

Paweł Zając\*

## PROBLEMATYKA ZGODY PACJENTA NA ZABIEG LECZNICZY W POLSKIM USTAWODAWSTWIE

Institucja zgody pacjenta na zabieg leczniczy jest wyrazem realizacji prawa pacjenta do samostanowienia o sobie oraz przyznania prymatu zasadzie woli chorego (*Voluntas aegroti suprema lex esto*) nad zasadą dobra chorego (*Salus aegroti suprema lex esto*). Jest ona gwarantem pełnego i czynnego uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia oraz stwarza po stronie personelu medycznego obowiązek respektowania tego podstawowego prawa pacjenta.

Niniejszy artykuł ma na celu przeanalizowanie obowiązujących przepisów prawnych w polskim ustawodawstwie w przedmiocie udzielania przez pacjenta zgody na zabieg leczniczy. Kwestia ta wydaje się istotna ze względu na różnice w doktrynie dotyczące charakteru prawnego zgody oraz nie do końca unormowaną kwestię oświadczeń *pro futuro* w polskim porządku prawnym, których przykładem może być Oświadczenie dla służby zdrowia przedstawiane przez świadków Jehowy.

### 1. Pojęcie zabiegu leczniczego. Uwagi terminologiczne

Analizując zagadnienie zgody pacjenta wskazane jest, by w pierwszej kolejności wyjaśnić tak fundamentalne pojęcie, jakim jest zabieg leczniczy oraz ustalić jego przedmiotowy zakres. W nomenkla-

\* Mgr lic. Paweł Zając, doktorant, Katedra Kościelnego Prawa Publicznego i Konstytucyjnego Instytutu Prawa Kanonicznego KUL; e-mail: zajcyk7@wp.pl

turze medycznej i prawniczej występuje szereg pojęć, zbliżonych znaczeniowo, co może nasuwać pewne trudności interpretacyjne, przy właściwym zrozumieniu terminu „zabieg leczniczy”. Przykładem może być użycie przez ustawodawcę w art. 32 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*<sup>1</sup> oraz w art. 1 ust. 1 pkt 10 ustawy *o działalności leczniczej*<sup>2</sup> pojęcia „świadczanie zdrowotne”, które zdefiniowane zostało jako działalność służąca zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu bądź poprawie zdrowia oraz inna działalność medyczna wynikająca z procesu leczenia albo przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W art. 15 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*<sup>3</sup> użyto natomiast sformułowania „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze”. Zestawiając te terminy, nasuwa się wniosek, iż nie są one równoznaczne i dzieli je bardzo płynna granica<sup>4</sup>. Sformułowanie „zabieg leczniczy” zaczerpnięte jest z art. 192 § 1 *Kodeksu karnego*<sup>5</sup>, w którym prawodawca stanowi, iż wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta pociąga za sobą odpowiedzialność karną i podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Z tak zredagowanego artykułu można wywnioskować, iż istnieje podział na zabiegi lecznicze i zabiegi nielecznicze. Kryterium, jakie należy wziąć pod uwagę przy rozróżnieniu tych zwrotów jest cel na jaki dana czynność

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. - *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm. [dalej cyt.: *ZawLekU*].

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. - *o działalności leczniczej*, Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

<sup>3</sup> *Kodeks Etyki Lekarskiej - tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy*, Warszawa 2004 [dalej cyt.: *KEL*].

<sup>4</sup> A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2011, s. 67.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 533 z późn. zm. [dalej cyt.: *KK*].

jest ukierunkowana<sup>6</sup>. W przypadku zabiegu leczniczego jest to profilaktyka, diagnoza, terapia albo rehabilitacja osoby dotkniętej chorobą w sensie biologiczno-medycznym<sup>7</sup>. Zabieg nieleczniczy (nieterapeutyczny) nie spełnia tego celu, gdyż nie jest ukierunkowany na chorobę w sensie biologiczno-medycznym i nie dąży do jej profilaktyki bądź terapii<sup>8</sup>. Użycie przez ustawodawcę zwrotu zabieg leczniczy, może więc sugerować, iż pod tym pojęciem będą się kryły wyłącznie czynności medyczne nakierowane na cel leczniczy. Za takim stanowiskiem opowiada się P. Daniluk, który stwierdza, iż tylko zabiegi terapeutyczne będą podlegały pod interpretację omawianego sformułowania. Jego zdaniem, nie uczynienie wzmianki o możliwości zakwalifikowania zabiegów nieterapeutycznych jako zabieg leczniczy stanowi ewidentną próbę usystematyzowania tego terminu i nadania mu jednoznacznego charakteru, a ponadto jak zauważa, przy wykładni prawa karnego nie jest dopuszczalna pozajęzykowa dyrektywa interpretacyjna, która prowadziłyby do przypisania znaczenia szerszego od jego rozumienia językowego<sup>9</sup>. Jednak wśród większej części doktryny panuje pogląd, iż w przypadku pojęcia użytego w art. 192 § 1 KK, nie możemy ograniczyć zabiegu leczniczego wyłącznie do celów terapeutycznych<sup>10</sup>. L. Kubicki w swoich rozważaniach stwierdza, że pojęcie zabieg leczniczy „obejmować może zarówno działania polegające na badaniu stanu zdrowia, tzn. najszerzej rozumianą diagnostykę, całokształt działalności profilaktycznej, wszelkie postępowanie terapeutyczne, rehabilitacyjne, jak też postępowania związane z pracami badawczymi w dziedzinie medy-

<sup>6</sup> P. Daniluk, *O pojęciu "zabieg leczniczy i "pacjent" w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, „Prawo i Medycyna” [dalej cyt.: PiM ] 2011, nr 4 (45), s. 66.

<sup>7</sup> Tamże, s. 66-67.

<sup>8</sup> Więcej na ten temat: P. Daniluk, *Pozaustawowe nieterapeutyczne czynności lekarskie*, „Państwo i Prawo” 2006, nr 1, s. 67-76.

<sup>9</sup> P. Daniluk, *O pojęciu "zabieg leczniczy i "pacjent" w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, s. 68-69.

<sup>10</sup> M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, wyd. Kantor, Zakamycze 2000, s. 245.

cyny, farmakologii, fizjologii i biologii, a także badania połączone z eksperymentami. Zabiegiem jest także taki zabieg medyczny niespełniający funkcji leczniczej *sensu stricte* (...), który uznawany jest w obowiązującym systemie prawnym za czynność o charakterze medycznym”<sup>11</sup>. Sformułowanie „czynność o charakterze medycznym” wydaje się jednak zbyt ogólne i wymaga doprecyzowania, w przeciwnym wypadku za taką czynności można by uznać zalecenia lekarskie (dyrektywy profilaktyczne) czy diagnozy wydane w oparciu o zwyczajowe badania nieinwazyjne. M. Filar zauważa, że również zalecenia stosowania określonych środków farmakologicznych, jeśli nie wywołują niepożądaných skutków ubocznych, nie mieszczą się w zakresie pojęcia zabieg leczniczy, który zdefiniował jako „każdy zabieg lekarski przybierający formę czynności leczniczej (terapeutycznej) lub czynności lekarskiej (nieterapeutycznej), podejmowany w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnozy, terapii i rehabilitacji, który ze względu na właściwą mu technikę medyczną łączy się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta poprzez naruszenie jego tkanki cielesnej lub fizycznym inwazyjnym wniknięciem w jego ciało bez naruszania tej tkanki”<sup>12</sup>. Za obroną tak szerokiego rozumienia znaczenia pojęcia „zabieg leczniczy”, przemawiać może fakt, iż medycyna jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin życia, a działalność lekarzy wkracza w nowe sfery działania, w których cel leczniczy pozostaje już tylko jednym ze skład-

<sup>11</sup> L. Kubicki, *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 KK)*, „PiM” 2000, nr 3 (8), s. 43.

<sup>12</sup> M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, s. 247-248. Przykładem czynności lekarskiej przy takim rozumieniu pojęcia zabieg leczniczy może być np. biopsja czy zabieg operacyjny, natomiast w przypadku zabiegu lekarskiego np. kolonoskopia bądź cystoskopia, J. Zajdel, *Nie każda zgoda ważna - prawne meandry zgody na zabiegi lekarskie*, „Przeгляд Urologiczny” 2010, nr 5, s. 61.

ników działalności medycznej, jak np. w przypadku zabiegów kosmetycznych, zabiegów zmiany płci czy transplantologii<sup>13</sup>.

## 2. Pojęcie zgody pacjenta i warunki jej skuteczności

Problematyka uzyskania przez lekarza zgody pacjenta na udzielenie mu świadczeń zdrowotnych w tym na wykonanie zabiegu leczniczego pojawiła się dopiero w XX wieku. Wcześniej obowiązywało bowiem stanowisko paternalistycznego podejścia lekarza do pacjenta, polegające na traktowaniu go w sposób lekceważący<sup>14</sup>. Spowodowane to było niską świadomością społeczną, medyczną i prawniczą wśród ludzi, wynikającą z utrudnionego dostępu do wiedzy. W praktyce oznaczało to, że lekarz stawał się panem życia i śmierci, a pacjent był tylko biernym widzem. Dopiero XX wiek przyniósł ze sobą rozwój koncepcji autonomii jednostki, a co za tym idzie prawo do samostanowienia o sobie w zakresie własnego zdrowia, pojmowanego również jako komfort psychiczny<sup>15</sup>. Pierwsze regulacje dotyczące możliwości decydowania o swoim zdrowiu przez pacjenta pojawiły się na gruncie prawa międzynarodowego w *Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych*<sup>16</sup> z 1966 r. Mimo iż dokument ten literalnie nie stanowi o zgodzie pacjenta, to stosując wykładnię rozszerzającą, można również zastosować w kwestii ochrony prawa do nieingerencji w zakresie zdrowia człowieka. *Expressis verbis* prawo pacjenta do wy-

<sup>13</sup> R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, wyd. Oficyna Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, s. 54.

<sup>14</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2010, s. 335.

<sup>15</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „*Studia Iuridica*” 2008, nr 49, s. 9.

<sup>16</sup> *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r.*, Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 167. Art. 17 ust. 1: „Nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinne, dom czy korespondencję ani też na bezprawne zamachy na jego cześć i dobre imię.”

rażenia zgody na interwencje medyczne, znalazło się w art. 5 *Europejskiej Konwencji Bioetycznej*<sup>17</sup>.

Na gruncie prawa polskiego, prawo to wyprowadza się z art. 41 *Konstytucji*<sup>18</sup>, który gwarantuje każdemu człowiekowi nietykalność osobistą i wolność osobistą, oraz art. 47 zapewniającemu każdemu prawo do decydowania o swoim życiu osobistym. Szczegółowe regulacje dotyczące zgody pacjenta można odnaleźć w art. 32-35 *ZawLekU*, art. 15-19 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>19</sup>, art. 15 *KEL* czy art. 192 § 1 *KK*<sup>20</sup>.

Wiedząc już, jak przedstawiał się rozwój koncepcji zgody pacjenta, należy zająć się zdefiniowaniem tego pojęcia. Można wyróżnić dwa typy definicji zgody pacjenta: medyczną i prawną.

W medycynie przez zgodę rozumie się „przyzwolenie na naruszenie nietykalności cielesnej pacjenta przez lekarza” poprzez akt woli o charakterze upoważniającym i zarazem odwoalnym<sup>21</sup>. Innymi słowy

<sup>17</sup> *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie*, w: *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, red. T. Jasudowicz, wyd. Dom Organizatora TNOiK Toruń 1998, s. 3.

<sup>18</sup> *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. - o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm. [dale cyt.j: PrPacjentaU].

<sup>20</sup> Pierwsze wzmianki o stanowisku akcentującym potrzebę uzyskania zgody pacjenta pojawiły się w Polsce już w okresie międzywojennym w 1928 r. Więcej na ten temat: R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 336-338.

<sup>21</sup> W. Witczak, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny w świetle ustawy o zawodzie lekarza*, w: *Ecclesia et status. Księga jubileuszowa z okazji 40-lecia pracy naukowej profesora Józefa Krukowskiego*, red. A. Dębiński, K. Orzeszyna, M. Sitarz, wyd. TN KUL Lublin, s. 946; L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny - aspekty prawne i medyczne. Część I*, „Przegląd Menopauzalny” 2010, s. 316.

jest to akceptacja na przeprowadzenie zabiegu i związanego z nim ryzyka<sup>22</sup>.

W definicji prawnej ścierają się dwa stanowiska. Wśród przedstawicieli pierwszego poglądu można wskazać na M. Safjana: „zgoda nie jest więc czynnością prawną (oświadczeniem woli *sensu stricte*), ponieważ jej istota nie sprowadza się do wywołania określonych skutków prawnych, ale do zadysponowania - w drodze autonomicznej decyzji - własnym dobrem osobistym”<sup>23</sup>. Podobnie twierdzi A. Fiutak, traktując zgodę jako „jednostronne, odwołalne działanie prawne, które zbliżone jest do oświadczenia woli, nie jest to jednak czynność prawna w sensie prawa cywilnego i aby była ważna nie wymaga zdolności do czynności prawnych”<sup>24</sup>. Również Sąd Najwyższy, w jednym ze swoich orzeczeń stanął na takim stanowisku, stwierdzając, że zgoda pacjenta jest tylko przejawem woli podobnym do oświadczenia woli<sup>25</sup>. Według tej koncepcji personel medyczny jest tylko wykonawcą woli pacjenta, którą chory sam podejmuje po uprzednim uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Stanowisko drugiej grupy w pełni reprezentuje pogląd M. Nestorowicza, który uważa, że zgoda jest „oświadczeniem woli, do którego można stosować przepisy kodeksu cywilnego o wadach oświadczenia woli, a zwłaszcza brak świadomości w powzięciu decyzji i wyrażeniu woli oraz błąd”<sup>26</sup>. Na takim stanowisku staje również K. Baron: „zgoda pacjenta na zabieg medyczny jest zdarzeniem cywilnoprawnym zmierzającym do wywołania skutków prawnych poprzez oświadczenie wo-

<sup>22</sup> K. Baron, *Zgoda pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” [dalej cyt.: Prok. i Pr.] 2009, nr 9, s. 43.

<sup>23</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna*, wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, s. 34-37.

<sup>24</sup> A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, s. 69.

<sup>25</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z 11.04.2006 r., sygn. I CSK 191/05, „Biuletyn Sądu Najwyższego” 2006, nr 6, s. 9.

<sup>26</sup> M. Nestorowicz, *Podstawy prawne zabiegów lekarskich w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, „Palestra” 1976, nr 1, s. 27.

li. Jest to czynność prawna(...)”<sup>27</sup>. Swoje założenia przedstawiciele tego poglądu opierają na orzeczeniu Sądu Najwyższego, który ustalił, że: „można bronić poglądu kwalifikującego zgodę pacjenta jako oświadczenie woli, bowiem jej wyrażenie jest zdarzeniem, które zmierza do wywołania skutku prawnego w postaci uchylecia bezprawności działania lekarza dokonującego zabiegu”<sup>28</sup>. Jak więc można zauważyć, spór w doktrynie dotyczy charakteru prawnego zgody pacjenta. Jest to bardzo istotna kwestia w aspekcie ochrony prawa pacjenta do samostanowienia o sobie. Żeby opowiedzieć się za jedną z koncepcji, przyjrzeć się należy definicji oświadczenia woli. W nauce prawa, oświadczenie woli rozumiane jest jako każde zachowanie się człowieka – podmiotu prawa cywilnego, w sposób dostatecznie zrozumiały, skierowane na wywołanie określonych skutków prawnych tzn. powstania, zmiany bądź ustania stosunku cywilnoprawnego<sup>29</sup>. W przypadku zgody pacjenta na zabieg leczniczy mamy do czynienia z chęcią wywołania skutku prawnego, jakim jest ustanie odpowiedzialności karnej jak i cywilnoprawnej lekarza wykonującego dany zabieg. Dlatego też, należałoby opowiedzieć się za koncepcją uznającą zgodę jako oświadczenie woli.

Wspomnieć należy również, że przedmiotem zgody oprócz uchylecia bezprawności działań personelu medycznego, jest przede wszystkim dobro, którym strona może swobodnie dysponować – w tym przypadku jest to przyzwolenie na naruszenie nietykalności cielesnej. Jednak żeby zgoda mogła być uznana za skuteczną musi spełniać szereg warunków, określonych przez prawo.

<sup>27</sup> K. Baron, *Zgoda pacjenta*, s. 43.

<sup>28</sup> Wyrok SN z 7.12.2004 r., sygn. II CK 303/04, „Monitor prawniczy” 2005, nr 2, s. 67.

<sup>29</sup> A. Kawałko, H. Witczak, *Prawo cywilne – część ogólna*, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2010, s. 129.

## 2.1. Przesłanki ogólne skuteczności zgody pacjenta

Zgoda pacjenta musi być aktem rzeczywistym i zostać wyrażona w odpowiedniej formie, zmiennej w zależności od wykonywanego zabiegu leczniczego. Ma dotyczyć konkretnej czynności leczniczej, więc niedopuszczalne jest aby miała charakter generalny<sup>30</sup>. Aby uznać zgodę za prawnie skuteczną musi ona spełniać warunki określone przez prawo. Wymogi te można podzielić na ogólne – dotyczące wszystkich rodzajów zabiegów leczniczych i szczególne – wynikające ze specyfiki poszczególnych zabiegów<sup>31</sup>. Żeby zgoda była prawnie wiążąca musi być:

1. wyrażona przez osobę uprawnioną do dysponowania dobrem podlegającym ochronie prawnej;
2. wynikiem swobodnej i wolnej od nacisków decyzji, powstałej po uzyskaniu odpowiedniej informacji medycznej;
3. wyrażona w odpowiedniej formie;
4. czynność będąca jej przedmiotem nie może sprzeciwiać się ustawie lub zasadom współżycia społecznego<sup>32</sup>.

Wymogi te potwierdził między innymi Trybunał Konstytucyjny w swojej linii orzeczniczej<sup>33</sup>.

Osobą uprawnioną do dysponowania dobrem podlegającym ochronie prawnej w tym wypadku jest pacjent – osoba poddająca się zabiegowi leczniczemu. Jeśli ukończył on 18 rok życia i posiada zdolność do świadomego wyrażania swojej woli, jest on podmiotem wy-

<sup>30</sup> L. Synowiec, *Zgoda pacjenta jako element strony przedmiotowej przestępstwa z art. 192 K.K.*, „Prawo - Administracja - Kościół” 2006, nr 4 (28), s. 176.

<sup>31</sup> W artykule pominięte zostaną szczególne przypadki zgody pacjenta. Szerzej na ten temat zob. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, s. 275-294.

<sup>32</sup> Por. W. Witczak, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny w świetle ustawy o zawodzie lekarza*, s. 949.

<sup>33</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r., sygn. OTK-A 2011/8/80, Dz. U. 2011, Nr 240, poz. 1436.

łącznie uprawnionym do udzielania zgody<sup>34</sup>. Jeśli pacjent nie spełni wskazanych wymogów, w takim wypadku niezbędna będzie zgoda zastępcza, bądź kumulatywna. Stąd nasuwa się wniosek, iż fakt bycia podmiotem dobra chronionego prawem nie jest tożsamy z prawem do dysponowania nim<sup>35</sup>.

Kolejnym warunkiem skuteczności zgody jest udzielenie jej dobrowolnie i świadomie, tzn. po otrzymaniu wyczerpującej informacji od lekarza o konsekwencjach związanych z zabiegiem leczniczym. Dobrowolność oznacza, że decyzja musi zostać podjęta bez jakichkolwiek nacisków zewnętrznych<sup>36</sup>. Najczęściej będzie tu chodziło o przymus psychiczny, który może objawiać się w postaci manipulacji bądź szantażu. R. Kubiak stwierdza, że szantaż może objawiać się „odmową dalszej hospitalizacji, jeśli [pacjent – P.Z.] nie zgodzi się na dane leczenie, czy też zaniechaniem wszelkiej opieki. Manipulacja zaś może wystąpić w sytuacji, kiedy lekarz zatai przed chorym informacje niezbędne do świadomego podjęcia decyzji, albo wręcz wprowadzi go w błąd przekazując dane zafałszowane”<sup>37</sup>. Jeśli w danym wypadku nastąpiłoby udzielenie zgody przez pacjenta, lekarz działałby nielegalnie. Ponadto, aby móc rozdisponować swoim dobrem, pacjent musi być należycie poinformowany o działaniach lekarza i jego skutkach. Wymóg taki zawarty został w art. 31 ust. 1 *ZawLekU*, który stanowi: „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,

<sup>34</sup> L. Synowiec, *Zgoda pacjenta jako element strony przedmiotowej przestępstwa z art. 192 K.K.*, s. 176.

<sup>35</sup> R. Kędziora, *Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego*, „*Prokuratura i Prawo*” 2003, nr 7-8, s. 46.

<sup>36</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 377.

<sup>37</sup> Tamże, s. 377.

wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Na podstawie tej normy prawnej, w doktrynie wyodrębniono warunki skutecznej informacji poprzedzającej wyrażenie zgody, do których należy zaliczyć:

- a) przystępność – oznacza, iż obowiązkiem lekarza jest dostosowanie formy jak i treści informacji medycznej do konkretnych okoliczności, tj., do wieku pacjenta, jego predyspozycji intelektualnych, posiadanej wiedzy medycznej, stanu zdrowia, tak aby pacjent zrozumiał co będzie się z nim działo podczas interwencji medycznej<sup>38</sup>;
- b) wszechstronność – należy informować pacjenta nie tylko o diagnozie, rokowaniach czy konsekwencjach, ale również o alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych<sup>39</sup>;
- c) rzetelność – lekarz musi poinformować pacjenta w sposób obiektywny w oparciu o doświadczenie medyczne uzyskane na gruncie stosowania procedur analogicznych, tj. nie może manipulować informacjami, skrywając ryzyko działań, czy zachęcając do jakiejś metody leczenia, która nie jest w danym wypadku wskazana i grozi większymi konsekwencjami. „Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie po-

<sup>38</sup> K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, t. IX, s. 72.

<sup>39</sup> M. Świdarska, *Prawo pacjenta do informacji, wyrażenia lub odmowy zgody na interwencję medyczną w świetle nowej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Część I*, „PiM” 2009, nr 4 (37), s. 54.

trzeba usłyszeć od lekarza aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu<sup>40</sup>;

- d) adekwatność – informacja medyczna nie musi zawierać szczegółów technicznych, ale wystarczy, że przekaze się pacjentowi istotę, konsekwencje oraz rokowania zabiegu leczniczego. Ponadto cecha ta zawiera w sobie również obowiązek uzyskiwania zgody przed każdorazową interwencją medyczną<sup>41</sup>.

Zgoda na zabieg leczniczy musi być wyrażona w odpowiedniej formie, w zależności od rodzaju udzielanego świadczenia leczniczego. Prawodawca w art. 32 ust 7 ZawLekU stanowi: „Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza czynnościom medycznym”. W praktyce oznacza to, iż zgodę od pacjenta można odebrać w formie pisemnej, ustnej bądź też *per facta concludentia*, czyli przez działanie pacjenta. Jednak w szczególnych przypadkach wskazanych w ustawie wymagana jest konkretna forma zgody. I tak art. 34 ust. 1 ZawLekU wymaga uzyskania pisemnej zgody pacjenta w sytuacji wykonywania zabiegu operacyjnego lub stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta<sup>42</sup>. Nie zachowanie odpowiedniej formy skutkować będzie nielegalnością interwencji medycznej. Istotną kwestią jest również fakt, że zgoda zawiera w sobie akceptację na wykonanie konkretnego zabiegu, a nie na cały proces leczenia.

<sup>40</sup> Wyrok Sądy Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 19 września 2005r. sygn. I AC 236/26, LEX nr 175206.

<sup>41</sup> M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, s. 262-263.

<sup>42</sup> Zgoda w formie pisemnej zachowana zostanie nawet, jeśli złożona zostanie w formie elektronicznej. Zob. *System prawa prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna. t. 2*, red. Z. Radwański, wyd. BECK, Warszawa 2011, s. 167-168.

Ostatnim warunkiem skuteczności zgody jest zgodność oświadczenia z prawem i zasadami współżycia społecznego, co oznacza że pacjent nie może wyrazić akceptacji na zabieg, który w świetle prawa jest niedozwolony, a nawet jeśli wyraziłby taką zgodę to i tak działanie lekarza podlegać będzie penalizacji. Do zabiegów takich można zaliczyć zabieg przerywania ciąży dokonany wbrew przepisom ustawy, czy zgodę rodziców na zabieg kosmetyczny u dziecka, tylko w celach estetycznych.

### 3. Rodzaje zgody

W zależności od wieku pacjenta i stanu w jakim się znajduje, prawo do dysponowania dobrem prawnie chronionym w postaci zdrowia i życia, należeć będzie albo do zainteresowanego albo do jego rodziców czy opiekunów prawnych bądź w końcu do sądu opiekuńczego. Dlatego też wyróżnia się kilka rodzajów zgody pacjenta takich jak: zgoda właściwa, zgoda kumulatywna czy zgoda zastępcza.

#### 3.1. Zgoda właściwa

Z analizy art. 32 ust. 1 ZawLekU wynika, iż podmiotem uprawnionym do udzielenia zgody na zabieg leczniczy jest pacjent, który w art. 3 ust. 1 pkt 4 PrPacjentaU zdefiniowany został jako „osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”. Wynika to wprost z konstytucyjnej zasady samostanowienia o sobie. Jednak sam fakt bycia pacjentem nie upoważnia do dysponowania swoim zdrowiem i życiem. Szczegółowa analiza polskiego ustawodawstwa pozwala stwierdzić, iż należy mieć jeszcze kompetencję do wyrażania zgody, która objawia się w posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych oraz należy znajdować się w stanie, w którym jest się zdolnym do świadomego wyrażenia zgody. Pełną zdolność do czynności prawnych

nabywa się w chwili ukończenia 18 roku życia<sup>43</sup>. Zdolność do świadomego wyrażania woli posiada osoba, wobec której nie orzeczono ubezwłasnowolnienia całkowitego, a także na gruncie praw medycznego osoba, która nie znajduje się w stanie wyłączającym świadomość. W doktrynie dyskutuje się, jak należy rozumieć kategorie wyłączającą świadomość. M. Safjan uważa, że należy zastosować tu interpretację zawężającą, co skutkowałoby uznaniem, że pacjent znajduje się w takim stanie tylko jeśli jest nieprzytomny<sup>44</sup>. Większa część doktryny opowiada się jednak za stanowiskiem, że stan wyłączający świadomość, zachodzi również w innych przypadkach jak np. wysoka gorączka, pozostawanie pod wpływem środków odurzających bądź farmakologicznych czy silnie osłabienie<sup>45</sup>. Do obowiązków lekarza zatem należy ocena, czy pacjent znajduje się w odpowiednim stanie do wyrażenia świadomie zgody na zabieg<sup>46</sup>.

Stąd nasuwa się wniosek, iż instytucja zgody właściwej zachodzi jeśli, zgoda zostaje wyrażona przez samego zainteresowanego pacjenta, który jest pełnoletni i posiada zdolność do świadomego wyrażenia swojego oświadczenia.

<sup>43</sup> Art. 11 w zw. z art. 10 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - *Kodeks cywilny*, Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm. [dalej: KC]. Na względzie należy mieć również dyspozycję zawartą w art. 10 § 2 KC, gdzie prawodawca stwierdził, iż w przypadku zawarcia małżeństwa przez małoletniego traktuje się go jako pełnoletniego. Zgodnie z art. 10 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, sytuacja taka może mieć miejsce w przypadku kobiety, która ukończyła 16 rok życia, uzyskała zezwolenie sądu opiekuńczego na zawarcie małżeństwa oraz z okoliczności wynika, iż zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem założonej rodziny. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, Dz. U. 1964, Nr 9, poz. 56 z późn. zm. [dalej cyt.: KRiO].

<sup>44</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna*, s. 41.

<sup>45</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 344.

<sup>46</sup> L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny - aspekty prawne i medyczne. Część I*, s. 316.

### 3.2. Zgoda zastępcza i zgoda kumulatywna

Jeśli zachodzi jedna z przesłanek wyłączających możliwość samostanowienia pacjenta o sobie, czyli brak przypisanego wieku bądź brak świadomości, zgodę na zabieg leczniczy w imieniu pacjenta może wyrazić inny podmiot. Taka sytuacja będzie miała miejsce w przypadku zgody zastępczej i zgody kumulatywnej.

Zgoda zastępcza polega na wyrażeniu aprobaty dla zabiegu leczniczego przez przedstawiciela ustawowego pacjenta. Sytuacja taka ma miejsce u pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz chorych psychicznie. W przypadku małoletnich, zgodnie z art. 92 KRiO, dziecko pozostaje aż do pełnoletniości pod władzą rodzicielską i dlatego na nich spoczywa obowiązek udzielenia zgody w imieniu dziecka na zabieg leczniczy. W przypadku ubezwłasnowolnionych całkowicie i chorych psychicznie, zgodę odbiera się od ustanowionych dla nich opiekunów.

Zgoda kumulatywna jest instytucją opierającą się na zasadzie konieczności uzyskania akceptacji na zabieg leczniczy przez samego pacjenta, jak i jego przedstawiciela ustawowego. Polskie ustawodawstwo przewiduje trzy przypadki, w których lekarz musi uzyskać taką zgodę. Pierwszy zawarty jest w art. 32 ust. 4 ZawLekU, zgodnie z którym jeśli pacjent ubezwłasnowolniony całkowicie jest w stanie z rozeznanem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, należy uzyskać zgodę na zabieg zarówno od jego przedstawiciela ustawowego, jak i jego samego<sup>47</sup>. Dodać należy, że zgodnie z art. 157 KRiO, opiekun powinien

<sup>47</sup>Zauważyć należy, że zgoda kumulatywna dotyczy w tym wypadku wyłącznie pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie a nie częściowo, co oznacza, że ci drudzy samodzielnie wyrażają zgodę na zabieg leczniczy, chyba że dotknięcie są chorobą psychiczną bądź upośledzeniem umysłowym. Powody ubezwłasnowolnienia częściowego zawarto w art. 16 § 1 KC. W przypadku kiedy ubezwłasnowolniony częściowo nie może sam decydować o zgodzie, należy ją uzyskać od niego oraz jego kuratora, zob. art. 181 § 1 w zw. z art. 16 § 2 KRiO.

uzyskać jeszcze zezwolenie sądu opiekuńczego na podjęcie decyzji o udzieleniu zgody. W praktyce więc, zgoda kumulatywna będzie tu odebrana od trzech podmiotów: osoby ubezwłasnowolnionej, jego opiekuna i sądu opiekuńczego. Jeśli opiekun nie zwróciłby się o udzielenie zezwolenia do sądu, jego zgoda byłaby nieważna.

Druga sytuacja, w oparciu o art. 32 ust. 6 ZawLekU, ma miejsce w przypadku osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, jeśli dysponuje dostatecznym rozeznanem o swoim stanie zdrowia. Zgodę kumulatywną należy również uzyskać od pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia (art. 32 ust. 5 ZawLekU). W doktrynie podnosi się, iż wiek wskazany przez ustawodawcę nie odpowiada zdolnościom małoletnich do odpowiedniego rozeznania co do własnej osoby<sup>48</sup>.

#### 3.2.1. Zgoda sądowa

Szczególnym rodzajem zgody zastępczej jest zgoda sądowa. Zgodę taką, zgodnie z art. 32 ust. 10 ZawLekU wydaje sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce wykonywania zabiegu. Sąd rozstrzyga w formie postanowienia, czy dany zabieg ma być przeprowadzony w stosunku do osób, które nie mogą dysponować same swoim dobrem. Sytuacja taka może mieć miejsce jeśli:

- a) zabieg ma być wykonany w stosunku do pacjenta małoletniego, który nie ma swojego przedstawiciela ustawowego albo nie można się z nim porozumieć;
- b) zabieg ma być wykonany na pacjencie, który nie ma zdolności do świadomego wyrażenia swojego oświadczenia;
- c) istnieje kolizja pomiędzy wolą pacjenta, a wolą jego przedstawiciela ustawowego w przypadku zgody kumulatywnej. Taka konstrukcja ma celu ochronę dobra pacjenta małolet-

<sup>48</sup> Cz. Żaba, P. Świdorski, Z. Żaba, A. Klimberg, Z. Przybylski, *Leczenie na podstawie zgody pacjenta – kontrowersje, wątpliwości, niejasności*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007, nr 57, s. 124.



niego i ubezwłasnowolnionego. Przykładem może być wykonanie zabiegu transfuzji krwi u dziecka będącego świadkiem Jehowy, który wyraża zgodę na zabieg, a odmową zgody jego rodziców ze względów religijnych. W takiej sytuacji, rodzice nie kierują się dobrem dziecka, tylko światopoglądem, a kompetencje do rozstrzygnięcia sprawy posiada sąd opiekuńczy;

- d) rodzice bądź opiekunowie prawni małoletniego nie mogą się porozumieć w kwestii wykonania zabiegu leczniczego.

Postępowanie w tym przedmiocie, prowadzone jest z urzędu, gdyż informacja przekazana przez lekarza nie jest traktowana jako wniosek, lecz jako zawiadomienia<sup>49</sup>. Uczestnikiem postępowania jest tylko pacjent, ponieważ tylko on ma interes prawny w tej sprawie.

#### 4. Oświadczenie dla służby zdrowia świadków Jehowy jako przykład oświadczenia *pro futuro*

W wielu krajach europejskich, w ramach prawa pacjenta do samostanowienia o sobie poprzez wybór metody leczenia, unormowano instytucję oświadczeń *pro futuro*, których istotą jest wyrażenie woli pacjenta „na wypadek, gdyby w przyszłości utracił – w sposób trwały lub przejściowy – zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji”<sup>50</sup>, odnośnie co do wyboru metody leczenia. Instytucja ta we Francji objawia się w postaci: *personne de confiance* (osoby zaufania), *directives anticipées* (dyrektyw antycypowanych) oraz *mandate de protec-*

<sup>49</sup> B. Janiszewska, *Praktyczne problemy oświadczeń pro futuro (uwagi po rozstrzygnięciu sprawy)*, „PiM” 2009, nr 4 (37), s. 48.

<sup>50</sup> Szerzej zob. M. Ołyńska, *Oświadczenie pro futuro jako forma wyrażenia woli pacjenta wobec interwencji medycznej*, „PiM” 2011, nr 3 (44), s. 79.

*tione future* (pełnomocnictwa do przyszłej opieki)<sup>51</sup>, w Belgii jako: *déclarations anticipées* (deklaracja antycypowana) i *mandataire* (pełnomocnik)<sup>52</sup>, w Austrii jako: *patientenverfügung* (dyspozycja pacjenta)<sup>53</sup>.

Konstrukcja oświadczeń *pro futuro* polega na ustanowieniu osoby działającej w imieniu pacjenta bądź złożeniu dyspozycji w formie pisemnej, w której określa się, jakie metody leczenia ma zastosować lekarz, kiedy pacjent znajduje się w stanie wyłączającym świadomość. Takie oświadczenie może mieć charakter pozytywny (wyrażam zgodę na zastosowanie wszelkich zabiegów leczniczych ratujących może życie), lub negatywny – sprzeciw (nie wyrażam zgody na wykonanie...).

Oświadczenie dla służby zdrowia przedstawiane – w formie dokumentu, sporządzonego w obecności dwóch świadków – przez Świadków Jehowy, w którym wyrażają oni swój sprzeciw na wykonywanie zabiegów związanych z przetaczaniem krwi, sugerując zastosowanie preparatów krwiopochodnych w razie utraty przez nich przytomności jest idealnym przykładem oświadczenia *pro futuro*. Problem w tym, iż polski porządek prawny nie przewiduje możliwości składania takich oświadczeń, w których pacjent – w tym wypadku Świadek Jehowy – wyraża sprzeciw na wykonanie konkretnego świadczenia zdrowotnego na wypadek utraty przytomności. Dlatego też, w braku unormowań prawnych pojawił się problem z interpretacją takich dokumentów. Dopiero w 2005 r. na kanwie sprawy wytoczonej przez Barbarę Ł. – członkinię organizacji Świadków Jehowy – przeciwko szpitalowi, w którym dokonano na niej zabiegu transfuzji krwi, mimo

<sup>51</sup> Szerzej zob. M. Syska, *Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim. Część I*, „PiM” 2011, nr 1 (42), s. 69-80.

<sup>52</sup> Szerzej zob. M. Syska, *Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim. Część II*, „PiM” 2011, nr 2 (43), s. 82-85.

<sup>53</sup> N. Dudek, *Oświadczenia pacjenta pro futuro w świetle rozwiązań austriackich*, „PiM” 2009, nr 3 (36), s. 111.

iż posiadała oświadczenie dla służby zdrowia, w którym wyraziła sprzeciw co do takich świadczeń, Sąd Najwyższy zajął się sprawą oświadczeń *pro futuro* w prawie polskim. W swoim postanowieniu z dnia 27 października 2005 r., SN stwierdził, że „obowiązujące w Polsce unormowania dotyczące zgody pacjenta lub jej braku – mimo klimatu prawnego sprzyjającego uszanowaniu woli pacjenta – nie dotyczą bezpośrednio oświadczeń składanych *pro futuro*, choć podobne regulacje istnieją już w wielu krajach (...) Jednak niniejsza sprawa świadczy o tym, że oświadczenia takie składane są również w Polsce, co jest zrozumiałe także dlatego, iż nie sposób formułować jakiegokolwiek zakazu ich składania; z punktu widzenia prawa cywilnego są one klasycznymi oświadczeniami woli, materializującymi skorzystanie z przysługującego człowiekowi (pacjentowi) prawa wyboru (art. 60 i nast. KC)”<sup>54</sup>. Stąd też SN uznał iż polski system prawny dopuszcza możliwość składania takich oświadczeń, a co za tym idzie „zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karną lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go”<sup>55</sup>. W postanowieniu tym zwrócono również uwagę na formę, jaką powinno posiadać owe oświadczenie, a mianowicie musi ono zostać złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzący wątpliwości. Dlatego też, jeśli spełnione zostaną wskazane wyżej przesłanki „oświadczenie Świadka Jehowy, będącego osobą pełnoletnią i zdolną w pełni do czynności prawnych, musi być respektowane, a lekarze powinni być przygotowani na stosowanie alternatywnych metod leczenia”<sup>56</sup>.

<sup>54</sup> Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba cywilna” 2006, nr 7-8, poz. 137.

<sup>55</sup> Tamże.

<sup>56</sup> Tamże.

Podsumowując, obecny porządek prawny nie przewiduje możliwości składania takich oświadczeń, jednak orzecznictwo SN wskazuje, iż należy uznać takie oświadczenia za ważną i skuteczną formę wyrażania zgody na zabieg leczniczy. Pamiętajć przy tym należy, iż orzecznictwo sądów nie stanowi prawa w polskim ustawodawstwie, a część doktryny krytycznie wypowiada się na temat skuteczności takich oświadczeń<sup>57</sup>. W celu uniknięcia nieporozumień, ustawodawca powinien unormować tę kwestię ustawowo.

### Wnioski

Na podstawie przedstawionej analizy można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Przez zabieg leczniczy za M. Filarem, należy rozumieć „każdy zabieg lekarski przybierający formę czynności leczniczej (terapeutycznej) lub czynności lekarskiej (nieterapeutycznej), podejmowany w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnozy, terapii i rehabilitacji, który ze względu na właściwą mu technikę medyczną łączy się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta poprzez naruszenie jego tkanki cielesnej lub fizycznym inwazyjnym wniknięciem w jego ciało bez naruszania tej tkanki”.
2. Wyrazem autonomii pacjenta w kwestii samostanowienia o sobie jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu leczniczego, która jednak żeby była ważna musi spełniać przesłanki określone przez prawo.
3. Istnieje spór w doktrynie o charakter prawny zgody pacjenta.
4. Zgodę na zabieg leczniczy pacjent może wyrazić w dowolny sposób, jednak w przypadku zabiegów operacyjnych i o podwyższonym ryzyku wymaga się zgody w formie pisemnej.

<sup>57</sup> Zob. J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, wyd. Twoje Zdrowie, Warszawa 2003.

5. Istnieje kilka rodzajów zgody pacjenta, a mianowicie zgoda właściwa (udzielona przez samego pacjenta, jeśli jest pełnoletni i ma świadomość wyrażanego oświadczenia), zgoda zastępcza (udzielana przez przedstawiciela ustawowego pacjenta), zgoda kumulatywna (udzielana zarówno przez pacjenta, jak i jego przedstawiciela ustawowego).
6. Szczególnym rodzajem zgody zastępczej, jest zezwolenie sądu opiekuńczego na dokonanie zabiegu leczniczego, w sytuacjach wskazanych w ZawLekU.
7. Oświadczenia dla służby zdrowia jako przykład oświadczeń *pro futuro*, polegających na precyzyjnym wskazaniu co należy robić a czego unikać przy wykonywaniu zabiegów leczniczych u Świadków Jehowy znajdujących się w stanie utraty przytomności, mimo iż nie zostały w pełni unormowane w polskim ustawodawstwie, są dopuszczalne.

### Bibliografia

#### Źródła prawa

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku z dnia 19 grudnia 1966 r.*, Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 167.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, Dz. U. 1964, Nr 9, poz. 56 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – *Kodeks cywilny*, Dz. U. 1964, Nr 16 poz. 93 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. – *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 533 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. – *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. – *o działalności leczniczej*, Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

#### Inne akty prawne

*Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie*, w: *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, red. T. Jasudowicz, wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 1998.

*Kodeks Etyki Lekarskiej – tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy*, Warszawa 2004.

#### Orzecznictwo

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r., sygn. OTK-A 2011/8/80, Dz. U. 2011, Nr 240, poz. 1436.

Wyrok SN z 7.12.2004 r., sygn. II CK 303/04, „Monitor prawniczy” 2005, nr 2, s. 67.

Postanowienie SA z dnia 27 października 2005, sygn. III CK 155/05 „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba cywilna” 2006, nr 7-8, poz. 137.

Wyrok SN z 11.04.2006 r., sygn. I CSK 191/05, „Biuletyn Sądu Najwyższego” 2006, nr 6, s. 9-10.

Wyrok SA w Poznaniu z dnia 19 września 2005 r. sygn. I AC 236/26, LEX nr 175206.

#### Literatura

Baron Katarzyna., *Zgoda pacjenta, Prokuratura i Prawo* 2009, nr 9, s. 42-57.

- Bącyk – Rozwadowska Kinga, Prawo pacjenta do informacji według polskiego prawa medycznego, *Studia Iuridica Torunensia* 2011, t. IX, s. 59-100.
- Boratyńska Maria, Konieczniak Przemysław, Autonomia pacjenta a wskazania medyczne, *Studia Iuridica* 2008, nr 49, s. 9-41.
- Daniluk Paweł, O pojęciu "zabieg leczniczy i "pacjent" w rozumieniu art. 192 § 1 k.k., *Prawo i Medycyna* 2011, nr 4 (45), s. 66-79.
- Daniluk Paweł, Pozaustawowe nieterapeutyczne czynności lekarskie, *Państwo i Prawo* 2006, nr 1, s. 67-76.
- Dudek Natalia, Oświadczenia pacjenta pro futuro w świetle rozwiązań austriackich, *Prawo i Medycyna* 2009, nr 3 (36), s. 104-117.
- Filar Marian, Lekarskie prawo karne, wyd. Kantor, Zakamycze 2000.
- Fiutak Agnieszka, Prawo w medycynie, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2011.
- Ignaczewski Jacek, Zgoda pacjenta na leczenie, wyd. Twoje Zdrowie, Warszawa 2003.
- Janiszewska Beata, Praktyczne problemy oświadczeń pro futuro (uwagi po rozstrzygnięciu sprawy), *Prawo i Medycyna* 2009, nr 4 (37), s. 46-60.
- Kawałko Agnieszka, Witczak Hanna, Prawo cywilne – część ogólna, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2010.
- Kędziora Renata, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, wyd. Oficyna Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Kędziora Renata, Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego, *Prokuratura i Prawo* 2003, nr 7-8, s. 41-61.
- Kubiak Rafał, Prawo medyczne, wyd. C.H. BECK, Warszawa 2010.

- Kubicki Leszek, Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 KK), *Prawo i Medycyna* 2000, nr 3 (8), s. 30-34.
- Nestorowicz Melchior Władysław, Podstawy prawne zabiegów lekarskich w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego, *Pa-lestra* 1976, nr 1, s. 45-58.
- Ołyńska Marta, Oświadczenie pro futuro jako forma wyrażenia woli pacjenta wobec interwencji medycznej, *Prawo i Medycyna* 2011, nr (44), s. 79-96.
- Podciechowski Lech, Królikowska Anna, Hincz Piotr, Wilczyński Jan, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny - aspekty prawne i medyczne. Część I, *Przegląd Menopauzalny* 2010, s. 315-318.
- Safjan Marek, Prawo i medycyna, wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Synowiec Leonard, Zgoda pacjenta jako element strony przedmiotowej przestępstwa z art. 192 KK, *Prawo, Administracja, Kościół* 2006, nr 4 (28), s. 173-184.
- Syska Maciej, Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim. Część I, *Prawo i Medycyna* 2011, nr 1 (42), s. 57-82.
- Syska Maciej, Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim. Część II, *Prawo i Medycyna* 2011, nr 2 (43), s. 75-99.
- System prawa prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna. t. 2, red. Z. Radwański, wyd. BECK, Warszawa 2011.
- Świdorska Małgorzata, Prawo pacjenta do informacji, wyrażenia lub odmowy zgody na interwencję medyczną w świetle nowej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Część I, *Prawo i Medycyna* 2009, nr 4 (37), s. 52-65.

Witczak Władysław, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny w świetle ustawy o zawodzie lekarza, w: *Ecclesia et status. Księga jubileuszowa z okazji 40-lecia pracy naukowej profesora Józefa Krukowskiego*, red. A. Dębiński, K. Orzeszyna, M. Sitarz, wyd. TN KUL, Lublin, s. 943-959.

Zajdel Justyna, Nie każda zgoda ważna - prawne meandry zgody na zabiegi lekarskie, *Przełęcz Urologiczny* 2010, nr 5, s. 61-64.

Żaba Czesław, Świdorski Paweł, Żaba Zbigniew, Klimberg Aneta, Przybylski Zygmunt, Leczenie na podstawie zgody pacjenta – kontrowersje, wątpliwości, niejasności, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, nr 57, s. 122-127.

### **Issues of patient consent for medical treatment in Polish legislation**

#### Summary

One of the basics humans rights is right to self-determination about ourselves, which in the medical law expresses itself through the giving of consent to medical treatment by patient. Therefore, the Polish legislator, wants to guarantee, in the best way, a realization of this right, issued the series of regulations relating to requirements that must be met for the giving of consent and has provided legal mechanisms to protect them.

In this article, the Author analyzed a legal provisions of Polish legal system regarding the giving of consent to medical treatment by patient and presented the views of doctrine that have been developed in this matter.

**Słowa kluczowe:** pacjent, autonomia pacjenta, prawo do samostanowienia, zgoda właściwa, zgoda kumulatywna, zgoda sądowa, oświadczenia *pro futuro*

**Key words:** patient, patient autonomy, right to self-determination, appropriate consent, cumulative consent, consent, *pro futuro* declaration