejsce konieczne jest dopuszczenie zgody zastępczej, wyrażanej przez przedstawiciela ustawowego bądź sąd. W drugim przypadku natomiast pacjent może wyrazić zgodę (lub odmówić wyrażenia zgody) na udzielenie świadczeń zdrowotnych w warunkowym oświadczeniu zdrowotnym²⁶, określanym także jako oświadczenie *pro futuro*²⁷, oświadczenie na przyszłość, testament życia²⁸ bądź też ustanowić pełnomocnika do spraw zdrowia, upoważnionego do podejmowania decyzji z bezpośrednim skutkiem dla mocodawcy. Warunkowe oświadczenie zdrowotne stanowi zgodę na wyraźnie określone świadczenie zdrowotne, wyrażoną z pewnym wyprzedzeniem, uzasadnionym przykładowo oczekiwaniem na możliwość przeprowadzenia zabiegu. Wobec braku przeciwnej regulacji, uznać należy, że zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego ważna jest bezterminowo, tym niemniej związek czasowy pomiędzy zgodą na udzielenie świadczenia zdrowotnego (bądź sprzeciwem) a samą interwencją powinien być dostatecznie ścisły²⁹. Dopuszczalne jest także wykorzystanie tak wyrażonej zgody w przypadku utraty przez pacjenta możliwości wyrażenia zgody (na przykład przytomności). Warunkowe oświadczenie zdrowotne będzie wystarczające do wykonania interwencji o podwyższonym

23 R. Tymiński, *Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej*, Prawo i Medycyna 2012, nr 1; wyrok SN z 31 sierpnia 2017 r.; V CSK 619/16, wyrok SN z 23 listopada 2007 r.; IV CSK 240/07, wyrok SO w Poznaniu z 14 maja 2018 r., I C 2297/15.

24 P. Sobolewski, *Zgoda na zabieg medyczny*, (w:) *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 394–395.

25 T. Beauchamp, J. Childress, *Principles...*, dz. cyt., s. 112–117; P. Sobolewski, *Zgoda na zabieg...*, dz. cyt., s. 398.

26 P. Szudejko, *Problematyka warunkowych oświadczeń zdrowotnych w świetle polskiego prawa medycznego*, Prawo i Więzy 2015, nr 4(14).

27 M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2013, s. 33 i n.; P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, dz. cyt., s. 84.

28 W. Chańska, *Pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody*, (w:) *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 97.

29 Postanowienie SN z 12 grudnia 2018 r., IV CSK 251/18.

ryzyku jedynie wówczas, gdy jego złożenie zostało poprzedzone udzieleniem informacji zdrowotnej w zakresie tej właśnie interwencji.

Wyrażenie zgody na świadczenie zdrowotne może nastąpić zarówno osobiście, jak i przez pełnomocnika, zgodnie z dyspozycją art. 95 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny³⁰. Nie występują bowiem przesłanki negatywne, określone w tym przepisie – brak jest przepisu ustawowego, który wyłączałby udzielenie zgody przez pełnomocnika, a także nie sprzeciwia się temu właściwość tej czynności. Co więcej, w art. 32 ust. 2 uzł wyraźnie wskazano, że w przypadku pacjentów małoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, zgodę zastępczą na badanie lub udzielenie świadczenia zdrowotnego wyraża przedstawiciel ustawowy³¹. Podobne postanowienie zawarto w art. 9 ust. 2 upp. Z powyższych norm wynika, że wyrażenie zgody przez przedstawiciela (w tym także pełnomocnika) musi być dopuszczalne³². W przypadku utraty przez mocodawcę zdolności do wyrażenia zgody pełnomocnik może w dalszym ciągu działać z bezpośrednim skutkiem dla mocodawcy, o ile przeciwnego zastrzeżenia nie zawarto w treści pełnomocnictwa.

Podstawą decyzji w ramach zgody zastępczej bądź zgody wyrażanej przez pełnomocnika do spraw zdrowotnych jest koncepcja osądu zastępczego. Osąd zastępczy polega na próbie odtworzenia potencjalnej woli samego zainteresowanego, poprzez posłużenie się przesłankami obiektywnymi (w szczególności, gdy pacjent jest niekompetentny w sposób uprzedni) oraz, jeśli to tylko możliwe, także przesłankami subiektywnymi³³. Przesłanki obiektywne składają się na wzorzec racjonalnego pacjenta, podejmującego decyzję na podstawie maksymalnej do uzyskania wiedzy, kierującego się wyłącznie własnym najlepiej pojmowanym interesem. Przesłanki subiektywne natomiast uwzględniają światopogląd pacjenta, jego potrzeby, wyrażane opinie, wierzenia itd. i co do zasady są dostępne osobom bliskim pacjentowi bądź pełnomocnikowi do spraw zdrowia³⁴.

W polskich przepisach regulujących zgodę zastępczą nie wskazano jakichkolwiek przesłanek, którymi powinna kierować się osoba bądź podmiot, wyrażający taką zgodę. Można zaryzykować stwierdzenie, że sąd kieruje się wyłącznie przesłankami obiektywnymi, odnoszącymi się do sytuacji zdrowotnej, ponieważ działa na podstawie wniosku skierowanego przez placówkę ochrony zdrowia, a taki wniosek z konieczności zawiera wyłącznie argumentację za przeprowadzeniem procedury medycznej, na którą ma zostać wyrażona

30 T.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1360, 2337, 2339, z 2023 r. poz. 326, 1285.

31 Uchwała SN z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15.

32 I. Kunicki, *Uzyskiwanie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego osobie niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody*, (w:) *Prawne aspekty medycyny dotyczące stanów terminalnych*, red. G. Gura, P. Bednarski, Warszawa 2021, s. 2; odmiennie: L. Bosek, A. Pielak, *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15*, *Orzecznictwo Sądów Polskich* 2018, nr 6, s. 44; B. Janiszewska, *Pełnomocnictwo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, *Monitor Prawniczy* 2015, nr 15, s. 819; Z. Jancewicz, *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15*, *Roczniki Nauk Prawnych* 2015, nr 4, s. 187–197.

33 T. Beauchamp, J. Childress, *Principles...*, dz. cyt., s. 187–189.

34 P. Łuków, *Granice zgody...*, dz. cyt., s. 111–112; N. Karczevska-Kamińska, *Przymus leczenia inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 92.

zgoda³⁵. Przedstawiciel ustawowy natomiast ma możliwość skorzystania także z przesłanek subiektywnych, natomiast żaden przepis go do tego nie zobowiązuje.

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna być także podejmowana w warunkach maksymalnie wolnych od wpływów zewnętrznych, w szczególności takich, które mają charakter nacisków. Obszarem, w którym taki nacisk może występować, jest przykładowo dawstwo organów podwójnych na rzecz osoby bliskiej. Oczywiście trudno wyobrazić sobie sytuację, w której osoba podejmująca decyzję w sprawie interwencji medycznych jest wolna od jakiegokolwiek wpływu zewnętrznego, niemniej można w tym zakresie postulować podjęcie starań, by wpływ ten był redukowany, chociażby przez zapewnienie w miarę możliwości czasu do samodzielnego namysłu.

W ramach podsumowania wypada podkreślić, że nawet spełnienie wszystkich przedstawionych wyżej wymogów może być niewystarczające dla tego, by konkretny pacjent objął świadomością treść wyrażanej zgody i wszystkie jej konsekwencje. Nie wydaje się zresztą możliwe wprowadzenie wymogu, by pacjent (czy też jakikolwiek inny adresat normy) w pełni zrozumiał treść przedstawianej mu informacji. Polskie przepisy prawne nie zawierają definicji zgody, wprowadzając prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w art. 16 upp oraz w art. 34 w związku z art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej uzl)³⁶, przy czym zgodnie z treścią uzl, w przypadku zgody na świadczenia zdrowotne podwyższonego ryzyka, ustawodawca wyraźnie wskazał, że zgodę można wyrazić dopiero po uzyskaniu informacji zdrowotnej. Nie powinno jednak budzić wątpliwości twierdzenie, że każde oświadczenie woli, w tym również wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego wymaga, by składająca takie oświadczenie osoba obejmowała świadomością jego treść.

Treść obowiązku informacyjnego

Obowiązek informacyjny lekarza został określony w art. 31 uzl. Zgodnie z postanowieniami ustępu pierwszego, informacja obejmuje dane o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, a także dających się przewidzieć następstwach zastosowania tych metod oraz ich zaniechania. W toku leczenia lekarz zobowiązany jest udzielić informacji także o wynikach leczenia oraz o rokowaniu³⁷. Dodatkowo ustawodawca wprowadził wymóg, by informacja zdrowotna miała charakter przystępny, co jednak nie zostało zdefiniowane. Ustawa nie określa wymogu, by pacjent zrozumiał przedstawioną mu informację, niemniej słownikowa definicja terminu przystępny brzmi: „łatwy

35 Interesujący pogląd wyraża M. Jantos, stwierdzając, że personel medyczny powinien dbać także o stan psychiczny i emocjonalny pacjenta, a więc także o realizację wyznawanych przezeń wartości. Por. M. Jantos, *Rozmowy lekarza z pacjentem. Ćwiczenia w mówieniu prawdy*, (w:) *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Warszawa 2010, s. 50.

36 T.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, 1733, 2731, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650.

37 J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 45–47; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 1998, s. 79; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 143; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 139–143.

do zrozumienia lub do przyswojenia³⁸, a zatem informacja powinna być dostosowana do możliwości poznawczych pacjenta.

Jak wspomniano, lekarz może nie udzielić informacji zdrowotnej, jeśli zażąda tego pacjent oraz w wyjątkowych sytuacjach, gdy wobec niepomysłnego rokowania przemawia za tym dobro pacjenta, niemniej na jego żądanie takiej informacji musi udzielić.

Podmiotem uprawnionym do uzyskania informacji zdrowotnej jest przede wszystkim pacjent, o ile ukończył 16 lat, jak również inne osoby, o ile pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraził na to zgodę. W przypadku, gdy pacjent nie ukończył 16 lat, jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz zobowiązany jest do udzielenia informacji osobie bliskiej, zdefiniowanej w art. 3 ust. § 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁹ jako małżonek, krewny do drugiego stopnia, powinowaty w linii prostej do drugiego stopnia, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu bądź osoba wskazana przez pacjenta. Pacjentom, którzy nie ukończyli 16 lat lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do przeprowadzenia procesu diagnostycznego i terapeutycznego, jest także zobowiązany do wysłuchania zdania takiego pacjenta.

Omówiona regulacja budzi kilka zastrzeżeń. Przede wszystkim nie jest jasne, w jaki sposób pacjent może zrealizować swoje prawo żądania udzielenia mu informacji zdrowotnej w trybie art. 31 ust. 4 uzł, jeśli lekarz nie jest zobowiązany do poinformowania o skorzystaniu z przywileju terapeutycznego (co zresztą byłoby sprzeczne z celem tego przywileju). Pacjent, którego nie informuje się o niekorzystnym rokowaniu musiałby z góry zakładać, że może wystąpić takie rokowanie, a lekarz będzie chciał skorzystać z przywileju terapeutycznego i żądać udzielenia mu informacji niejako „na wszelki wypadek”. Rozwiązaniem tej sytuacji mogłoby być elastyczne stosowanie przywileju terapeutycznego i rezygnacja z niego w przypadkach, gdy pacjent jakimkolwiek swoim zachowaniem wskazuje, że chciałby poznać informację o swoim stanie zdrowia w pełnym zakresie.

Ustawodawca nie określił także, co oznacza niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji zdrowotnej, co powoduje, że termin ten opiera się na lekarskiej arbitralności. Dodatkowo brak jest wymogu, by pacjent znajdował się w stanie, w którym sama informacja będzie dla niego zrozumiała.

Jak wskazano powyżej, informacja zdrowotna powinna zawierać sześć elementów: stan zdrowia, rozpoznanie, możliwe metody diagnostyczne i lecznicze, proponowane metody diagnostyczne i lecznicze, przewidywane następstwa zastosowania proponowanych metod oraz następstwa zaniechania ich zastosowania.

Opis stanu zdrowia pacjenta z konieczności nosi charakter ograniczony, w dużej mierze dotyczy wyłącznie aktualnego problemu zdrowotnego. Źródłem informacji jest często sam pacjent (badanie podmiotowe – wywiad), dlatego zbędne wydaje się powtarzanie ich pa-

38 Słownik języka polskiego PWN, hasło: *przystępny*, sjp.pwn.pl/sjp/przystepny;2512642.html (1.07.2023).

39 T.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605.

cientowi. Może to mieć jednak pewne znaczenie, ponieważ tylko w ten sposób pacjent ma możliwość ustalenia, czy lekarz uwzględnił wszystkie przekazane mu informacje⁴⁰.

Drugim elementem informacji zdrowotnej jest rozpoznanie, co prowadzi do znacznych trudności interpretacyjnych. Po pierwsze, rozpoznanie nie zostało zdefiniowane w przepisach prawa, stąd konieczne jest posłużenie się definicją słownikową, zgodnie z którą jest to stwierdzenie rodzaju choroby⁴¹. Po drugie, na etapie diagnostycznym co do zasady nie może być jeszcze rozpoznania choroby, skoro diagnoza ma być dopiero postawiona na podstawie badań dodatkowych. Na tym etapie lekarz może co najwyżej przedstawić hipotezę dotyczącą rozpoznania, którą dalszy proces diagnostyczny potwierdzi bądź wykluczy. Taka interpretacja prowadzi jednak do sprzeczności przepisów dotyczących informacji zdrowotnej z przepisami dotyczącymi udzielania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Skoro bowiem przed wyrażeniem zgody pacjent powinien otrzymać informację o rokowaniu, a rokowanie wynika z badań, to nie sposób wyrazić zgody z przepisami zgody na takie badania.

Kolejne elementy informacji zdrowotnej to możliwe oraz proponowane metody diagnostyczne i lecznicze. Brzmienie przepisu wskazuje na to, że lekarz powinien wskazać wszystkie możliwe metody, a następnie przedstawić te, które w danej sytuacji proponuje. W praktyce stosowanie tego przepisu może być problematyczne, przykładowo trudno wskazać zasadność omawiania metod, które wprawdzie są nadal możliwe, ale obecnie uważa się je za przestarzałe. Wskazywanie metod niesprawdzonych, trudno dostępnych lub kosztownych i niepodlegających refundacji ze środków NFZ, może natomiast dawać pacjentom fałszywą nadzieję. Lekarz nie powinien też spędzać czasu na analizie i przedstawianiu metod, które są możliwe, ale dadzą znacznie gorsze rezultaty, niż metoda ostatecznie zaproponowana. Niemniej trzeba podkreślić, że zastosowanie opisanych tu rozumowań doprowadzi do sprzeczności z treścią przepisu ustawy, który wyraźnie stanowi, że należy przedstawić możliwe metody i nie upoważnia lekarza do prowadzenia jakiegokolwiek wstępnej ich selekcji. Można przypuszczać, że w praktyce lekarz koncentruje największą uwagę na przedstawieniu tych metod, które zaproponuje pacjentowi.

Po przedstawieniu planowanej do przeprowadzenia metody lekarz zobowiązany jest do wskazania dających się przewidzieć następstw jej zastosowania. Ponownie, w obowiązujących w tym zakresie przepisach ustawodawca stosuje dość niejasny termin: dające się przewidzieć, co może prowadzić do wniosku, że lekarz musi przedstawić wszystkie konsekwencje zastosowania proponowanej metody, w tym najmniej prawdopodobne skutki uboczne czy działania niepożądane. Taki wymóg wydaje się wysoce niepraktyczny, o ile w ogóle możliwy do realizacji w ograniczonym czasie, który lekarz może poświęcić jednemu pacjentowi.

Ostatni wymóg dotyczy przedstawienia konsekwencji niezastosowania proponowanej metody, stanowiąc rodzaj uzasadnienia dla propozycji lekarza.

Prawo pacjenta do informacji zostało odrębnie uregulowane w rozdziale 3 upp, w szczególności w art. 9. Zgodnie z powyższym artykułem, pacjent, który ukończył 16 lat lub jego

40 B. Janiszewska, *Obowiązki podmiotów leczniczych*, (w:) *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 976–979.

41 *Słownik języka polskiego PWN*, hasło: *rozpoznanie*, sjp.pwn.pl/sjp/rozpoznanie;2517008 (1.07.2023).

przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwych i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach zarówno ich zastosowania, jak i zaniechania, wynikach leczenia oraz o rokowaniu. Informacja jest udzielana w zakresie świadczeń udzielanych przez konkretną osobę i zgodnie z jej uprawnieniami⁴². Pacjent, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do otrzymania informacji w zakresie i formie, potrzebnych do prawidłowego przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego⁴³.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może także wyrazić zgodę na udzielenie powyższych informacji innym osobom⁴⁴. Pacjent może zażądać, by nie udzielać mu informacji o stanie zdrowia, takiego uprawnienia nie ma jednak przedstawiciel ustawowy⁴⁵.

Po otrzymaniu informacji pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w zakresie objętym taką informacją⁴⁶. W przypadku skorzystania z przywileju terapeutycznego, pacjent ma prawo zażądać udzielenia mu informacji w pełnym zakresie⁴⁷.

Regulacja upp wprowadza możliwość wyrażenia przez pacjenta wątpliwości dotyczących przedstawionej informacji, niemniej nie nakłada na osobę wykonującą zawód medyczny obowiązku uzupełnienia tej informacji ani rozpoczęcia z pacjentem dialogu. Takie działania mogą być jednak podejmowane w ramach decyzji samego lekarza.

Forma realizacji obowiązku informacyjnego

Ustawodawca nie określił, jaką formę powinna przyjmować informacja zdrowotna, udzielana pacjentowi, w szczególności czy powinna to być forma ustna, czy pisemna. Art. 34 ust. 2 uzl stanowi, że informacja zdrowotna powinna zostać udzielona pacjentowi przed wyrażeniem przez niego pisemnej zgody na zabieg operacyjny bądź na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki, stwarzających dla pacjenta podwyższone ryzyko. Nawet jednak w tym przypadku nie wskazano, czy konieczne jest udzielenie informacji również w formie pisemnej. Wnioskując *a contrario* z art. 34 ust. 8 uzl, można stwierdzić, że ustawodawca nie wprowadził również wymogu potwierdzenia faktu udzielenia informacji w dokumentacji medycznej. Zachowanie formy pisemnej dla potwierdzenia udzielenia informacji zdrowotnej stanowi zatem wyłącznie praktykę, której uzasadnienia można poszukiwać w chęci zabezpieczenia interesów lekarza w przypadku prowadzenia postępowań odszkodowawczych, karnych bądź dyscyplinarnych. Umieszczenie kopii informacji zdrowotnej w dokumentacji medycznej może stanowić istotny dowód udzielenia takiej informacji oraz jej treści.

42 Art. 9 ust. 1–2 upp.

43 Art. 9 ust. 7 upp.

44 Art. 9 ust. 3 upp.

45 Art. 9 ust. 4 upp.

46 Art. 9 ust. 5 upp.

47 Art. 9 ust. 6 upp.

Wykorzystanie formularzy informacyjnych

Rozwiązaniem często stosowanym przez placówki ochrony zdrowia jest przekazywanie pacjentowi formularza zgody na wykonanie interwencji medycznych o podwyższonym ryzyku, który zawiera informację medyczną⁴⁸. Informacja zamieszczona w formularzu ma charakter ogólny, nie uwzględniając indywidualnej sytuacji pacjenta. Formularz dotyczy bowiem nie tyle samego pacjenta, co proponowanej procedury i jest przygotowywany ze znacznym wyprzedzeniem, a następnie wręczany kolejnym pacjentom w postaci wydrukowanych kopii. Lekarz nie dokonuje żadnych dodatkowych adnotacji na formularzu, poza ewentualnie zamieszczeniem danych osobowych pacjenta, który ma potwierdzić otrzymanie formularza oraz wyrażenie zgody na proponowaną interwencję medyczną. W niektórych przypadkach te informacje wpisuje w formularzu sam pacjent.

Formularze nie zawierają wszystkich elementów, wynikających z art. 31 ust. 4 uzl i opisanych w poprzednim podrozdziale. Ze względu na ogólny charakter formularza nie może być mowy o zindywidualizowanym opisie stanu zdrowia pacjenta. Można przypuszczać, że formularz nie będzie zawierał także listy wszystkich możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, ponieważ jego celem jest zaproponowanie pacjentowi zastosowania konkretnej metody i uzyskanie na nią zgody. Treść formularza ograniczona będzie natomiast często do opisu tej właśnie procedury medycznej oraz do wskazania jej dających się przewidzieć następstw, w tym skutków ubocznych i działań niepożądanych, może także zawierać przedstawienie następstw zaniechania proponowanej metody.

Pomimo powyższych zastrzeżeń, praktyka stosowania formularzy informacyjnych nie może być uznana za niewłaściwą, o ile formularze nie zastępują prawidłowej komunikacji z pacjentem, a stanowią jedynie jej element bądź uzupełnienie⁴⁹. Wręczenie formularza zamiast przeprowadzenia wymagającej rozmowy, chociaż uzasadnione względami praktycznymi, może prowadzić do pozbawienia pacjenta godności, zostawiając go sam na sam wobec trudnej decyzji. Formularze informacyjne nie umożliwiają także wyjaśnienia pojawiających się wątpliwości ani pogłębienia przedstawionych w nich informacji. Pacjent sprowadzony jest do roli petenta, który otrzymuje pouczenie do zapoznania się i samodzielnej interpretacji. O ile lekarz nie towarzyszy mu w tym procesie, udzielając dodatkowych wyjaśnień, składających się na wszystkie normatywne elementy informacji zdrowotnej, należy uznać, że autonomia pacjenta (prawo do prywatności) jest naruszane przez stosowanie formularzy informacyjnych. Dodatkowo informacja zdrowotna przekazana w takiej formie może nie spełniać określonego przepisem wymogu przystępności.

Jak się wydaje, ustawodawca jest świadomy przedstawionych powyżej niedoskonałości przepisów, o czym może świadczyć regulacja obowiązku informacyjnego, zawarta w ustawie o leczeniu niepłodności. W tym akcie prawnym określono, że wyrażenie zgody na dawstwo komórek rozrodczych, wymaga pisemnego potwierdzenia przez dawcę, że została mu

48 W ramach analiz przeprowadzono badania formularzy informacyjnych, stosowanych w: Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie, Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, Warszawskim Szpitalu Południowym w Warszawie oraz Szpitalu Grochowskiem w Warszawie.

49 P. Zaborowski, *Etyczny wymiar...*, dz. cyt., s. 147.

udzielona szczegółowa informacja przez przygotowaną do tego osobę. Informacja ta opisuje rodzaj zabiegu, jego cel oraz charakter, wskazuje badania laboratoryjne niezbędne do jego wykonania oraz stanowi, że pacjent ma prawo do uzyskania wyników tych badań. Dodatkowo w informacji określa się sposób gromadzenia i ochrony danych osobowych, ryzyko związane z pobraniem komórek rozrodczych, dających się przewidzieć następstwach takiego pobrania dla stanu zdrowia dawcy oraz środki bezpieczeństwa, wdrożone dla ochrony danych dawcy. Ostatnim elementem jest informacja o zakresie i skutkach prawnych wykorzystania pobranych komórek rozrodczych do dawstwa partnerskiego, w tym także sytuacji prawnej urodzonego wskutek procedury wspomaganiej prokreacji dziecka. Dodatkowo ustawodawca wyposażył dawcę w prawo do zadawania w powyższym zakresie pytań oraz do uzyskania na te pytania wyczerpujących odpowiedzi⁵⁰. Powyższe rozwiązanie zostało także powtórzone *mutatis mutandis* w innych przepisach ustawy⁵¹, tworząc nową jakość w zakresie realizacji praw pacjenta, w szczególności jego prawa do prywatności.

Przepisy dotyczące obowiązku informacyjnego zawarte w ustawie o leczeniu niepłodności stanowią *legis specialis* względem ogólnej regulacji, wynikającej z uzl. Nic nie stoi natomiast na przeszkodzie, by lekarze stosowali te podwyższone standardy również w innych przypadkach jako standard postępowania odpowiedni dla wzmacniania podmiotowości pacjenta w procesie diagnostycznym i terapeutycznym.

Podsumowanie

Z przeprowadzonych powyżej rozważań wynika, że rozpowszechniona w polskim systemie opieki zdrowotnej praktyka wręczania pacjentom formularzy zdrowotnych może prowadzić do wypaczenia istoty relacji lekarz–pacjent, opartej na uznaniu podmiotowości pacjenta i jego roli jako rzeczywistego gestora procesu diagnostyczno-leczniczego. Samo wręczenie bezosobowego, nierzadko niezrozumiałego dla laika formularza, zawierającego zgodę na przeprowadzenie metody podwyższonego ryzyka nie powinno zastępować rozmowy z pacjentem i nie może być uznane za realizację obowiązków wynikających z przytoczonych przepisów uzl i upp. Jak wskazano, formularze informacyjne nie zawierają wszystkich elementów informacji zdrowotnej, przewidzianych w ustawie (ponieważ nie odnoszą się do indywidualnej sytuacji pacjenta, a mają charakter ogólny) i chociaż mają niebagatelne znaczenie dla uporządkowania procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dla realizacji celów dowodowych, nie powinny być traktowane jako wyczerpujące i zrozumiałe przedstawienie pacjentowi informacji zdrowotnej.

50 Art. 29 ust. 1 pkt 3) ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442).

51 Art. 30 ust. 1 pkt 4), art. 31 ust. 1 pkt 4), art. 32 ust. 1 pkt 3), art. 32 ust. 2 pkt 4), art. 36 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

Bibliografia

Literatura

- Bagińska E. i in., *Umowy o świadczenie usług medycznych*, (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. 9, red. W. Katner, Warszawa 2018.
- Beauchamp, T., Childress J., *Principles of Biomedical Ethics*, New York–Oxford 2009.
- Bosek L., Pielak A., *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15*, *Orzecznictwo Sądów Polskich* 2018, nr 6, s. 35–45.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Chańska W., *Pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 96–107.
- Ciszewski J., *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- Dyszlewska-Tarnawska A., *Komentarz do art. 32*, (w:) *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015 (baza danych Legalis).
- Galewicz W., *Informacje medyczne i prawa pacjenta*, (w:) *Antologia bioetyki. Tom 5. Prawda, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*, red. W. Galewicz, Kraków 2018.
- Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.
- Jancewicz Z., *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15*, *Roczniki Nauk Prawnych* 2015, nr 4, s. 187–197.
- Janiszewska B., *Obowiązki podmiotów leczniczych*, (w:) *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Janiszewska B., *Pełnomocnictwo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, *Monitor Prawniczy* 2015, nr 15, s. 1043–1049.
- Jantos M., *Rozmowy lekarza z pacjentem. Ćwiczenia w mówieniu prawdy*, (w:) *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Warszawa 2010.
- Karczewska-Kamińska N., *Przymus leczenia inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.
- Kunicki I., *Uzyskiwanie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego osobie niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody*, (w:) *Prawne aspekty medycyny dotyczące stanów terminalnych*, red. G. Gura, P. Bednarski, Warszawa 2021.
- Łuków P., *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005.
- Łuków P., *Zgoda na świadczenie zdrowotne i autonomia pacjenta*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 73–84.
- Michałowska K., *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13, s. 106–116.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 1998.
- Orski W., *Granice ingerencji w ludzkie ciało*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 207–219.
- Różyńska J., Łuków P., *Narodziny i natura bioetyki*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 15–31.
- Sobolewski P., *Zgoda na zabieg medyczny*, (w:) *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.

- Suchorzewska J., *Ból i cierpienie*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 191–206.
- Syska M., *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2013.
- Szewczyk K., *Prawdomówność w medycynie*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 108–120.
- Szpunar A., *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 1990, nr 1, s. 41–57.
- Szudejko P., *Problematyka warunkowych oświadczeń zdrowotnych w świetle polskiego prawa medycznego*, *Prawo i Więzy* 2015, nr 4 (14), s. 46–56.
- Tymiński R., *Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej*, *Prawo i Medycyna* 2012, nr 1, s. 44–58.
- Zaborowski P., *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 135–152.

Akty prawne

- Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęty podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich w 1991 r.
- Ustawa z 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 442).
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1731, 1733, 2731, 2770 z 2023 r. poz. 605, 650).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876, 2280, 2705, z 2023 r. poz. 605).

Orzecznictwo

- Postanowienie SN z 12 grudnia 2018 r., IV CSK 251/18.
- Postanowienie SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7–8, poz. 137.
- Uchwała SN z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15.
- Wyrok SA w Katowicach z 9 marca 2018 r., I ACa 203/16.
- Wyrok SA w Krakowie z 24 października 2012 r., I ACa 962/12.
- Wyrok SA w Warszawie z 13 lutego 2013 r., VI ACa 1013/12.
- Wyrok SN z 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18.
- Wyrok SN z 20 kwietnia 2017 r., II CSK 435/16.
- Wyrok SN z 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07.
- Wyrok SN z 31 sierpnia 2017 r., V CSK 619/16.
- Wyrok SO w Poznaniu z 14 maja 2018 r., I C 2297/15.

Pozostałe źródła

- Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl> (1.07.2023).

CYTOWANIE

- Piotr Szudejko, *Treść i forma informacji zdrowotnej w kontekście realizacji prawa pacjenta do decydowania o sobie*, *Studia Administracyjne* 2(18)/2023, 29–43, DOI: 10.18276/sa.2023.18-03.