

meritum

PRAWO MEDYCZNE W OCHRONIE ZDROWIA

redakcja naukowa Justyna Zajdel-Całkowska

Rafał Kubiak, Małgorzata Sieradzka, Monika Urbaniak
Justyna Zajdel-Całkowska, Tamara Zimna

MERITUM

meritum

PRAWO MEDYCZNE W OCHRONIE ZDROWIA

redakcja naukowa Justyna Zajdel-Całkowska

Rafał Kubiak, Małgorzata Sieradzka, Monika Urbaniak
Justyna Zajdel-Całkowska, Tamara Zimna

MERITUM

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Stan prawny na 1 lutego 2021 r.

Wydawca
Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący
Adam Choiński

Opracowanie redakcyjne
JustLuk

Projekt okładek serii
Wojtek Kwiecień-Janikowski

Autorzy poszczególnych rozdziałów:

Rafał Kubiak – rozdz. V–X

Małgorzata Sieradzka – rozdz. XII

Monika Urbaniak – rozdz. XI

Justyna Zajdel-Catkowska – rozdz. I–IV

Tamara Zimna – rozdz. XIII

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2021

ISBN 978-83-8223-345-2

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przykopywa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Strona		Numer
9	Słowo wstępne	
11	Wykaz skrótów	
17	Rozdział I. Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego i sprzeciw wobec niego	
18	1. Uwagi wstępne	1
18	2. Rozwój praw pacjenta	2
22	3. Podstawowe terminy	4
37	4. Oświadczenie o zgodzie i sprzeciwie na świadczenia zdrowotne	13
45	5. Autonomia pacjenta w procesie leczenia	19
64	6. Cywilnoprawny charakter zgody	26
80	7. Wady oświadczenia woli	36
93	Rozdział II. Informacja w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych	
94	1. Prawo do informacji	41
99	2. Informacje na temat ryzyka świadczeń zdrowotnych, czynności nieterapeutycznych i estetycznych	44
117	3. Przekazanie informacji medycznej a ciężar dowodu	54
125	Rozdział III. Prawa i uprawnienia osób wykonujących zawody medyczne	
126	1. Uwagi wprowadzające	56
127	2. Wykonywanie umowy o usługi medyczne a zwolnienie z podatku VAT	57
130	3. Prawa osób wykonujących zawody medyczne	60

Strona		Numer
201	Rozdział IV. Recepty lekarskie	
202	1. Uprawnienie do preskrypcji produktów refundowanych	96
218	2. Prawo do preskrypcji bezpłatnych leków i wyrobów medycznych dla seniorów	101
221	3. Uprawnienie świadczeniobiorcy do szczepień ochronnych	102
231	Rozdział V. Dokumentacja medyczna – podstawy prawne	
232	1. Funkcje dokumentacji medycznej. Źródła regulacji	104
234	2. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i odpowiedzialność za jej nieprowadzenie (prowadzenie nieprawidłowe)	106
240	3. Przechowywanie dokumentacji medycznej	113
243	4. Udostępnianie dokumentacji medycznej	117
271	Rozdział VI. Obowiązek udzielania pomocy medycznej i jego ograniczenia	
272	1. Obowiązek udzielania pomocy medycznej	151
286	2. Ograniczenie obowiązku niesienia pomocy	171
303	Rozdział VII. Odpowiedzialność karna za przestępstwa okołomedyczne	
304	1. Wprowadzenie	185
304	2. Odpowiedzialność za łapownictwo bierno	186
316	3. Odpowiedzialność za ujawnienie tajemnicy zawodowej (medycznej) ...	207
324	4. Odpowiedzialność za przestępstwa przeciwko dokumentom	225
335	Rozdział VIII. Przeprowadzanie zabiegów estetycznych (kosmetycznych)	
336	1. Wprowadzenie	250
338	2. Rodzaje zabiegów estetycznych (kosmetycznych). Uzasadnienie legalności interwencji czysto kosmetycznych	253
343	3. Przesłanki legalności czynności czysto kosmetycznych	256
360	4. Podsumowanie	279
363	Rozdział IX. Obowiązek współdziałania pracowników medycznych z organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości	
364	1. Wprowadzenie	280
364	2. Obowiązek denuncjacji	281
380	3. Pracownik medyczny jako świadek w postępowaniu karnym i cywilnym	298
383	4. Podsumowanie	301

Strona		Numer
385	Rozdział X. Karnoprawna ochrona pracowników medycznych	
386	1. Wprowadzenie	302
388	2. Ochrona na zasadach ogólnych	304
408	3. Ochrona przewidziana dla funkcjonariusza publicznego	347
414	4. Pomoc ze strony Policji i innych służb	357
417	Rozdział XI. Uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia wobec podmiotu leczniczego	
418	1. Wprowadzenie	360
418	2. Pojęcie kontroli i podstawy prawne jej przeprowadzania	361
426	3. Kontrola a monitorowanie	365
428	4. Podsumowanie	368
429	Rozdział XII. Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkody medyczne	
431	1. Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej lekarza lub placówki medycznej	369
465	2. Naprawienie szkody wynikającej z błędu medycznego	428
470	3. Odpowiedzialność cywilna w zespole operacyjnym	442
476	4. Przykłady najnowszych orzeczeń sądowych z zakresu odpowiedzialności cywilnej lekarza i personelu medycznego	457
507	Rozdział XIII. Aspekty administracyjne działalności podmiotu leczniczego	
510	1. Pojęcie podmiotu leczniczego i podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wybór formy działalności leczniczej	466
512	2. Obowiązki rejestracyjne	476
515	3. Obowiązki statystyczne	490
518	4. Obowiązki organizacyjne	496
522	5. Obowiązki związane z gospodarką nieruchomościami	511
524	6. Obowiązki w zakresie gospodarki finansowej	516
527	7. Obowiązek ubezpieczenia (OC i ZM)	524
528	8. Obowiązki informacyjne wobec pacjentów	528
529	9. Udostępnienie elektronicznej skrzynki podawczej (ESP) i korzystanie z ePUAP w działalności leczniczej	533
531	10. Reklama działalności leczniczej i jej ograniczenia	536
532	11. Obowiązki sanitarno-epidemiologiczne	538
534	12. Obowiązki urzędowe związane ze zgonami i urodzeniami	547
535	13. Obowiązki związane z gospodarką odpadami i ochroną środowiska ...	551
537	14. Obowiązki związane ze stosowaniem wyrobów medycznych	557

SPIS TREŚCI

Strona	Numer
541	Indeks rzeczowy
547	Autorzy

SŁOWO WSTĘPNE

Zasadą jest, że proces twórczy nakierowany jest na osiągnięcie obliczonego uprzednio rezultatu. Podobnie jest z pisaniem książek. Każda z nich powinna wywoływać określony efekt, który w przypadku publikacji prawniczych kojarzy się raczej z przekazywaniem wiedzy niż ze spektakularną fabułą. Z jednej strony prawo należy do dyscyplin uporządkowanych i schematycznych, z drugiej zaś meandry prawa pozwalają na zatopienie się w interpretacji, a co za tym idzie stworzenie różnych rzeczywistości w oparciu o ten sam stan faktyczny. Stale pojawiają się również płaszczyzny, które wymagają od prawników nie tylko dogłębnej wiedzy, ale również wyobraźni i nadzwyczajnej kreatywności. Na gruncie prawa medycznego, które w okresie pandemii stało się bardzo popularne, przykładami są chociażby telemedycyna i teleopieka oraz wykorzystanie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych algorytmów sztucznej inteligencji.

Jeszcze kilkanaście lat temu jedynie nieśmiało podnoszone były zagadnienia związane z niepoczytalnością robotów lub zasady odpowiedzialności osób, które udzieliły świadczeń zdrowotnych, nigdy wcześniej nie widziawszy pacjenta. Czas pandemii zmusił nas jednak do zmiany sposobu myślenia, i to w odniesieniu nie tylko do teraźniejszości, ale też do przyszłości, której kształt jest nieznan jak nigdy dotąd. Ostatni czas pokazuje, że bez względu na to, co się wydarzy, prawo będzie stanowiło nieodłączny element codziennego funkcjonowania. Czas pandemii przyczynił się bowiem do lawinowego tworzenia nowych przepisów prawa, których zadaniem jest systematyzowanie niecodziennej rzeczywistości.

Chcę zachęcić Czytelnika do sięgnięcia po niniejszą publikację, szczególnie że napisanie każdej z jej części powierzyłam Osobom, które nie tylko wręcz fenomenalnie znają się na prawie, lecz także upatrują w nim misji i przesłania. Nie sposób porównać czytania przepisów i tekstów dotyczących ich interpretacji do opisów literackich, niemniej sprawną ręką autora potrafi zmienić suche regulacje w opis rzeczowy, ciekawy, a momentami nawet intrygujący.

Publikacja, która trafia do Państwa rąk, odnosi się do tych aspektów prawa medycznego, które stanowią jego rdzeń, a zarazem traktują o tematyce aktualnej w każdym czasie. Temat prawa medycznego nie został z pewnością wyczerpany na łamach tejże publikacji, niemniej dokonano rozważenia tematów najistotniejszych z punktu widzenia zarówno osób wykonujących zawody medyczne, jak i prawników.

W publikacji poruszono zagadnienia dotyczące prawa do informacji i wyrażania świadomej zgody, tematykę praw przysługujących osobom wykonującym zawody medyczne, odpowiedzialności karnej pracowników medycznych, jak również zagadnienia związane z tajemnicą zawodową, a także kwestie dotyczące recept, odpowiedzialności cywilnej, rozliczeń z NFZ i zasad powiązanych z prowadzeniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Przy oddawaniu tej publikacji do druku towarzyszyło mi przekonanie, że myślenie o prawie medycznym powinno dzisiaj stanowić proces futurologiczny, który podobnie jak *Kongres Futurologiczny* S. Lema wskazuje na potrzebę zmian w zależności od dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości. Być może już niebawem będą musiały powstać przepisy odnoszące się do pobierania świadczeń medycznych wyłącznie na odległość lub z pominięciem udziału personelu medycznego w większości z nich.

O ile wstęp ten zawiera wiele metafor, które na pierwszy rzut oka wydawać by się mogły zbyt odległe, o tyle trwała zmiana otaczającej nas rzeczywistości predestynuje, a nawet wymusza tego rodzaju myślenie. Tym samym niezwykle aktualne stają się wypowiedziane przez Heraklita słowa *panta rei*. Istotą trwania życia są schematyczność i powtarzalność. W przypadku prawa jego głównym przymiotem jest stała zmienność. Bazowe zachowania ludzkie, w tym emocje i uczucia, nie uległy zmianie od tysięcy lat. Modyfikacji uległo jednak prawo, które nie zmieniło natury człowieka, ale z pewnością wpłynęło na jego zachowanie. Jednym z celów prawa jest nadążanie za rzeczywistością. Jako redaktor tejże publikacji mam nadzieję, że nadąży ona za Państwa oczekiwaniami, których rytm wyznacza nie tylko to, jak, lecz także gdzie i w jakich okolicznościach żyjemy.

Trywialne byłoby życzyć Państwu milej i owocnej lektury. Moim życzeniem jest zatem, aby lektura tej publikacji była dla Państwa otwarciem się na to, co ważne.

Luty 2021 r.

Justyna Zajdel-Catkowska

WYKAZ SKRÓTÓW

1. Źródła prawa	
BGB	niemiecki kodeks cywilny
k.c.	ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.)
KEL	Kodeks Etyki Lekarskiej (uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14.12.1991 r. ze zm.)
k.k.	ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.)
Konstytucja RP	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
k.p.	ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 ze zm.)
k.p.a.	ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.)
k.p.c.	ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 1575 ze zm.)
k.p.k.	ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 30 ze zm.)
k.r.o.	ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359)
k.s.h.	ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1526 ze zm.)
k.w.	ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2019 r. poz. 821 ze zm.)
nowelizacja z 2017 r.	ustawa z 23.03.2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 836)
nowelizacja z 16.07.2020 r.	ustawa z 16.07.2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291)
obwieszczenie refundacyjne	obwieszczenie Ministra Zdrowia z 24.08.2020 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. Min. Zdrow. poz. 60 ze zm.)
o.w.u.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 320 ze zm.)
p.o.ś.	ustawa z 27.04.2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz.U. z 2020 r. poz. 1219 ze zm.)
p.p.s.a.	ustawa z 30.08.2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2325 ze zm.)
pr. farm.	ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 944 ze zm.)

WYKAZ SKRÓTÓW

pr. przed.	ustawa z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r. poz. 162)
p.r.d.	ustawa z 20.06.1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2020 r. poz. 110 ze zm.)
r.b.p.	rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 2067 ze sprost.)
r.d.m.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666 ze zm.)
RODO	rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1, ze zm.)
r.r.l.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.12.2020 r. w sprawie recept (Dz.U. poz. 2424)
u.c.ch.z.	ustawa z 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947)
u.COVID	ustawa z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 1842 ze zm.)
u.d.l.	ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 2061 ze zm.)
u.dz.l.	ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.)
u.e.r.FUS	ustawa z 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 53 ze zm.)
u.i.l.	ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.)
u.k.p.	ustawa z 5.01.2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2020 r. poz. 1268 ze zm.)
u.o.	ustawa z 14.12.2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2020 r. poz. 797 ze zm.)
u.o.d.o.	ustawa z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)
u.o.z.p.	ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685)
u.p.c.	ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.)
u.p.n.	ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.)
u.p.p.	ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)
u.p.t.u.	ustawa z 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2020 r. poz. 106 ze zm.)
u.ref.	ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 357 ze zm.)

u.s.i.o.z.	ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2020 r. poz. 702 ze zm.)
u.s.p.p.	ustawa z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 916 ze zm.)
ustawa o Policji	ustawa z 6.04.1990 r. o Policji (Dz.U. z 2020 r. poz. 360 ze zm.)
ustawa o PRM	ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882 ze zm.)
ustawa transplantacyjna	ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2020 r. poz. 2134)
u.s.u.s.	ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.)
u.ś.o.z.	ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)
u.ś.p.ch.m.	ustawa z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2020 r. poz. 870 ze zm.)
u.w.m.	ustawa z 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.)
u.w.t.p.a.	ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2277 ze zm.)
u.z.ch.z.	ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.)
u.z.f.	ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2019 r. poz. 952 ze zm.)
u.z.l.	ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.)
u.z.p.p.	ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562 ze zm.)
2. Organy orzekające	
ETPC	Europejski Trybunał Praw Człowieka
NSA	Naczelny Sąd Administracyjny
NSL	Naczelny Sąd Lekarski
SA	Sąd Apelacyjny
SN	Sąd Najwyższy
SO	Sąd Okręgowy
SR	Sąd Rejonowy
TK	Trybunał Konstytucyjny
TSUE	Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej [po przyjęciu Traktatu z Lizbony zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 13.12.2007 r.; wcześniej Europejski Trybunał Sprawiedliwości]
WSA	Wojewódzki Sąd Administracyjny
3. Czasopisma i publikatory	
Biul. SN	Biuletyn Sądu Najwyższego
CzPKiNP	Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
Dz.U.	Dziennik Ustaw

WYKAZ SKRÓTÓW

Dz.Urz.	Dziennik Urzędowy
Dz.Urz. Min. Zdrow.	Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia
EPS	Europejski Przegląd Sądowy
HUDOC	baza orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka
JAMA	Journal of the American Medical Association
KPP	Kwartalnik Prawa Prywatnego
KZS	Krakowskie Zeszyty Sądowe
LEX	System Informacji Prawnej Wydawnictwa Wolters Kluwer
M.P.	Monitor Polski
M. Praw.	Monitor Prawniczy
NP	Nowe Prawo
OSA	Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSAB	Orzecznictwo Sądów Apelacji Białostockiej
OSAŁ	Orzecznictwo Sądów Apelacji Łódzkiej
OSN	Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNC	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNCK	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna i Karna
OSNKW	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNP	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OSNPG	Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Prokuratura Generalna
OSNwSK	Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych
OSPIKA	Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
Pal.	Palestra
PiM	Prawo i Medycyna
PiP	Państwo i Prawo
PIZS	Praca i Zabezpieczenie Społeczne
PPH	Przegląd Prawa Handlowego
Pr. Gosp.	Prawo Gospodarcze
Prok. i Pr.	Prokuratura i Prawo
PS	Przegląd Sądowy
PUG	Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego
RPEiS	Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
SC	Studia Cywilistyczne
SI	Studia Iuridica
SP	Studia Prawnicze
SP-E	Studia Prawno-Ekonomiczne
TPP	Transformacje Prawa Prywatnego
ZNUJ	Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego

ZNUŁ	Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego
ZNUMK	Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
4. Inne	
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CEIDG	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
ChPL	Charakterystyka Produktu Leczniczego
GIS	Główny Inspektor Sanitarny
ICD-10	X Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICF	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
IKP	Internetowe Konto Pacjenta
KRS	Krajowy Rejestr Sądowy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PKD	Polska Klasyfikacja Działalności
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
REGON	krajowy rejestr urzędowy podmiotów gospodarki narodowej
RPWDL	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego i sprzeciw wobec niego

Justyna Zajdel-Całkowska

SPIS TREŚCI

1. Uwagi wstępne	1	5. Autonomia pacjenta w procesie leczenia	19
2. Rozwój praw pacjenta	2	A. Zakres autonomii pacjenta	19
3. Podstawowe terminy	4	a. Autonomia jako wyraz samostanowienia	19
A. Zawody medyczne	5	b. Funkcjonalne ograniczenie autonomii	21
B. Świadczenia zdrowotne – zakres pojęcia	10	c. Autonomia pacjenta w kontekście oświadczeń złożonych <i>pro futuro</i>	23
C. Informacja medyczna	11	B. Autonomia a kolizja dóbr	24
a. Dane, wiadomości, informacja	11	6. Cywilnoprawny charakter zgody	26
b. Termin „informacja medyczna” rozumiany jako transformacja danych przekazywanych przez lekarza w informację stanowiącą podstawę podjęcia świadomej decyzji w procesie leczenia	12	A. Zgoda jako podstawa interwencji medycznej	26
4. Oświadczenie o zgodzie i sprzeciwie na świadczenia zdrowotne	13	B. Milczenie jako akt zgody	30
A. Zgoda na świadczenie zdrowotne a „przejęcie” ryzyka zdrowotnego	13	7. Wady oświadczenia woli	36
B. Zgoda świadoma a zgoda poinformowana	14	A. Wadliwość zgody na świadczenia zdrowotne	36
		B. Wadliwość oświadczeń woli w związku z niezdolnością do świadomego lub swobodnego wyrażenia zgody	37
		C. Brak informacji jako źródło błędów	40

1. Uwagi wstępne

- 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 oraz podjęcia świadomej i autonomicznej decyzji dotyczącej procesu leczenia.

W dalszej części rozdziału przedstawiono definicje zawodu medycznego i świadczenia zdrowotnego. Mimo że obowiązek zarówno informowania pacjenta, jak i pobierania od niego zgody lub sprzeciwu, dotyczy w różnym stopniu każdego zawodu medycznego, to ze względu na specyfikę wykonywania zawodu w najszerszym zakresie wiąże się on z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry.

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 **pacjentów**. Nawiązanie komunikacji stanowi podstawę stworzenia prawidłowych relacji międzyludzkich, a także inicjuje realizację prawa do informacji i prawa do wyrażania autonomicznych decyzji w procesie leczenia.

Niniejszy rozdział został poświęcony **instytucji zgody i sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych** i świadczeń medycznych, jak również **prawa do informacji** skorelowanych z obowiązkiem osób wykonujących zawody medyczne.

2. Rozwój praw pacjenta

- 2 Chociaż instytucja praw pacjenta ulega ciągłym przeobrażeniom i doskonaleniu, jej pierwotny rozwój sięga początków medycyny. Podstawą ewolucyjnego rozwoju praw pacjenta była intuicyjnie rozumiana podmiotowość bytu ludzkiego. Powstanie i rozwój praw pacjenta mają 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, 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, m.in. 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.

Odwierciedlała 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 przysięgam, 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.

[J. Zajdel, *Zgoda i sprzeciw pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w:) Meritum Prawo medyczne*, red. J. Zajdel, Warszawa 2016.]

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., który w art. 9 upominał lekarza, aby ten nie wykorzystywał swojej przewagi nad pacjentem, natomiast art. 7 stanowił, że w razie niepomyślnych rokowań informację należy przekazać opiekunowi chorego, co według zasad 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.

Wyraźne wyeksponowanie praw pacjenta nastąpiło dopiero w okresie powojennym.

[Z. Chłap, *Prawa pacjenta w europejskich kodeksach lekarskich*, „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996/5, s. 33–41; K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996/2, 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 podpisanej 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, s. 46.]

Mimo podjęcia licznych działań polskie środowisko lekarskie nie przywiązywało dużej wagi do respektowania praw pacjenta, a w szczególności prawa chorego do informacji i podejmowania 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 nerwowo 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 60. 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” 1962/9, s. 867–868].

Jednocześnie zaznaczano, że „nie uświadamia się szczegółowo chorego co do rodzaju zamierzonej operacji, co może wynikać z wątpliwego rozpoznania choroby przez lekarza lub troski o równowagę psychiczną pacjenta” [S. Nowicki, *Zabieg operacyjny*..., 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 1989 r. została przywrócona Izba Lekarska, której działania doprowadziły do przyjęcia w 1991 r. treści Kodeksu Etyki Lekarskiej. 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 2.01.2004 r., Biuletyn NRL 2004/1(81)]. W myśl art. 13 ust. 1 KEL 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. [<http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=25&i=3&m=29&j=1&z=0&k=383&id=1375&n=3>, dostęp: 4.10.2020 r.], 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 i n.; D. Małecka, *Prawna ochrona pacjenta na tle europejskiej konwencji biotycznej*, PiM 1999/1(3), s. 84], Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r. (ratyfikowana przez Polskę 2.10.1992 r.), Karta Praw Pacjenta z 1984 r. wydana z inicjatywy Parlamentu Europejskiego, Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie z 1994 r., Europejska Karta Praw Pacjenta z 2002 r.

3

Kluczowe założenia Światowej Organizacji Zdrowia opierają się na zasadzie poszanowania autonomii pacjenta w odniesieniu do własnej osoby. W opinii WHO rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów medycznych, 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 wprowadził do systemu prawnego regulację dotyczącą ochrony praw pacjenta, była Finlandia [M. Aärimaa, *Declaration or legislation on patients' rights?*, „Le Nord Medical” 1996/3, s. 66]. Kwestie związane z prawem pacjenta do wyrażenia świadomej zgody zostały uregulowane w poszczególnych państwach w źródłach prawnych (np. Meksyk, Izrael) [L. de la Pena, *Informed consent in health legislation of Mexico*, „Gaceta Médica de México” 1996/5, s. 551–557; Z. Weil, *Informed consent to medical treatment – the Israeli experience*, „Medicine and Law” 1998/2, s. 243–261], a nieliczne dokonały regulacji w tym przedmiocie w aktach pozanormatywnych (np. Chile) [H. Baeza, *Informed consent*, „Revista Medica de Chile” 1995/12, s. 1525–1528]. Przed wejściem w życie ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w ustawodawstwie polskim kwestie dotyczące wyrażania zgody na podjęcie czynności medycznych regulowane były z pominięciem obowiązku udzielenia pacjentowi przez lekarza informacji dotyczącej czynności, na które ma on wyrazić zgodę (nieobowiązująca ustawa z 28.10.1950 r. o zawodzie lekarza, Dz.U. Nr 50, poz. 459 ze zm.). W okresie obowiązywania ustawy o zawo-

dzie lekarza z 1950 r. wyrażenie przez pacjenta zgody wymagane było wyłącznie w przypadku wykonywania zabiegu operacyjnego.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza z 1950 r.:

„dokonanie zabiegu operacyjnego wymaga zgody chorego, jeśli zaś chodzi o małoletnich i osoby dotknięte chorobą psychiczną lub niedorozwojem psychicznym zgody ustawowego przedstawiciela lub opiekuna faktycznego”.

Należy podkreślić, że w cytowanej ustawie był to jedyny przepis, który odnosił się do kwestii konieczności uzyskania zgody na interwencję medyczną.

Jednocześnie ustawa nie zobowiązywała lekarza do udzielenia pacjentowi *a priori* informacji na temat planowanego zabiegu, jego negatywnych następstw i powikłań oraz alternatywnych sposobów postępowania.

Obecnie w literaturze podkreśla się, że wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody lub sprzeciwu powinno być poprzedzone poinformowaniem go o celu, potrzebie i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz ewentualnych zamierzonych i niezamierzonych jego skutkach, nawet jeśli występują one bardzo rzadko [A. Rososzczuk, *Informowanie pacjenta o ryzyku powikłań badania przeprowadzanego w celu wczesnego rozpoznania chorób nowotworowych (kolonoskopii)*. Glosa do wyroku SA z 15.01.2015 r., I ACa 856/14, PS 2016/6, s. 130–136; M. Sadowska, *Zapobieganie błędem medycznym w praktyce*, Warszawa 2019].

W literaturze brytyjskiej podnosi się, że realizacja obowiązku informacji powinna nastąpić w przypadku, gdy możliwe powikłania określa się zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej na poziomie wyższym niż 1% [R.R. Faden, T.L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford 1986; J. Herring, *Medical Law and Ethics*, Oxford 2016].

Pacjent powinien być też **poinformowany o alternatywnych metodach leczenia**. Informacja musi zostać przedstawiona rzetelnie, z uwzględnieniem tych wszystkich elementów, które mogłyby wpłynąć na podjęcie decyzji co do zabiegu, a jej zakres powinien w możliwie maksymalny sposób eliminować subiektywizm, zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarza. Ten drugi ma bowiem zawsze możliwość takiego przedstawienia potrzeby dokonania zabiegu, że pacjent może skłonić się do zgody bez poznania możliwości innych rozwiązań i ewentualnych niebezpieczeństw z tą zgodą związanych [T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 102–105]. Prawo do podjęcia autonomicznej decyzji dotyczącej udzielenia świadczenia zdrowotnego łączy się w sposób nierozdzielny z **prawem do informacji medycznej odnoszącej się bezpośrednio do specyfiki planowanych czynności**. Analizując kwestie dotyczące informacji niezbędnej do wyrażenia zgody lub sprzeciwu, należy podkreślić, że przekazanie informacji ma istotne znaczenie również z punktu widzenia podjęcia decyzji odnośnie do zawarcia lub realizacji samej umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego. Pozycja pacjenta zawierającego umowę o udzielenie świadczenia zdrowotnego ze świadczeniodawcą jest analogiczna do statusu konsumenta usług, który posiada prawo do pełnej informacji dotyczącej udzielenia usługi. Przekazanie informacji pacjentowi – konsumentowi usługi umożliwia prawidłowe funkcjonowanie mechanizmów rynkowych, a także służy realizacji samodzielnego celu w postaci ochrony autonomii roli konsumenta w stosunkach kontraktowych.

Prawo do informacji w związku z zawarciem umowy kontraktowej o udzielenie świadczeń zdrowotnych z lekarzem będącym przedsiębiorcą wyrażone jest w treści art. 54 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji”.

W literaturze podkreśla się, że pełna transparentność stanowi gwarancję efektywnej wolności decyzyjnej w warunkach rynkowych, ale także służy realizacji wartości leżących u podstaw autonomii woli jednostki [J. Coehlo, S. Ribeiro, *L'impératif de transparence (w:) Europäisches Vertragsrecht im Gemeinschaftsrecht. European Contract Law in Community Law. Droits des contrats à l'aune du droit communautaire*, red. H. Schulte-Nölke, R. Schulze, L. Bernardeau,

Bundesanzeiger, Köln 2002, s. 218; B. Gneta, *Umowa konsumencka w polskim prawie cywilnym i prywatnym międzynarodowym*, Warszawa 2013, s. 241]. Etiologia ochrony autonomii woli ma swoje źródło w fundamentalnym znaczeniu wolności każdej osoby, przejawiającej się w możliwości rozwoju własnej osobowości, decydowaniu o swoich sprawach, stanowieniu o sobie samym i swoim życiu [M. Safjan, *Zasady prawa prywatnego (w:) System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2007, s. 65 i n.].

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego:

„wyłącznie informacja wyczerpująca i precyzyjna może być uznana za odpowiadającą wymaganym standardom, a więc umożliwiającą świadome podejmowanie decyzji o celowości nawiązywanej transakcji, co stanowi konieczną przesłankę dla respektowania autonomii woli stron, wartości chronionej nie tylko na podstawie reguł prawa powszechnego, lecz także regulacji konstytucyjnych” (wyrok TK z 26.01.2005 r., OTK-A 2005/1, poz. 7).

Ze względu na konsumencki charakter udzielania świadczeń zdrowotnych przekazanie informacji pacjentowi-konsumentowi stanowi **element należytego wykonania zobowiązania przez lekarza będącego przedsiębiorcą lub świadczeniodawcą** [B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Uwagi o zawodowym obowiązku udzielenia informacji (w:) Z zagadnień współczesnego prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Tomasza Dybowskiego*, red. J. Błęszyński i in., SI 1994, t. 21, s. 51 i n.]. Jednocześnie przekazanie informacji we właściwej formie, miejscu i czasie stanowi o poszanowaniu osobistych praw podmiotowych, cechujących się (szczególnie w kontekście udzielania świadczeń zdrowotnych) istnieniem uprawnień odnoszących się do jednostki, które muszą być respektowane przez grupę podmiotów, do których odnoszą się określone przepisy prawa (np. ze względu na wykonywany zawód).

Z uwagi na złożony charakter umowy o świadczenie usług zdrowotnych autorka przyjęła, że realizacja świadczeń zdrowotnych *sensu stricto* wypływa z natury stosunku cywilnoprawnego, którego podstawą są regulacje Kodeksu cywilnego odnoszące się do umowy zlecenia. Tym samym **skutki prawne zawartej umowy podlegają reżimowi odpowiedzialności kontraktowej**. Źródłem obowiązków związanych z realizacją przedmiotu umowy są zarówno regulacje kodeksowe, jak i pozakodeksowe, które związane są *stricto* z wykonywaniem zawodu medycznego. Kodeksowe obowiązki zawodowe wynikają *expressis verbis* z treści art. 355 § 1 k.c., natomiast obowiązki pozakodeksowe regulowane są przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i ustawy odnoszące się do zasad wykonywania innych zawodów medycznych. Charakter umowy o świadczenie usług zdrowotnych pozwalała na swobodne formowanie jej treści w oparciu o art. 353¹ k.c., który kształtuje autonomię woli stron, a jednocześnie wyznacza granice ich normotwórczej działalności.

3. Podstawowe terminy

- 4 W treści rozdziału użyto wielokrotnie terminów: „zawody medyczne”, „informacja medyczna” i „świadczenia zdrowotne”. Mając na uwadze fakt, że wymienione terminy mają kluczowe znaczenie na płaszczyźnie relacji pacjent – podmiot leczniczy, poniżej szczegółowo je wyjaśniono.

A. Zawody medyczne

- 5 Autorka z rozmysłem skoncentrowała się na obowiązku informacyjnym osób wykonujących zawód lekarza, co wynika z faktu, że obowiązek informacyjny odnosi się każdorazowo do czyn-



ISBN 978-83-8223-345-2



ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL

WWW.PROFINFO.PL