

# MERITUM PRAWO MEDYCZNE



MERITUM



# MERITUM PRAWO MEDYCZNE

---

---

MERITUM

Zamów książkę w księgarni internetowej

**proinfo**.pl  
księgarnia internetowa

**Redaktor merytoryczny:**  
*prof. nadzw. dr hab. nauk o zdrowiu, dr prawa Justyna Zajdel*

**Wydawca:**  
*Magdalena Stojek-Siwińska*

**Redaktor prowadzący:**  
*Beata Wawrzyńczak-Jędryka*

**Opracowanie redakcyjne:**  
*Beata Wawrzyńczak-Jędryka*

**Autorzy:**

*dr Rafał Budzisz (Zakład Prawa Samorządu Terytorialnego WPIA UŁ) – rozdziały: IX, X, XI;*  
*Aleksander Kaźmierski – rozdział XIII;*  
*prof. nadzw. dr hab. Rafał Kubiak (Zakład Nauki o Przestępstwie WPIA UŁ) – rozdziały: III, V, VI, VIII;*  
*prof. nadzw. dr hab. Agnieszka Liszevska (Zakład Prawa Karnego Materialnego WPIA UŁ) – rozdział VII;*  
*r.pr. Agnieszka Pachciarz – rozdział XII;*  
*dr hab. Monika Urbaniak (Zakład Prawa Medycznego UM w Poznaniu) – rozdział XII;*  
*prof. nadzw. dr hab. nauk o zdrowiu, dr prawa Justyna Zajdel (Instytut Prawa SAN w Łodzi) – rozdziały: I, II;*  
*prof. nadzw. dr hab. Radosław Zajdel (Oddział Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi) – rozdział IV*

© by Wolters Kluwer SA, Warszawa 2016

ISBN 978-83-8092-161-0

Wolters Kluwer SA  
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33  
tel. (centr.) 22 535 80 00, fax 22 535 80 01  
infolinia 801 04 45 45  
www.wolterskluwer.pl  
księgarnia internetowa www.profinfo.pl  
e-mail: zamowienia@wolterskluwer.pl

# SPIS TREŚCI

Strona		Numer
9	Słowo wstępne	
11	Wykaz skrótów	
15	Rozdział I. Zgoda i sprzeciw pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego	
16	1. Rozwój praw pacjenta .....	2
21	2. Podstawowe terminy .....	4
30	3. Podstawa podjęcia lub odstąpienia od udzielenia świadczenia zdrowotnego .....	12
41	4. Autonomia pacjenta w procesie leczenia .....	20
57	5. Systematyka relacji podmiotów na płaszczyźnie udzielania świadczeń zdrowotnych .....	25
62	6. Cywilnoprawny charakter zgody .....	27
88	7. Wady oświadczenia woli .....	47
115	8. Wzory dokumentów .....	56
121	Rozdział II. Informacja w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych	
122	1. Zakres autonomii informacyjnej .....	61
166	2. Odpowiedzialność za naruszenie prawa pacjenta do informacji .....	100
185	Rozdział III. Dokumentacja medyczna – podstawy prawne	
186	1. Funkcje dokumentacji medycznej. Źródła regulacji .....	115
189	2. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i odpowiedzialność za jej nieprowadzenie (prowadzenie nieprawidłowe) .....	118
195	3. Przechowywanie dokumentacji medycznej .....	126
198	4. Udostępnianie dokumentacji medycznej .....	133
219	Rozdział IV. Zasady prowadzenia, udostępniania i archiwizowania dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne	
221	1. Słownik terminologiczny .....	159
224	2. Akty normatywne .....	162

Strona		Numer
225	3. Podstawowe zasady dotyczące tworzenia dokumentacji medycznej ...	164
247	4. Zakończenie działalności przez podmiot leczniczy .....	195
250	5. Elektroniczna dokumentacja medyczna .....	200
256	6. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego .....	206
257	7. Charakterystyka dokumentacji medycznej prowadzonej przez szpital ....	207
261	8. Pozostałe podmioty lecznicze .....	217
270	9. Dokumentacja dotycząca szczepień ochronnych (obowiązkowych) ....	233
274	10. Dokumentacja medyczna prowadzona przez osoby wykonujące inne zawody medyczne	
274	11. Dokumentacja medyczna prowadzona w odniesieniu do świadczeń diagnostyki laboratoryjnej .....	239
281	<b>Rozdział V. Obowiązek udzielania pomocy medycznej i jego ograniczenia. Odpowiedzialność karna za przestępstwa okołomedyczne</b>	
282	1. Obowiązek udzielania pomocy medycznej .....	244
310	2. Odpowiedzialność karna za przestępstwa okołomedyczne .....	271
339	<b>Rozdział VI. Obowiązek współdziałania pracowników medycznych z organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Karnoprawna ochrona pracowników medycznych</b>	
340	1. Obowiązek współdziałania pracowników medycznych z organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości .....	308
357	2. Karnoprawna ochrona pracowników medycznych .....	326
387	<b>Rozdział VII. Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne</b>	
388	1. Uwagi wprowadzające. Pojęcie błędu medycznego .....	363
388	2. Przesłanki odpowiedzialności karnej za przestępstwa skutkowe przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta .....	365
396	3. Pracownik medyczny jako gwarant nienastąpienia skutku .....	376
399	4. Naruszenie ostrożności wymaganej w postępowaniu medycznym ....	378
407	5. Skutek .....	383
412	6. Obiektywne przypisanie skutku .....	387
415	7. Kary i środki karne orzekane za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu człowieka popełnione na skutek błędu medycznego. Tryb ścigania .....	390
423	8. Odpowiedzialność karna pracownika medycznego za nieudzielenie pomocy .....	398
426	9. Odpowiedzialność karna a odpowiedzialność zawodowa .....	400
437	<b>Rozdział VIII. Przeprowadzanie zabiegów estetycznych (kosmetycznych)</b>	
438	1. Wprowadzenie .....	407
440	2. Rodzaje zabiegów estetycznych (kosmetycznych). Uzasadnienie legalności interwencji czysto kosmetycznych .....	409
444	3. Przesłanki legalności czynności czysto kosmetycznych .....	414
461	4. Podsumowanie .....	438

Strona		Numer
463	Rozdział IX. Działalność lecznicza i jej rodzaje	
465	1. Pojęcie działalności leczniczej i jej rodzaje .....	439
474	2. Podmioty lecznicze .....	460
491	3. Indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarские jako forma wykonywania zawodów medycznych .....	498
502	4. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....	526
511	5. Przekształcenia własnościowe i organizacyjne w zakresie działalności leczniczej .....	550
520	6. Kontrola i nadzór w działalności leczniczej .....	566
531	Rozdział X. Ratownictwo medyczne	
532	1. Zagadnienia wstępne .....	588
534	2. Elementy składające się na system ratownictwa medycznego .....	590
534	3. Zadania podmiotów tworzących system ratownictwa medycznego .....	591
535	4. Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne .....	592
536	5. Rozmieszczenie jednostek systemu ratownictwa medycznego .....	594
537	6. Zabezpieczenie prawidłowej komunikacji, informacji i przetwarzania danych związanych z udzielaniem pomocy medycznej .....	595
538	7. Jednostki systemu ratownictwa .....	596
547	Rozdział XI. Administracja publiczna w sferze ochrony zdrowia	
548	1. Zagadnienia wstępne .....	608
550	2. Administracja rządowa .....	610
566	3. Administracja samorządowa .....	627
571	Rozdział XII. Uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia wobec podmiotu leczniczego	
572	1. Wstęp .....	634
572	2. Pojęcie kontroli i podstawy prawne jej przeprowadzania .....	635
579	3. Kontrola a monitorowanie .....	639
581	4. Kontrola świadczeniodawców a ustawa o swobodzie działalności gospodarczej .....	642
582	5. Podsumowanie .....	643
585	Rozdział XIII. Usługi w zakresie opieki medycznej a VAT. Formy opodatkowania dochodów osób wykonujących wolny zawód – świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia	
586	1. Usługi w zakresie opieki medycznej a VAT .....	644
598	2. Dopuszczalne formy opodatkowania dochodów osób wykonujących wolny zawód – świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia .....	656
611	Indeks rzeczowy	



# SŁOWO WSTĘPNE

*Panta rhei* – w ustach Heraklita maksyma ta miała konotację filozoficzną, odnoszącą się do natury bytu. W sensie dużo węższym, odniesiona do prawa, wskazuje na immanentną cechę natury prawa, jaką jest jego „stałość zmiany”. Z drugiej jednak strony warto pamiętać, że zarówno fundament, jak i główny zrąb konstrukcji systemu prawnego charakteryzuje się stabilnością i niezmiennością. Tym samym prawo posiada dwoistą naturę – trwałe „kręgosłup”, otoczony „płynnymi tkankami miękkimi” poszczególnych regulacji, a także zmieniającą się w czasie doktryną i linią orzecznictwa. Wśród czynników modyfikujących, szczególnie klarownie wyróżnia się interpretacja, czyli stale żywy, chwilami wewnętrznie niespójny, a nawet sprzeczny, proces kształtujący „półtrwałą” konstrukcję, jaką jest doktryna. Z jednej strony jest istotnie trwalsza od poszczególnych regulacji, a z drugiej rzadko kiedy wpływa na stabilność „rdzenia” systemu prawnego.

Powyzsza charakterystyka wskazuje na pewną unikatowość prawa jako dziedziny nauki oraz przedmiotu dydaktycznego. Wskazana wyżej niestabilność implikuje konieczność stałego śledzenia pojawiających się zmian. Proces obserwacji tych zmian ułatwiają bez wątpienia wszelkiego rodzaju komentarze, wyczerpujące opracowania oraz prace kompendialne. Potrzeba dostarczenia Czytelnikowi właśnie takiego wyczerpującego z jednej strony, a z drugiej kompendialnego opracowania w dziedzinie prawa medycznego, przyświecała autorom niniejszej publikacji.

Ułatwieniu procesu poznawczego oraz świadomej internalizacji wiedzy sprzyja także szata graficzna, zastosowanie elementów rozwiązań edytorskich, jak m.in. wskazanie podstawy prawnej dla omawianego tematu bądź instytucji, wyraźnie wyodrębnione w tekście przykłady czy wyróżnienia najistotniejszych kwestii, szczegółowy indeks rzeczowy odwołujący się do numerów bocznych, wewnętrzne odesłania umożliwiające szybkie odszukanie interesującego zagadnienia. Przystępna strukturalizacja tekstu z pewnością przyczyni się do łatwiejszej i szybszej percepcji lektury. Poręczny charakter formatu książki powinien także zachęcać do częstego kontaktu z publikacją.

Jako autorzy zadbalismy o zgodność treści książki z aktualnie obowiązującym stanem prawnym w chwili przekazania jej do druku. Zdajemy sobie jednak sprawę z owej, wcześniej wspomnianej, „stałości zmiany”. Dlatego też, korzystając z możliwości, jakie stwarza formuła serii *Meritum*, przyszłe zmiany wynikające z nowelizacji aktów prawnych omówionych w książce przedstawimy i omówimy w ramach elektronicznej aktualizacji dostępnej dla Czytelników niemal natychmiast po ich opublikowaniu. Przede wszystkim jednak należy pamiętać, że zarówno doktryna, jak i sama „konstrukcja nośna” prawa medycznego pozostaje trwała.



Książce, po którą Państwo sięgacie, nadaliśmy charakter praktycznego przewodnika, opracowania zawierającego gotowe rozwiązania, stąd znajdziecie w nim Państwo np. schematy procedur, wzory dokumentów wykorzystywanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Mamy nadzieję, że zastosowanie również tego typu rozwiązań sprawi, iż publikacja będzie chętnie wykorzystywanym narzędziem, pomocą w Państwa pracy.

*Marzec 2016 r.*

*Justyna Zajdel*

# WYKAZ SKRÓTÓW

<b>1. Źródła prawa</b>	
k.c.	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.)
k.k.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
k.p.	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 z późn. zm.)
k.p.a.	ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 23)
k.p.c.	ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 101 z późn. zm.)
k.p.k.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tekst jedn.: Dz. U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.)
k.r.o.	ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2082)
k.s.h.	ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 z późn. zm.)
k.w.	ustawa z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 1094 z późn. zm.)
p.p.s.a.	ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 270 z późn. zm.)
r.p.d.o.w.t.	rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024)
r.r.z.w.d.m.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069)
r.w.k.d.l.o.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751)
r.z.t.u.i.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji (Dz. U. poz. 605)
u.d.l.	ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1384 z późn. zm.)

## WYKAZ SKRÓTÓW

u.dz.l.	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.)
u.e.r.	ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 748 z późn. zm.)
u.i.l.	ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 651 z późn. zm.)
u.l.s.	ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 z późn. zm.)
u.o.d.o.	ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.)
u.o.z.p.	ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)
u.p.d.o.f.	ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 361 z późn. zm.)
u.p.e.	ustawa z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 262 z późn. zm.)
u.p.p.	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186)
u.p.t.u.	ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.)
u.ref.	ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 345 z późn. zm.)
u.s.d.g.	ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.)
u.s.i.o.z.	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 636 z późn. zm.)
u.s.p.p.	ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.)
ustawa o PRM	ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.)
ustawa transplantacyjna	ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 793 z późn. zm.)
u.s.u.s.	ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 121 z późn. zm.)
u.ś.o.z.	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)
u.z.ch.z.	ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.)
u.z.f.	ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994)
u.z.l.	ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.)
u.z.p.p.	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.)
<b>2. Organy orzekające</b>	
ETS	Europejski Trybunał Sprawiedliwości
NSA	Naczelny Sąd Administracyjny
NSL	Naczelny Sąd Lekarski

SA	sąd apelacyjny
SN	Sąd Najwyższy
SO	sąd okręgowy
TK	Trybunał Konstytucyjny
TSUE	Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej [po przyjęciu Traktatu z Lizbony zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 13 grudnia 2007 r.; wcześniej Europejski Trybunał Sprawiedliwości]
WSA	wojewódzki sąd administracyjny
<b>3. Czasopisma i publikatory</b>	
Biul. SN	Biuletyn Sądu Najwyższego
Dz. U.	Dziennik Ustaw
Dz. Urz.	Dziennik Urzędowy
EPS	Europejski Przegląd Sądowy
LEX	System Informacji Prawnej „LEX Omega”
M.P.	Monitor Polski
M.Praw.	Monitor Prawniczy
NP	Nowe Prawo
OSN	Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNKW	Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Karna i Wojskowa
OSNPG	Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Prokuratura Generalna
OSNwSK	Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych
Pał.	Palestra
PiM	Prawo i Medycyna
PiP	Państwo i Prawo
PPH	Przegląd Prawa Handlowego
Prok. i Pr.	Prokuratura i Prawo
PS	Przegląd Sądowy
RPEiS	Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
SC	Studia Cywilistyczne
SI	Studia Iuridica
SP	Studia Prawnicze
TPP	Transformacje Prawa Prywatnego
<b>4. Inne</b>	
art.	artykuł
ChPL	Charakterystyka Produktu Leczniczego
KEL	Kodeks Etyki Lekarskiej (uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. z późn. zm.)
PKD	Polska Klasyfikacja Działalności
SIM	System Informacji Medycznej
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
spzoz	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

## WYKAZ SKRÓTÓW

---

ust.	ustęp
zd.	zdanie
z późn. zm.	z późniejszymi zmianami
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

# Zgoda i sprzeciw pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego

*Justyna Zajdel*

## SPIS TREŚCI

1. <b>Rozwój praw pacjenta</b> .....	2	5. <b>Systematyka relacji podmiotów na płaszczyźnie udzielania świadczeń zdrowotnych</b> .....	25
2. <b>Podstawowe terminy</b> .....	4	6. <b>Cywilnoprawny charakter zgody</b> .....	27
A. Zawody medyczne .....	5	A. Zgoda jako czynność prawna .....	36
B. Informacja medyczna .....	10	B. Milczenie jako akt zgody .....	41
a. Termin „informacja medyczna” rozumiany jako transformacja danych przekazywanych przez lekarza w informację stanowiącą podstawę podjęcia świadomej decyzji w procesie leczenia .....	11	7. <b>Wady oświadczenia woli</b> .....	47
3. <b>Podstawa podjęcia lub odstąpienia od udzielenia świadczenia zdrowotnego</b> .....	12	A. Wadliwość oświadczeń woli w związku z niezdolnością do świadomego wyrażenia zgody ....	48
A. Zgoda na świadczenie zdrowotne a „przejęcie” ryzyka zdrowotnego ....	12	B. Wadliwość oświadczenia w związku z brakiem informacji .....	52
B. Zgoda świadoma a zgoda poinformowana .....	13	C. Wada oświadczenia woli ze względu na brak świadomości lub swobody .....	55
4. <b>Autonomia pacjenta w procesie leczenia</b> .....	20	8. <b>Wzory dokumentów</b> .....	56
A. Zakres autonomii pacjenta .....	20		
a. Funkcjonalne ograniczenie autonomii ....	22		
B. Kolidująca dobra osobistych .....	23		

1 „Lekarz ma tylko jedno zadanie: wyleczyć chorego, jaką drogą tego dopnie jest rzeczą obojętną” [M. Schein, *Aforyzmy i cytaty dla chirurga*, Warszawa 2009, s. 122]. Słowa wypowiedziane przez Hipokratesa są aktualne również dzisiaj. Nie oznacza to jednak, że każdy sposób postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego jest dopuszczalny i może przebiegać w swobodnie ukształtowany sposób.

Aktualnie przepisy prawa polskiego nakładają na osoby wykonujące zawody medyczne obowiązki, których realizacja zapewnia nie tylko prawidłowe (zgodne z zasadami sztuki medycznej) udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale również poszanowanie praw pacjenta, w tym prawa do informacji i podjęcia świadomej i autonomicznej decyzji dotyczącej procesu leczenia.

Wśród obowiązków nałożonych na lekarza dużą rolę odgrywają **czynności lekarskie**, których wykonanie związane jest z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Na szczególną uwagę zasługują te, które zmierzają do realizacji **lekarskiego obowiązku udzielania informacji**, stanowiącej podstawę wyrażenia zgody lub sprzeciwu na proponowane świadczenia zdrowotne. Zainicjowanie procesu komunikacyjnego stanowi podstawę ostatecznej zmiany statusu chorego i nabycie praw dedykowanych pacjentom. Nawiązanie komunikacji werbalnej stanowi podstawę stworzenia prawidłowych relacji międzyludzkich, a także inicjuje realizację prawa do informacji i prawa do wyrażania autonomicznej decyzji w procesie leczenia.

Niniejszy rozdział został poświęcony **instytucji zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych**, jak również **prawa do informacji** skorelowanych z obowiązkiem lekarzy w tym zakresie. W treści odniesiono się między innymi do hierarchii dóbr osobistych i ich „szacowania” w przypadku niezłożenia pozytywnego oświadczenia przez podmiot uprawniony do jego wyrażenia. Jednocześnie dokonano rozróżnienia między zgodą świadomą a zgodą poinformowaną, które to pojęcia używane są wielokrotnie wymiennie w literaturze przedmiotu. Ponadto przeanalizowano zakres informacji koniecznej do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia, w tym zakres informacji w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z pominięciem osobistego kontaktu lekarza z pacjentem. Kontynuując wcześniejsze rozważania, odniesiono się do zasad oceny istnienia lub braku wad oświadczeń o zgodzie lub sprzeciwie na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Chcąc połączyć elementy teoretyczne pracy z wymiarem praktycznym, w treści rozdziału zamieszczono graficzne algorytmy odnoszące się do wyrażania świadomej zgody na udzielanie poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

## 1. Rozwój praw pacjenta

2 Jakkolwiek instytucja praw pacjenta ulega ciągłym przeobrażeniom i doskonaleniu, jej pierwotny rozwój sięga do początków medycyny. Podstawą ewolucyjnego rozwoju praw pacjenta była intuicyjnie zrozumiała podmiotowość bytu ludzkiego. Powstanie i rozwój praw pacjenta ma swoje źródło w najszerszym rozumieniu pojęcia „prawa do”, zgodnie z którym prawa to stosunki konieczne wypływające z natury rzeczy [Monteskiusz, *O duchu praw*, Kraków 2003 r., s. 1]. Naturą świadczeń zdrowotnych jest nawiązanie wielostronnej relacji między pacjentem, osobami wykonującymi zawody medyczne, świadczeniodawcą i płatnikiem, której podstawowym celem jest realizacja prawa do uzyskania świadczenia zdrowotnego odpowiadającego aktualnej wiedzy medycznej. Samo uzyskanie świadczenia stanowi prawo generalne, które implikuje powstanie praw powiązanych, mających bezpośredni związek z prawami człowieka. W czasach najdawniejszych, między innymi w przysiędze Hipokratesa (V wiek p.n.e.), przyrzeczeniu Majmonidesa (XII wiek) oraz przysiędze licencyjnej Akademii Krakowskiej (XV wiek), za najważniejszą uznawano zasadę, zgodnie z którą dobro chorego powinno być dobrem najwyższym – *salus aegroti suprema lex esto*.

W historii polskiej etyki medycznej najwcześniej znana przysięga pochodzi z XV wieku i składana była na Akademii Krakowskiej przez licencjuszy ubiegających się o stopień doktora medycyny. Odzwierciedlała ona wiernie treść „Przysięgi Hipokratesa”, wprowadzając jedynie na początku, w miejsce odniesienia do bogów, wezwanie Boga w duchu religii chrześcijańskiej. „Biorąc na świadków Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego, że będę przestrzegał tego wszystkiego, co jest tą przysięgą objęte – na ile to będzie w mojej mocy, w takim stopniu, w jakim mi moje zdolności pozwolą. Wiedzę tę: wszystkie jej przepisy przekazywać będę otwarcie i rzetelnie uczniom moim, mojemu mistrza i pozostałym, którzy związali się moralnie przepisami medycyny” [A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów etycznych (w:) Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s. 195].

Pierwszym europejskim dokumentem odnoszącym się do praw pacjenta na szerszą skalę była Narodowa Konwencja Rewolucji Francuskiej z 1793 r., która stanowiła, że w jednym łóżku powinien przebywać jeden pacjent, a łóżko powinno mieć wymiar trzech stóp. Regulacja ta była szczególnie ważna i postępową, gdyż w tamtych czasach na jedno łóżko przypadało ośmiu pacjentów, którzy pozostawali w pozycji siedzącej.

[E. Bandurska, *Ewolucja relacji lekarz – pacjent i jej wpływ na prawa przysługujące choremu w dobie dynamicznego rozwoju usług medycznych*, praca konkursowa nadesłana na II edycję Konkursu na najlepszy esej poruszający tematykę prawa medycznego, pełny tekst artykułu dostępny na stronie [www.prawoimedycyna.pl](http://www.prawoimedycyna.pl)]

W wieku XIX główna uwaga środowiska medycznego została poświęcona prawom i obowiązkom lekarzy, choremu zaś pozostawiono wyłącznie prawo do swobodnego wyboru lekarza. Wyjątkiem był Kodeks Warszawskiego Towarzystwa Medycznego z 1884 r. [J. Zajdel, *Prawa pacjenta kiedyś i dziś*, *Gazeta Lekarska* 2009, nr 1, s. 26–27], który w art. 9 upominał lekarza, aby ten nie wykorzystywał swojej przewagi nad pacjentem, natomiast art. 7 stanowił, że w razie niepomysłnych rokowań informację należy przekazać opiekunowi chorego, co w zasadach współczesnych należałoby uznać za niezgodne z prawem ograniczenie informacji. W 1907 r. na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie uchwalono Kodeks, którego § 3 stanowił, że udzielenie pomocy lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem przypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej.

[W. Nasilowski., *Zgoda na leczenie w rozwoju lekarskiej myśli etycznej*, *Wiadomości Lekarskie* 2007, LX, nr 3–4, s. 198.]

Wyraźne wyeksponowanie praw pacjenta nastąpiło dopiero w okresie powojennym.

[Z. Chłap, *Prawa pacjenta w europejskich kodeksach lekarskich. Prace Komisji Etyki Medycznej PAU*, Kraków 1996, nr 5, s. 33–41; K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska. Prace Komisji Etyki Medycznej PAU*, Kraków 1996, nr 2, s. 7–253.]

Punktem wyjścia do ukształtowania treści praw pacjenta w dokumentach międzynarodowych była definicja zdrowia podana w 1946 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zgodnie z którą zdrowie to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i socjalnego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub inwalidztwa. Istotną rolę w kodyfikacji praw pacjenta odegrała Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela przyjęta w Paryżu w 1948 r., której regulacje zostały poszerzone w Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności podpisaney w Rzymie w 1950 r.

[*Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tekst jednolity (w:) M.A. Nowicki, Wokół Konwencji Europejskiej. Krótki komentarz do EKPCz*, Kraków 2006, s. 383; L. Zwaak, *Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (w:) Prawa człowieka. Geneza, koncepcje, ochrona*, red. B. Banaszak, Wrocław 1993, 46.]

Mimo podjęcia licznych działań, polskie środowisko lekarskie nie przywiązywało dużej wagi do respektowania praw pacjenta, a w szczególności prawa chorego do informacji i podejmo-



wania świadomej decyzji. Przykładem takiego podejścia są ówczesne stanowiska lekarzy praktyków, którzy podkreślali, że ujawnienie całej prawdy, a nawet uprzedzenie pacjenta o niebezpieczeństwie zabiegu bądź wyrażenie przez lekarza wątpliwości co do wyniku leczenia lub operacji, może ujemnie wpłynąć na stan nerwowy chorego i w ten sposób mu zaszkodzić, a oprócz tego spowodować, iż z krzywdą dla siebie nie zgodzi się na leczenie lub zabieg.

[W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej*, Warszawa 1958, s. 9.]

Ogólnie przyjętą zasadą było ograniczanie informacji na podstawie swobodnie podjętej przez lekarza decyzji. W literaturze z lat sześćdziesiątych podkreślano, że „z zasady zataja się wobec chorego rozpoznanie raka, ujawniając tę informację jedynie jego rodzinie, jeżeli jest sposobność, aby z nią o tym porozmawiać” [S. Nowicki, *Zabieg operacyjny, jako zagadnienie społeczne i prawne*, Polski Przegląd Chirurgiczny 1962, nr 9, s. 867–868].

Jednocześnie zaznaczano, że „nie uświadamia się szczegółowo chorego co do rodzaju zamierzanej operacji, co może wynikać z wątpliwego rozpoznania choroby przez lekarza lub troski o równowagę psychiczną pacjenta” [tamże, s. 868].

W Polsce kształtowanie praw pacjenta rozpoczęło się od projektu Kodeksu Deontologicznego prof. Kielanowskiego (1959) i Zbioru Zasad Etyczno-Deontologicznych uchwalonych w 1968 r. przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, w których skodyfikowano zgodę pacjenta na leczenie oraz lekarski obowiązek udzielenia pacjentowi informacji w sposób jasny (zasada 12) [W. Nasiłowski, *Zgoda na leczenie...*, s. 189].

W 1989 r. została przywrócona Izba Lekarska, której działania doprowadziły do przyjęcia w 1991 r. treści Kodeksu Etyki Lekarskiej [tamże, s. 189]. Obecny kształt Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie odnoszącym się do informowania chorego i wyrażania przez niego świadomej zgody został uchwalony przez VII Krajowy Zjazd Lekarzy w 2003 r. [obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 2 stycznia 2004 r., Biuletyn NRL 2004, nr 1(81)]. W myśl art. 13 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej, obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Z kolei art. 15 ust. 1 KEL stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta (...).

Prawo do wyrażania zgody lub sprzeciwu na podjęcie czynności medycznych zostało uregulowane w wielu aktach międzynarodowych. Należą do nich m.in.: Deklaracja Lizbońska o prawach pacjenta z 1981 r. [WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, adopted by the 34<sup>th</sup> World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981 r., and amended by the 47<sup>th</sup> WMA General Assembly, Bali, Indonesia, September 1995 r., and editorially revised by the 171<sup>st</sup> WMA Council Session, Santiago, Chile, October 2005 r.. Tekst w języku angielskim dostępny na stronie <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/>], Deklaracja Wenecka o stanach terminalnych z 1983 r., Deklaracja Helsińska o eksperymentach medycznych na ludziach z 1964 r., Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej z 1949 r. [H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997, s. 49, n.; D. Małecka, *Prawna ochrona pacjenta na tle europejskiej konwencji biotycznej*, PiM 1999, t. I, nr 3, s. 84], Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie Karty Praw Pacjenta z 1984 r. oraz Deklaracja Praw Pacjenta przedstawiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) z 1994 r. [szerzej w tym zakresie M.J. Jarosz, A. Hadasik, *Osobowe dane medyczne w systemach informacyjnych*, Zdrowie Publiczne 2006, nr 116(4), s. 604 i n.].

**3** Kluczowe założenia Światowej Organizacji Zdrowia opierają się na zasadzie poszanowania autonomii pacjenta w odniesieniu do własnej osoby. Zdaniem WHO, rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych, a także depersonalizacja i dehumanizacja leczenia wymagają szczególnego podkreślenia ważności samodecydowania pacjenta o własnym losie.

Ze względu na dynamiczny rozwój udzielania świadczeń zdrowotnych, prawa pacjenta stały się przedmiotem szczegółowych regulacji w wielu krajach. Krajem, który jako pierwszy wpro-

# ROCZNA AKTUALIZACJA ON-LINE



## ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL

WWW.PROFINFO.PL

CENA 259 ZŁ (W TYM 5% VAT)

[www.meritum.pl](http://www.meritum.pl)