

Mirosław Nesterowicz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

nesterowicz@umk.pl

ORCID: 0000-0001-7952-9211

<https://doi.org/10.26881/gsp.2021.1.01>

Prawo pacjenta do informacji medycznych (w świetle orzecznictwa)¹

1. Uwagi ogólne. Obowiązek lekarza udzielenia pacjentowi informacji medycznych²

Obowiązek lekarza udzielenia pacjentowi informacji medycznych co do ryzyka i skutków zabiegów medycznych (zabiegów operacyjnych, badań diagnostycznych, zabiegów rehabilitacyjnych itp.) oraz o sposobach i metodach leczenia jest przesłanką zgody na leczenie i inne czynności medyczne. Obowiązek ten jest przeważnie normowany w aktach prawnych i kodeksach etyki lekarskiej. Istotne znaczenie mają wyroki sądowe, które *in casu* ten obowiązek konkretyzują i kształtują linię orzecznictwa w wielu krajach. Dlatego mówi się o zgodzie „objaśnionej”, „poinformowanej” (*informed*

¹ Artykuł uwzględnia w pewnym stopniu dotychczasowe prace autora z prawa medycznego. Dodano nowsze orzeczenia Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych oraz glosy i literaturę naukową.

² Problematyce informacji medycznych i zgody pacjenta poświęcono w polskiej i zagranicznej doktrynie prawniczej liczne publikacje, dotyczyły jej również setki wyroków sądowych, a na wokandach pojawiają się ciągle nowe sprawy – zob. M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, Toruń 2007, s. 95 i n.; M. Świdorska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 78 i n.; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 148 i n.; M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010, s. 191 i n.; M. Nesterowicz, *Prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznych i ochrony danych* [w:] *Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, red. L. Ogiegiło, W. Popiołek, M. Szpunar, Kraków 2005, s. 1205 i n.; *idem*, *Prawo medyczne*, Toruń 2019; *idem*, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017; A. Dyszlewska-Tarnawska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegiło, Warszawa 2010, s. 289 i n.; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 137 i n.; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 110 i n.; M. Malczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, s. 575 i n.

consent, consentement éclairé)³, która wyłącza bezprawność działania lekarza⁴. Pacjent decyduje o tym, czy chce poddać się leczeniu i w jaki sposób⁵.

Pacjent musi otrzymać konieczne informacje, aby wyrazić zgodę „świadomą”, sama aprobata dokonania zabiegu, a więc formalna zgoda, nie wystarcza⁶.

Ciężar dowodu wypełnienia tego obowiązku zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa na lekarzu (zakładzie leczniczym)⁷. Dowód ten może być przeprowadzony wszelkimi środkami. Dowodem mogą być odpowiednie zapisy w historii choroby wraz z podpisem pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, zeznania personelu medycznego, wręczone pacjentom informacje pisemne.

Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 19 stycznia 2018 r.⁸ orzekł: „Sam fakt rozmów z wykonującym zabieg nie jest równoznaczny z poinformowaniem o ryzyku zabiegu, jednak wysnucie wniosku o udzieleniu takiej informacji w czasie rozmowy nie może być uznany za nielogiczny czy sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego”. Sąd, biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności (dwie rozmowy na temat możliwych konsekwencji zabiegu oraz podpisanie przez powoda zgody „blankietowej” na zabieg), uznał, że obowiązek informacji o ryzyku zabiegu ortopedycznego został przez lekarza spełniony.

Trzeba jednak zauważyć, że sama zgoda „blankietowa” (*carte blanche, permission sheets*) w stosowanych coraz częściej w szpitalach „formularzach zgody ogólnej” na ogół nie wystarcza. Informacja powinna bowiem być zindywidualizowana, dostosowana do danej sytuacji, uzupełniona o szczególne informacje dotyczące danego przypadku, zwłaszcza ryzyka i skutków operacji czy badań, względnej czy bezwzględnej konieczności zabiegu, alternatywnych metod leczenia czy diagnostyki, możliwości

³ Ewolucję orzecznictwa zagranicznego co do zgody „poinformowanej” – zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 170 i n.; M. Świdarska, *Zgoda pacjenta...*, s. 17 i n.

⁴ W Polsce „spraw medycznych”, w tym obowiązku informacji i zgody pacjenta dotyczy bogate orzecznictwo, począwszy od wyroku SN z dnia 8 maja 1934 r., C II Rw., LEX nr 379953, wydanego w sprawie o zakażenie dróg moczowych chorego po dokonaniu cystoskopii. Sąd Najwyższy ustalił tu obowiązek uprzedzenia pacjenta o możliwych skutkach zabiegu bez względu na charakter zabiegu i większe lub mniejsze prawdopodobieństwo skutków. Stanowisko to poddał krytyce B. Wertheim [w:] *idem, Kilka zagadnień z dziedziny odpowiedzialności cywilnej lekarza*, „Palestra” 1936, z. 4–5, s. 379 i n., którego zdaniem, lekarz ma obowiązek uprzedzić pacjenta jedynie o ryzyku szczególnym, gdy przewidywanie takiego ryzyka jest uzasadnione; por. też M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 133. W świetle obecnych standardów stanowisko SN trzeba uznać za prawidłowe.

⁵ Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, stwierdził, że: „(...) godzi się zauważyć, w demokratycznym państwie prawnym jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia”. Przymus leczenia czy innych interwencji medycznych na osobie pacjenta musi być ograniczony i wynikać z ustawy – zob. N. Karczevska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.

⁶ Wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885; wyrok SA w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2012 r., I ACa 443/12, PiM 2014, nr 2, z głosem M. Nesterowicza.

⁷ Zob. wyroki: SN z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04 oraz z dnia 13 lutego 2004 r., IV CK 24/03, OSNC 2004 nr 3, poz. 45; z glosami M. Świdarskiej, OSP 2005, z. 11, poz. 131; i M. Nesterowicza, PS 2006, nr 6.

⁸ Wyrok SN z dnia 19 stycznia 2018 r., I ACa 968/17, LEX nr 2550794.

leczenia zachowawczego⁹. W przeciwnym razie sąd może uznać, że obowiązek informacji nie został spełniony i zgoda pacjenta nie wyłącza bezprawności działania lekarza¹⁰.

Informacja medyczna powinna być udzielona pacjentowi skutecznie¹¹. W wyroku SA w Szczecinie z dnia 11 sierpnia 2016 r.¹² ustalono, że w pozwanej klinice lekarz dokonał u powódki wycięcia brodawki skórnej na plecach, materiał pooperacyjny wysłał do pracowni histopatologicznej, a po otrzymaniu wyników, jeśli byłyby złe, miał zawiadomić powódkę. Taka była procedura w tej klinice. Kontaktowano się z pacjentem, jeśli wynik był nieprawidłowy, lecz w przypadku powódki ten sposób postępowania (na skutek niedbalstwa kogoś z personelu medycznego) nie został zachowany. W ekspertyzie histopatologicznej wpisano rozpoznanie czerniaka złośliwego, lecz powódka nie została o tym powiadomiona. Była więc przekonana, że wyniki badań są dla niej korzystne. Dopiero po dwóch latach na skutek rozwoju choroby i kolejnych badań w szpitalu dowiedziała się o nowotworze. Zostało więc naruszone prawo powódki do informacji medycznej o wynikach badania, i mimo że nie miało to wpływu na rozwój choroby, podjęcie i skuteczność leczenia, to sąd słusznie przyznał powódce zadośćuczynienie w kwocie 30.000 zł za naruszenie praw pacjenta.

Dla porównania warto przytoczyć wyrok francuskiego Sądu Kasacyjnego z dnia 3 maja 2018 r. (no. 16-27.506)¹³, jako że rozstrzygnięcie polskiego sądu byłoby podobne. W tej sprawie powódka, będąc w ciąży, znajdowała się pod opieką lekarza ginekologa, który dnia 11 grudnia 1999 r. skierował ją na badania prenatalne, przepisał test krwi (*le médecin gynécologue prescripteur*) w celu wykrycia, czy płód nie jest dotknięty ryzykiem trisomii 21 (zespół Downa). Zlecenie miało być realizowane przez pierwsze laboratorium prywatne, które przekazało je do laboratorium w centrum szpitalnym (drugie laboratorium). To laboratorium jednak, nie mogąc wykonać badania do 18. tygodnia ciąży, przekazało zlecenie do trzeciego laboratorium. Badanie wykazało, że istnieje ryzyko urodzenia dziecka z trisomią 21, lecz wyniki nie zostały podane do wiadomości ani lekarzowi w laboratorium centrum szpitalnego, ani ginekologowi przepisującemu test, ani pacjentce. W 38. tygodniu ciąży, dnia 27 maja 2000 r. pacjentka udała się do ginekologa położnika (*le gynécologue obstétricien*) w celu dokonania porodu. Urodziła córkę z zespołem Downa. Dnia 24 czerwca 2003 r. rodzice wnieśli powództwo

⁹ Por. M. Świdarska, *Zgoda pacjenta...*, s. 85 i n.; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, s. 143 i n.; M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 148 i n.; S. Niemczyk, A. Łazarska, *Materialnoprawne elementy aktu zgody pacjenta w ujęciu prawnym i medycznym*, PiM 2005, nr 2, s. 53; por. też w prawie angielskim: R. Nelson-Jones, F. Burton, *Medical Negligence Case Law*, Londyn 1990, s. 67.

¹⁰ Zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r., I ACa 360/16, OSP 2019, z. 7–8, poz. 67, z glosą M. Nesterowicza; wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 listopada 2018 r., I ACa 192/18, LEX nr 2770860; wyrok SN z dnia 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18, LEX nr 1949227; wyrok SA w Poznaniu z dnia 8 marca 2018 r., I ACa 917/17, LEX nr 2553672.

¹¹ Por. w tej kwestii: M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 68 i n.

¹² Wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 sierpnia 2016 r., I ACa 300/16, OSP 2020, z. 2, poz. 11, z glosą M. Nesterowicza.

¹³ „Recueil Dalloz” 2018, nr 19, s. 1008; „Revue Trimestrielle de Droit Civil” 2018, nr 3, s. 681 i n., z komentarzem P. Jourdaina.

odszkodowawcze przeciwko obu lekarzom w imieniu własnym (z tytułu *wrongful birth*) i w imieniu córki (z tytułu *wrongful life*)¹⁴. Uzasadniali, że z powodu braku informacji o wadzie genetycznej dziecka zostali pozbawieni możliwości dokonania aborcji.

Sąd Kasacyjny uznał odpowiedzialność obu ginekologów *in solidum*. Odrzucił argument, że brak przekazania informacji jest błędem albo niedbalstwem laboratorium. Wina osoby trzeciej, skoro nie ma charakteru siły wyższej, nie może zwolnić lekarza od odpowiedzialności wobec powodów. Lekarz ginekolog przepisujący badanie pacjentki miał obowiązek osobiście poinformować ją o wynikach badania, a nie polegać na laboratorium. Natomiast ginekolog-położnik, mając w ręku dokumentację pacjentki i widząc zlecenie na badanie genetyczne, powinien przed odebraniem porodu zainteresować się brakiem wyniku testu.

Ponieważ badanie powódki i urodzenie dziecka nastąpiło w czasie, gdy Sąd Kasacyjny przyjmował roszczenia *wrongful life* (uchwała całej Izby Cywilnej z dnia 17.11.2000 r., no. 99-13.701 w sprawie *Perruche*), a przed ustawą z dnia 4 marca 2002 r. o prawach pacjenta i jakości systemu zdrowia, która tego roszczenia nie dopuściła i ograniczyła znacznie roszczenia rodziców upośledzonego dziecka, roszczenia powodów miały podstawy prawne¹⁵.

Trzeba też dodać, że w prawie francuskim naruszenie prawa do informacji powoduje szkodę niemajątkową (*préjudice moral*), której sąd nie może pozostawić bez naprawienia. Są to cierpienia moralne, wynikające z szoku w razie dowiedzenia się o zrealizowanym ryzyku, mimo że było ono nieuniknione, czy też cierpienie, którego by nie było albo byłoby mniejsze, jeśli pacjent o ryzyku byłby uprzedzony i je zaakceptował. Jest to naruszenie praw pacjenta, który został pozbawiony możliwości udzielenia „objaśnionej” zgody, co uzasadnia przyznanie zadośćuczynienia za szkodę moralną. Gdyby pacjent wiedział o ryzyku, to mógłby się do tego przygotować psychicznie oraz podjąć pewne dyspozycje osobiste (*le préjudice moral de non-préparation*). Stanowisko to zostało podtrzymane w licznych orzeczeniach¹⁶ Sądu Kasacyjnego. Ustawa z dnia 4 marca 2002 r. o prawach pacjenta i jakości systemu opieki zdrowotnej dokonała zmian w kodeksie zdrowia publicznego, który w art. L.1111-2 przewiduje obowiązek

¹⁴ Co do tych roszczeń we Francji i w innych państwach – zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 324 i n.

¹⁵ Zob. Y. Lambert-Faivre, *La loi no. 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. I. La solidarité envers les personnes handicapées*, „Recueil Dalloz” 2002, nr 15, s. 1217 i n.; G. Mémeteau, *Cours de droit médical*, Bordeaux 2006, s. 424 i n.; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 339 i n.; *idem*, *Odpowiedzialność cywilna wobec narodzonego dziecka z tytułu wrongful life w prawie francuskim* [w:] *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, red. A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz, Warszawa 2003, s. 287 i n.; zob. też wyrok Sądu Kasacyjnego z dnia 16 stycznia 2013 r. (no. 12.14.020, „Recueil Dalloz” 2013, nr 4, s. 244; „Recueil Dalloz” 2013, nr 9, s. 598; M. Nesterowicz, *Przegląd orzecznictwa europejskiego w sprawach medycznych (w latach 2012–2013 – wybrane orzeczenia)*, PS 2015 nr 4; co do informacji w związku z badaniami preimplantacyjnymi i prenatalnymi w Polsce – zob. *idem*, *Prawo medyczne*, s. 300 i n.

¹⁶ Zob. orzeczenia Sądu Kasacyjnego z dnia: 3 czerwca 2010 r. (D. 2010.1552), 19 października 2010 r. (D.2010.2682), 12 czerwca 2012 r. (D.2012.1610), 12 lipca 2012 r. (D.2012.2277), 12 października 2016 r. (D.2016.2166) oraz Conseil d’État z dnia: 10 października 2012 r. (D.2012.2518) i 19 października 2016 r. (RTDciv 1/2017).

lekarza poinformowania pacjenta o ryzykach często występujących albo poważnych, normalnie przewidywalnych. W świetle najnowszego orzecznictwa lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta także o ryzyku wyjątkowym (*les risques graves, mais exceptionnels*), jeśli ryzyko jest znane i przewidywalne dla danego rodzaju interwencji medycznej, poza przypadkiem nagłości, w którym zachodziła konieczność interwencji medycznej, na którą pacjent nie mógłby się nie zgodzić. W braku takiej informacji pacjent doznaje krzywdy, dającej podstawę do zadośćuczynienia¹⁷.

2. Zakres i przedmiot informacji

Zakres i przedmiot informacji jest ujęty szeroko, dotyczy nie tylko zabiegów leczniczych, lecz także diagnostycznych, zwłaszcza tych, które nie są prostym badaniem, lecz niosą za sobą ryzyko skutków niebezpiecznych dla zdrowia.

Prawo pacjenta do informacji szczegółowo określa art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁸, a obowiązek lekarza udzielenia informacji – art. 31 ust. 1 ustawy z o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹. Artykuł 9 ust. 2 stanowi: „Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami”. Z kolei artykuł 31 ust. 1 głosi: „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, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Niewykonanie tego obowiązku narusza prawa pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia. W wyroku z dnia 15 stycznia 2014 r.²⁰ Sąd Apelacyjny w Katowicach przyjął odpowiedzialność szpitala za niepoinformowanie pacjentki o możliwych

¹⁷ Zob. M. Bacache, *Pour une indemnisation au-delà de la perte de chance*, „Recueil Dalloz” 2008, s. 1911; *eadem*, *Responsabilité médicale: évolution ou régression?*, „Recueil Dalloz” 2012, s. 2277 i n.; Y. Lambert-Faivre, *Droit du dommage corporel*, Paryż 2004, s. 759; A. Laude, *Obligation d’information et prescription hors autorisation de mise sur le marché*, „Recueil Dalloz” 2012, nr 27, s. 1794 i n.; Ph. Brun, O. Gout, *Panorama. Responsabilité civile*, „Recueil Dalloz” 2013, nr 1, s. 41 i n.; zob. też M. Nesterowicz, *Przegląd orzecznictwa europejskiego w sprawach medycznych (w latach 2010–2013 – wybrane orzeczenia)*, PS 2014, nr 7–8; M. Świdowska, *Obowiązek informacji i zgoda pacjenta na zabieg medyczny w prawie francuskim*, KPP 2003, nr 4; *eadem*, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny w świetle ustawodawstwa francuskiego*, PiM 2003, nr 13.

¹⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849; dalej: u.p.p.).

¹⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 514; dalej: u.z.l.). Analiza polskiego prawa: zob. też prace autorów cyt. w przypisie 1.

²⁰ Wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2014 r., I ACa 922/13, LEX nr 1441388.

powikłaniach i ryzyku zabiegu znieczulenia przed porodem, co jest zawinionym naruszeniem jej praw jako pacjenta i uzasadnia zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego.

Natomiast zdaniem SN, „obowiązek informacji obejmuje nie tylko metody leczenia stosowane w jednostce, w której przebywa pacjent, ale odnosi się także do metod stosowanych w innych ośrodkach medycznych krajowych a w szczególnych sytuacjach, w rzadkich skomplikowanych przypadkach, także zagranicznych”²¹. Można dodać, że powinno to dotyczyć zwłaszcza krajów UE, gdzie stosuje się Dyrektywę transgraniczną 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r.²²

O obowiązku informacji stanowi również Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) w art. 13: „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”. Tylko więc przy uwzględnieniu tego przepisu należy interpretować treść art. 6 KEL, który głosi: „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze”. Decyzja co do zastosowania tych metod, często połączonych z różnymi korzyściami i ryzykiem, należy do pacjenta. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 16 maja 2012 r.²³ uznał, że pacjent, aby mógł dokonać świadomego wyboru (w danej sprawie pomiędzy metodą chirurgiczną a laparoskopową), musi zostać o alternatywnej metodzie leczenia czy też diagnostyki poinformowany.

Z kolei art. 17 KEL głosi: „W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”.

Podobnie przewiduje art. 31 ust. 4 u.z.l.: „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji”. Ponadto, na żądanie pacjenta lekarz (osoba wykonująca zawód medyczny) nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji (art. 31 ust. 3 u.z.l., art. 9 ust. 4 u.p.p.; art. 16 ust. 1 KEL), np. pacjent chory na raka może nie życzyć sobie informacji o charakterze nowotworu i prognozie przeżycia. Fakt ten powinien

²¹ Wyrok SN z dnia 24 września 2015 r., V CSK 738/14, LEX nr 1796881.

²² Zob. M. Nesterowicz, N. Karczevska-Kamińska, *Prawo do leczenia obywateli polskich w państwach Unii Europejskiej w związku z Dyrektywą transgraniczną* [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska, Warszawa 2016, s. 787 i n.

²³ Wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885.

być odnotowany w dokumentacji medycznej z podpisem pacjenta, co ma znaczenie dowodowe.

Zgoda, która nie jest „objaśniona”, jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Należy przy tym pamiętać, że lekarz nie jest nieomylny i może postawić błędną diagnozę, tym bardziej więc pacjent powinien znać jej podstawę. Natomiast same rokowania powinny być pacjentowi podane ogólnie przy wzięciu pod uwagę rodzaju i terminu zabiegu, ponieważ inaczej będzie lekarz informował pacjenta o zabiegu operacyjnym, a inaczej o lekkim zabiegu innego rodzaju; inaczej takiego, u którego nie istnieje bezwzględna konieczność operacji.

Dał temu wyraz SN w orzeczeniu z dnia 29 grudnia 1969 r.²⁴ Chodziło tu o przypadek, w którym powódka poddała się zabiegowi operacyjnemu mającemu na celu poprawę funkcjonowania usztywnionej ręki. W pewien czas po operacji wystąpił stan zapalny i powikłania, które zmusiły powódkę do poddania się w ciągu kilku lat trzem ciężkim i bolesnym operacjom. W wyniku tego stan jej ręki był gorszy niż przed pierwszą operacją i została uznana za inwalidkę II grupy, niezdolną do pracy. W procesie postawiła zarzut, że lekarze nie uprzedzili jej o ryzyku i skutkach operacji. Sąd Najwyższy stwierdził: „W takiej sytuacji, gdy za operacją przemawiają jedynie względne wskazania, jest szczególnie niezbędne, aby lekarz pouczył pacjenta, że proponowany zabieg może wprawdzie i normalnie powinien przynieść poprawę, może jednak także wywołać stany zapalne i pogorszenie. Chodzi o to, aby pacjent z całą świadomością poddał się zabiegowi albo z niego zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka pogorszenia”.

Jeżeli nie ma bezwzględnych wskazań dokonania zabiegu operacyjnego, lekarz powinien poinformować o tym pacjenta, wskazując mu konkretne możliwości leczenia, a zwłaszcza pouczając go o leczeniu zachowawczym lub operacyjnym tak, aby zgoda pacjenta była wynikiem świadomego wyboru. Powinno to mieć miejsce zwłaszcza tam, gdzie ryzyko jest nieodłączne w danej interwencji lekarskiej. Gdyby szkoda będąca skutkiem tego ryzyka powstała nawet mimo braku winy lekarza, poniesie on odpowiedzialność przez pozbawienie pacjenta szansy uniknięcia tego ryzyka i podjęcia leczenia zachowawczego, a w każdym razie niedania mu możliwości świadomego wyboru sposobu leczenia. W wyroku z dnia 19 czerwca 2019 r.²⁵ SN stwierdził: „Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia stanowiące powikłanie (następstwo powikłania) związane z podjętym leczeniem nie mogą być co do zasady postrzegane jako następstwo niedzielenia należytej informacji o tym powikłaniu. O zależności przyczynowej między nimi można by mówić tylko wtedy, gdyby istniały wystarczające podstawy do przyjęcia, że w razie udzielenia należytej informacji pacjent odmówiłby zgody na świadczenie”.

Podobnie orzekł SN w sprawie, w której powód dochodził odszkodowania za szkodę doznaną na skutek dokonania operacji tarczycy i powikłań pooperacyjnych. Sąd

²⁴ Wyrok SN z dnia 29 grudnia 1969 r., II CR 564/69, OSPIKA 1970, z. 10, poz. 202.

²⁵ Wyrok SN z dnia 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18, LEX nr 1949227.

stwierdził, że powód nie został poinformowany o możliwości i skutkach leczenia zachowawczego oraz celowości i wynikach zabiegu operacyjnego. Ograniczenie się lekarza do zgody formalnej (braku sprzeciwu) jest niewystarczające i stanowi brak zgody pacjenta, co czyni zabieg prawnie nieusprawiedliwionym i uzasadnia odpowiedzialność za rozstrój zdrowia powoda. Mimo że powikłania były tylko przejściowe i ustąpiły, a pozostała pooperacyjna szpecąca blizna, sąd uznał żądanie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę za zasadne²⁶. Natomiast SA w Łodzi orzekł²⁷: „Pacjent, aby mógł dokonać świadomego wyboru, musi zostać o alternatywnej metodzie leczenia czy też diagnostyki poinformowany. W sytuacji, gdy istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze wybór jednej z nich należy do pacjenta”. Wymienić też można wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 listopada 2018 r.²⁸, który stwierdził: „Przejawem autonomii jednostki i swobody dokonywanych wyborów jest prawo decydowania o sobie samym – w tym co do wyboru metody leczenia. Wybór ten, by był świadomy, musi zostać poprzedzony informacją o istniejących i dostępnych alternatywnych metodach leczenia czy diagnostyki. Ostateczna decyzja należy do pacjenta, a lekarz ma obowiązek ją uszanować, nawet jeśli w jego ocenie nie jest trafna”²⁹. W tej sprawie dokonano zabiegu ortopedycznego na skutek choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i silnych dolegliwości bólowych pacjenta. Jednak żaden z lekarzy nie informował pacjenta o planowanym zabiegu wszczepienia komórek macierzystych w lewą nogę ani o skuteczności tej metody bądź o metodach alternatywnych.

Obowiązek powiadomienia odnosi się nie tylko do zabiegów podstawowych (zwłaszcza operacyjnych), lecz także do badań diagnostycznych, które łączą się z ryzykiem dla pacjenta (np. arteriografia, radiografia ze środkiem cieniującym itp.). Forma powiadomienia jest dowolna – z reguły ustna, rzadziej pisemna. Fakt udzielenia informacji i ich treść powinny być odnotowane w karcie chorobowej. Informacje te powinny być udzielone pacjentowi w odpowiednim czasie przed zabiegiem, aby mógł on je przemyśleć przed ewentualnym wyrażeniem zgody na dokonanie zabiegu.

Przeważnie informacja dotyczy wyrażenia przez pacjenta „świadomej” zgody na zabiegi operacyjne, wybór metody leczenia (np. leczenie zachowawcze), badania diagnostyczne, zabiegi rehabilitacyjne, stosowanie leków³⁰ czy odmowy zgody na lecze-

²⁶ Orzeczenie SN z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, NP 1975, nr 4, s. 585, z glosą M. Nesterowicza.

²⁷ Wyrok SA w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., I ACa 355/13, PiM 2015, nr 2, z glosą M. Nesterowicza.

²⁸ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 listopada 2018 r., I ACa 192/18, LEX nr 2770860.

²⁹ Przez wieki uważano, że o metodzie leczenia czy diagnostyki decyduje lekarz. Jednak w wyroku z dnia 28 stycznia 1942 r. francuskiej *Chambre des Requetes de la Cour de Cassation* pojawił się pogląd, że jeżeli w danym przypadku można użyć kilku metod, to lekarz powinien przedstawić je pacjentowi i czekać na jego decyzję – zob. E. Arrighi de Casanova, *La responsabilité médicale et le droit commun de la responsabilité civile*, Paryż 1946, s. 161.

³⁰ Jak np. w wyroku SA w Krakowie z dnia 21 grudnia 2015 r., I ACa 973/13, Prz. Pr. Med. 2019, nr 1, s. 130 i n., z glosą N. Karczewskiej-Kamińskiej, gdzie ustalono, że powódce w trakcie porodu nie udzielono informacji o podaniu leku (buskolizyny), który mógłby zmniejszyć skutki odklejenia się łożyska, ani nie informowano jej o krwawieniu, a jedynie o konieczności dokonania cesarskiego cięcia. Wprawdzie nie miało to wpływu na skutki zdarzenia (usunięcie macicy dla ratowania życia kobiety wskutek nieprzewidzianych komplikacji) i nie było podstaw do roszczeń z art. 444–445 k.c., to była podstawa do zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta (SA zasądził kwotę 40.000 zł za doznaną krzywdę);

nie (jak w cytowanym wyżej wyroku Sądu Najwyższego, II CSK 279/18), może jednak wpływać na inne postępowanie pacjenta czy odnosić się także do jego osób bliskich. I tak, SA w Poznaniu w wyroku z dnia 2 maja 2002 r.³¹ orzekł: „Szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta”. Ochrona prawna dotyczy wówczas nie tylko pacjenta, lecz również osób najbliższych, dla których może on stanowić potencjalne źródło zakażenia³². Podobny pogląd wyraził SA w Warszawie w wyroku z dnia 10 marca 2015 r.³³, orzekając, że brak udzielenia pacjentce odpowiedniej informacji o stwierdzonym przez szpital zakażeniu WZW-C narusza prawo do informacji o jej stanie zdrowia i stanowi winę personelu szpitala. W przypadku posiadania takiej świadomości pacjentka mogła podjąć działania zapobiegawcze celem uniknięcia ryzyka zakażenia najbliższych członków rodziny nawet wówczas, gdy potencjalne ryzyko zakażenia było rzadkie.

Jaki jest zakres obowiązku informacji? Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 29 września 2005 r.³⁴ stwierdził, że „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 potrzebuje usłyszeć od lekarza aby podjąć »poinformowaną« i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu”. Podobnie orzekł SN w wyroku z dnia 8 lipca 2010 r.³⁵ Zwraca się uwagę w piśmiennictwie i judykaturze polskiej, że lekarz ma obowiązek uprzedzić pacjenta o skutkach normalnych, typowych, zwykłych, z którymi w konkretnym przypadku powinien się liczyć, a nie o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko, mając charakter incydentalny³⁶.

W sprawie, w której wydany został wyrok SN z dnia 7 marca 1974 r.³⁷, dokonano operacyjnego usunięcia guza (nowotworu) okolicy szyjnej. W czasie operacji okazało się, że nowotwór wyrasta z jednego z pni nerwowych splotu barkowego, w związku z czym dla usunięcia nowotworu konieczne było wycięcie tego pnia. Zabieg ten spowodował porażenie mięśni lewej ręki unerwionych przez górny pęczek splotu barkowego. Usunięcie guza było wskazane i zgodne ze sztuką lekarską. W procesie powód twierdził, że był zapewniany przez badających go przed operacją lekarzy, że zabieg

czy w wyroku SA w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r., I ACa 360/16, OSP 2019, z. 7–8, poz. 67, z glosą M. Nesterowicza, gdzie nie poinformowano rodziców o ryzyku stosowania leku (antybiotyku) wobec ich 4-miesięcznej córki.

³¹ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 2 maja 2002 r., I ACa 221/02, PiM 2004, nr 1, z glosą M. Nesterowicza.

³² Zob. M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna lekarza (zakładu leczniczego) za nieostrzeżenie osoby trzeciej o zagrożeniu chorobą zakaźną przez pacjenta*, PiM 2016, nr 3; R. Mulheron, *Medical Negligence: Non-Patient and Third Party Claims*, Farnham, Surrey, Anglia 2000.

³³ Wyrok SA w Warszawie z dnia 10 marca 2015 r., VI ACa 651/14, PiM 2016, nr 4, z glosą M. Nesterowicza.

³⁴ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, PiM 2008, nr 1, z glosą M. Nesterowicza.

³⁵ Wyrok SN z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Wyrok SN z dnia 7 marca 1974 r., I CR 43/74, NP 1977, nr 1, s. 109.

operacyjny nie wywoła żadnych ujemnych skutków w jego zdrowiu i dlatego wyraził zgodę na zabieg. Sąd Najwyższy orzekł: „Jeżeli skutki zabiegu operacyjnego są do przewidzenia, a pacjent nie zostałby o nich poinformowany, brak pouczenia pacjenta o normalnych przy tego rodzaju zabiegu, następstwach w zdrowiu operowanego nie mogłoby wyłączyć odpowiedzialności strony pozwanej (Skarbu Państwa) za wyrządzoną pacjentowi szkodę z powołaniem się na wyrażoną przez pacjenta uprzednio zgodę”.

Przedmiot i zakres informacji medycznej determinuje zakres zgody pacjenta na zabieg. Lekarz może go przekroczyć tylko wtedy, gdy spełnione są przesłanki z art. 35 u.z.l. (tzw. wyjątek terapeutyczny, *extended operation*)³⁸. W braku tych przesłanek nie może dokonywać zabiegu, który nie był objęty informacją, a w konsekwencji zgodą pacjenta³⁹.

3. Prawo pacjenta do informacji a ryzyko szczególne zabiegu medycznego

Jeżeli zabieg łączy się z ryzykiem szczególnym i mogą się zdarzyć następstwa występujące wprawdzie rzadko, ale możliwe do przewidzenia, zwłaszcza mające niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażające życiu, wówczas lekarz powinien o nich powiadomić pacjenta, chyba że zabieg jest konieczny dla ratowania życia chorego⁴⁰. Rzadkość komplikacji nie zwalnia lekarza z obowiązku informacji.

W sprawie, w której dokonano zabiegu operacyjnego tzw. tracheotomii gardła, co było konieczne dla ratowania życia chorego, a po zabiegu doszło do powikłań w postaci przetoki gardłowo-krtaniowej, SN stwierdził: „Obowiązek lekarza uprzedzenia chorego o możliwych komplikacjach zamierzonej operacji inaczej przedstawia się w sytuacji, gdy chodzi o operację mającą na celu tylko poprawę stanu zdrowia, a inaczej, gdy operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego. W tym drugim przypadku lekarz nie może udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji”⁴¹.

W wyroku z dnia 1 kwietnia 2004 r.⁴² SN stanął na stanowisku, że „w sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi tylko cel i rodzaj zabiegu oraz zwykłe jego następstwa (...). Jeżeli operacja jest

³⁸ Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 188 i n.; M. Świdorska, *Zgoda pacjenta...*, s. 181 i n.; N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia...*, s. 46 i n.; z ostatnich orzeczeń dotyczących tej kwestii zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 21 grudnia 2015 r., I ACa 973/13, Prz. Pr. Med. 2019, nr 1, s. 130 i n., z głosem N. Karczewskiej-Kamińskiej.

³⁹ Zob. wyrok SA w Lublinie z dnia 14 kwietnia 2011 r., I ACa 130/11, PiM 2012, nr 3–4, z głosem M. Nesterowicza.

⁴⁰ Orzeczenie SN z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, PiM 2012 nr 2, z głosem M. Nesterowicza.

⁴¹ Wyrok SN z dnia 11 stycznia 1974 r., II CR 732/73, OSPiKA 1975, z. 1, poz. 6.

⁴² Wyrok z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 134/03, LEX nr 355344.

niezbędna dla ratowania życia chorego lekarz nie powinien udzielać pacjentowi informacji o powikłaniach, które zdarzają się niezmiernie rzadko, ponieważ mogłyby to wpłynąć ujemnie na psychikę chorego i doprowadzić do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu albo do zwiększenia ryzyka operacji". Tezę tę SN podtrzymał w wyroku z dnia 26 kwietnia 2007 r.⁴³, głosząc: „Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszelkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie (...)" ; podobnie orzekły SN w wyroku z dnia 9 listopada 2007 r.⁴⁴ oraz SA w Gdańsku w wyroku z dnia 28 listopada 2012 r.⁴⁵

Lekarz nie ma natomiast obowiązku informowania pacjenta o jakichś nadzwyczajnych, nieprzewidzianych i mało prawdopodobnych skutkach.

Orzekł tak SN w wyroku z dnia 28 sierpnia 1973 r.⁴⁶: „Nie można wymagać od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, a zwłaszcza o takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. Takie uprzedzenie mogłoby doprowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu. Sposób pouczenia przy odbieraniu zgody na zabieg (operację czy też badanie) uzależniony musi być od rodzaju zabiegu”.

W innej sprawie (w której u pacjentki dokonano operacji szyjki macicy, dotkniętej nowotworem, tzw. systemem Wertheima) SN orzekł: „Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, ażeby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać. W związku z tym lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykłe jego następstwa, natomiast nie potrzebuje, a często nawet ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami, nieobjętymi normalnym ryzykiem podejmowania zabiegu, które w szczególnych wypadkach powikłań mogą wystąpić”⁴⁷. Sąd Najwyższy, oddalając rewizję powódki, stwierdził, że na ogół każdy pacjent decydujący się na poważną operację nowotworową zdaje sobie sprawę z możliwości wystąpienia nieprzewidzianych i nietypowych powikłań. Powódka zaś wiedziała o rodzaju swojej choroby i o tym, że w jej przypadku operacja jest jedynym sposobem uratowania życia wobec niewyrażenia przez nią zgody na leczenie promieniami jonizującymi.

Nowsze orzecznictwo wymaga jednak poinformowania pacjenta o możliwości powikłań, aby jego zgoda była w pełni świadoma zarówno co do zabiegów operacyjnych, jak i badań diagnostycznych, często również niosących ze sobą poważne ryzyko. W wyroku z dnia 2 października 2003 r.⁴⁸, SA w Lublinie orzekł: „Niepoinformowanie

⁴³ Wyrok SN z dnia 26 kwietnia 2007 r., II CSK 2/07, OSP 2009, z. 1, poz. 6, z głosem P. Daniluka i z głosem M. Nesterowicza, PiM 2010 nr 3.

⁴⁴ Wyrok SN z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, LEX nr 494157.

⁴⁵ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 28 listopada 2012 r., V ACa 826/12, PiM 2015, nr 1, z głosem M. Nesterowicza.

⁴⁶ Wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1973 r., I CR 441/73, OSPiKA 1974, poz. 123, z głosem M. Nesterowicza.

⁴⁷ Wyrok SN z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSN 1980, z. 4, poz. 81.

⁴⁸ Wyrok SA w Lublinie z dnia 2 października 2003 r., I ACa 369/03, PiM 2005, nr 3, z głosem M. Nesterowicza.

pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu gastrokopii i ewentualnych powikłaniach (przy zabiegu nastąpiło przebicie ścian przelyku) jest bezprawne (jako naruszające obowiązujące normy) i zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na zabieg ze względu na możliwość powikłań)”. Podobne stanowisko zajął Sąd Okręgowy w Krakowie w wyroku z dnia 30 grudnia 2003 r.⁴⁹, stanowiąc: „Pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy chodzi o ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki ponosi szpital”. Natomiast SA w Warszawie w wyroku z 13 czerwca 2007 r.⁵⁰ stwierdził, że zgoda pacjenta na operację przeprowadzoną przy zastosowaniu krążenia pozaustrojowego w braku pouczenia o ryzyku powikłań, w tym uszkodzenia centralnego układu nerwowego może być uznana za nieskuteczną. Ten sam sąd w kolejnym wyroku z dnia 11 marca 2008 r.⁵¹ orzekł: „Jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane”. Zabieg diagnostyczny, którego tu dokonano, nie był bezwzględnie konieczny ani nieuchronny z uwagi na zagrożenie życia chorej, a skutki jego były tragiczne – nieodwracalne, trwałe uszkodzenie rdzenia kręgowego i 100% inwalidztwa.

Trzeba przy tym pamiętać, że o wiele dalej idący jest obowiązek informacji, jeżeli lekarz dokonuje eksperymentu badawczego lub klinicznego, zabiegu z dziedziny chirurgii estetycznej (kosmetycznej) czy zabiegów nielecniczych⁵². Obowiązany jest wówczas dokładnie i szczegółowo poinformować pacjenta o ryzyku zabiegu i wszelkich mniej lub bardziej możliwych skutkach i powikłaniach. Przykładem może być wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2015 r.⁵³, w którym sąd zasądził na rzecz powódki zadośćuczynienie za doznaną krzywdę za cierpienia fizyczne i psychiczne powstałe w wyniku pęknięcia śledziony po badaniu kolonoskopowym (art. 445 § 1 k.c.). Kolonoskopia nie miała charakteru leczniczego, została przeprowadzona w celu wykluczenia raka jelita, gdyż w rodzinie powódki wystąpił przypadek zachorowania na to schorzenie. Skutkiem badania była operacja usunięcia śledziony. Choć badanie zostało przeprowadzone prawidłowo, a uszkodzenie śledziony stanowiło powikłanie, które mimo dokonania zabiegu zgodnie z wiedzą lekarską i należyłą starannością może wystąpić, to sąd przyjął odpowiedzialność szpitala za wyrządzoną powódce szkodę (z art. 430 k.c.). Uznał bowiem za wadliwą zgodę powódki, która nie została poinformowana o ryzyku urazu śledziony, mimo że jest to niezwykle rzadkie powikłanie. Skutkiem tego lekarz działał bez zgody. Zdaniem sądu, ponieważ zabieg nie był niezbędny, miał charakter profilaktyczny, to należało powódce udzielić szczegółowych

⁴⁹ Wyrok SO w Krakowie z dnia 30 grudnia 2003 r., I C 110/02, PiM 2006, nr 1, z glosą M. Nesterowicza.

⁵⁰ Wyrok SA w Warszawie z dnia 13 czerwca 2007 r., VI ACa 1246/06, LEX nr 434465.

⁵¹ Wyrok z dnia 11 marca 2008 r., I ACa 846/07, PS 2009, nr 11–12, z glosą M. Nesterowicza.

⁵² Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 265 i n.

⁵³ Wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2015 r., I ACa 856/14, LEX nr 1649237, z glosą A. Rososzczyk, PS 2016, nr 6.

informacji dotyczących możliwych, nawet rzadkich powikłań, tak by mogła ona podjąć świadomą i racjonalną decyzję, czy wyraża zgodę na poniesienie ryzyka związanego z dokonaniem czynności medycznej o takim zapobiegawczym charakterze, acz inwazyjnym i niosącym za sobą ryzyko szkody.

Jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia (wykonania zabiegu operacyjnego) kilkoma różnymi metodami, to powinien zostać przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody. Zaniechanie przez lekarza wskazanego wyżej obowiązku poinformowania pacjenta narusza dyspozycję art. 31 u.z.l., jak również pozbawia pacjenta możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, przez co standardowe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu jedną z możliwych metod nie ma charakteru zgody uświadomionej. Brak jest wówczas legalności działania lekarza, co implikuje odpowiedzialność lekarza (szpitala) – art. 415 i art. 430 k.c.⁵⁴

4. Obowiązek informacji wobec osób bliskich

Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny, bądź niezdolny do zrozumienia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. (art. 31 ust. 6 u.z.l.). Informacji powinien udzielić lekarz także pacjentowi, który ukończył 16 lat (art. 31 ust. 5 u.z.l.). Natomiast pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania (art. 31 ust. 7 u.z.l.). W wyroku z dnia 4 lipca 1970 r.⁵⁵ SN orzekł, że jeżeli opiekunowie dziecka żądają szczegółowych informacji o ryzyku zabiegu, lekarz powinien ich udzielić. W przeciwnym razie wystarczającym pouczeniem jest wskazanie, że zabieg jest poważny i kryje w sobie niebezpieczeństwa. Z kolei w wyroku z dnia 6 sierpnia 1991 r.⁵⁶, SA w Poznaniu stwierdził: „Brak należytego uprzedzenia rodziców małoletniej, przed wyrażeniem przez nich zgody na operację, o możliwości komplikacji pooperacyjnych, w sytuacji gdy nie było bezwzględnych wskazań dokonania zabiegu operacyjnego, czynić mogłoby zabieg nieusprawiedliwionym i powodować odpowiedzialność szpitala (Skarbu Państwa) na zasadzie art. 417 k.c.” Natomiast w wyroku SA w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r.⁵⁷, sąd uznał, że rodzice małoletniego dziecka nie byli informowani o planowanej terapii i ryzyku stosowania leku – antybiotyku o silnym działaniu ototoksycznym,

⁵⁴ Zob. wyroki: SA w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., I ACa 51/10, LEX nr 653696, z glosą A. Surynt-Skorupy, PS 2012, nr 4; SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885, z glosą M. Świderskiej, PiM 2012, nr 3–4.

⁵⁵ Wyrok SN z dnia 4 lipca 1970 r., I CR 147/70, LEX nr 6758.

⁵⁶ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 6 sierpnia 1991 r., I ACr 2639/61, Wokanda 1992, nr 2.

⁵⁷ Wyrok SA w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r., I ACa 360/16, OSP 2019, z. 7–8, poz. 67, z glosą M. Nesterowicza.

który spowodował uszkodzenie słuchu poszkodowanej. Ich zgoda na leczenie, mająca charakter blankietowy, była więc bezskuteczna.

W wyroku SN z dnia 17 marca 1977 r.⁵⁸ przyjęto odpowiedzialność szpitala za szkodę wyrządzoną na skutek stosowania elektrowstrząsów (złamanie kręgu piersiowego) psychicznie choremu pacjentowi. Podstawą odpowiedzialności był brak powiadomienia przedstawiciela ustawowego chorego, który był całkowicie ubezwłasnowolniony, o ryzyku i skutkach zabiegu, i niezyskanie niewadliwej zgody. Sąd odrzucił twierdzenie szpitala, że pacjent nie protestował przy stosowaniu zabiegu i że w praktyce szpitalnej nie zdarzały się dotąd przypadki sprzeciwu chorego lub jego rodziny, a przeciwnie – proszono raczej o stosowanie kuracji elektrowstrząsowej.

Artykuł 31 ust. 2 u.z.l. przewiduje, że innym osobom (a więc np. rodzinie) lekarz może udzielać informacji tylko za zgodą pacjenta, chyba że jest on nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. Wtedy lekarz udziela informacji osobie bliskiej wymienionej w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. (np. małżonkowi, dorosłym dzieciom, rodzicom). Jest to zgodne z art. 16 KEL, który stanowi: „Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek pełnego informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego”.

5. Obowiązek informacji w razie odmowy przez pacjenta poddania się leczeniu

Rzadko pojawia się kwestia informacji w związku z odmową pacjenta poddania się leczeniu czy badaniu. Nie przywiązuje się do tego większej uwagi, skoro nie dochodzi do interwencji medycznej, a pacjent, którego stan zdrowia samoistnie się pogorszył, nie występuje z roszczeniem do sądu. Jednakże sytuacja się zmienia. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 listopada 2007 r.⁵⁹ orzekł: „Jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń”. W kolejnym wyroku z dnia 7 listopada 2008 r.⁶⁰, SN stwierdził: „1. Informacja o ryzyku w przypadku zanie-

⁵⁸ Wyrok SN z dnia 17 marca 1977 r., I CR 70/77, OSPiKA 1978, poz. 76, z glosą M. Sośniaka, NP 1978, nr 9, z glosą M. Nesterowicza.

⁵⁹ Wyrok SN z dnia 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07; zob. glosę M. Nesterowicza, OSP 2010, z. 1, poz. 4.; a ponadto: B. Janiszewska, *Obowiązek informacyjny a odmowa zgody na hospitalizację (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07, PiM 2009, nr 2.*

⁶⁰ Wyrok SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166.

chania zabiegu medycznego jest »lustrzanym odbiciem« informacji o ryzyku związanym z podjęciem tegoż zabiegu. Powinna zatem charakteryzować się wszystkimi tymi cechami, co ta ostatnia, a w szczególności musi być rzetelna i przystępna. 2. Skoro odmowa poddania się zabiegowi operacyjnemu uchyla bezprawność działania lekarzy polegającą na podjęciu mniej przydatnej metody terapeutycznej, to pozwany musi wykazać, że działali oni zgodnie z prawem. Inaczej, że poinformowali skarżącą o konsekwencjach niepodjęcia leczenia szpitalnego” (odmówiła ona poddania się leczeniu szpitalnemu po złamaniu kości piszczelowej w okolicy stawu kolanowego, tymczasem rodzaj złamania wymagał zabiegu operacyjnego).

Jest to nawiązanie do przyjętej w orzecznictwie amerykańskim teorii *informed refusal* (sprawa Truman v. Thomas, Kalifornia 1980)⁶¹. W tej sprawie pacjentka odmówiła zgody na badanie szyjki macicy z powodu podejrzenia nowotworu, ze względu na to, że na badanie nie miała ochoty, i na znaczny dla niej koszt. Nowotwór nie został więc wykryty, a pacjentka zmarła. Sąd przyjął odpowiedzialność lekarza wobec dzieci pacjentki za nieudzielenie jej informacji o znacznym ryzyku odmowy badania, o czym lekarz wiedział lub powinien był wiedzieć, skoro badanie to zalecił. Zdaniem sądu, jakkolwiek lekarz nie jest zobowiązany do przekonywania pacjenta, aby ten poddał się zabiegom, to jednak spoczywa na nim obowiązek wyjaśnienia pacjentowi ujemnych skutków odmowy (*duty to disclose*), zwłaszcza jeżeli na miejscu pacjenta „rozsądna osoba” wyraziłaby zgodę na zabieg. Podobnie we Francji art. 1111-2 kodeksu zdrowia publicznego nakłada na lekarza obowiązek udzielenia mu informacji co do przewidywalnych następstw działania (odmowy) leczenia i rokowania. W Polsce art. 31 u.z.l. i art. 9 u.p.p. zobowiązują lekarza do udzielenia informacji co do dających się przewidzieć następstw zaniechania metod diagnostycznych i leczniczych. Natomiast art. 29 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej⁶² przewiduje, że pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy żądający wypisania ze szpitala, jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

6. Zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie prawa do informacji medycznych⁶³

Przepis (art. 4 ust. 1 u.p.p.; dawny art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) dający podstawę do zadośćuczynienia pieniężnego w razie zawinionego naruszenia

⁶¹ Zob. N. Karczevska-Kamińska, *Przymus leczenia...*, s. 67 i n.

⁶² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.).

⁶³ Zob. autorzy cytowani w przypisie 1 oraz M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005, nr 1, s. 10 i n.; M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie praw pacjenta i dóbr osobistych osób bliskich* [w:] *Czynić*

praw pacjenta⁶⁴ obowiązuje w polskim ustawodawstwie prawie ćwierć wieku i jest rzeczywistym osiągnięciem legislacyjnym, o czym świadczą liczne wyroki sądowe. W niektórych sprawach, gdzie sądy oddalają powództwa o odszkodowanie i zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia z art. 444–445 k.c. z braku przesłanek odpowiedzialności cywilnej, pacjenci⁶⁵ nie otrzymaliby ani złotego, gdyby nie ten przepis. Pełni on rolę uzupełniającą wobec art. 23 k.c., który w „sprawach medycznych” nie był w ogóle stosowany.

Artykuł 4 ust. 1 u.p.p. przewiduje: „W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego”. Jak orzekł SA w Warszawie w orzeczeniu z dnia 10 marca 2015 r.⁶⁶, przepis powyższy stanowi samodzielną podstawę odpowiedzialności, zaś odesłanie do art. 448 k.c. oznacza tylko tyle, że sąd powinien przy ustalaniu zadośćuczynienia stosować reguły ustalone na gruncie art. 448 k.c.

Wykładni art. 4 ust. 1 ustawy dokonał w wielu wyrokach SN, a przyjęły ją następnie sądy apelacyjne. Przepis ten odnosi się zarówno do odpowiedzialności kontraktowej, jak i deliktowej, zakładu leczniczego, lekarzy czy innej osoby wykonującej zawód medyczny.

Artykuł 4 ust. 1 ustawy chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu lekarskiego⁶⁷.

W wyroku z dnia 27 kwietnia 2012 r.⁶⁸, SN stwierdził, że naruszenie praw pacjenta nie wymaga dowodu szkody, a zadośćuczynienie pieniężne może być przyznane za sam fakt naruszenia, niezależnie od tego, czy w następstwie tego powstała szkoda, np. za działanie lekarza bez „uświadomionej” zgody pacjenta. Ta teza była później powta-

postęp w prawie. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Birucie Lewaszkiewicz-Petrykowskiej, red. W. Robaczyński, Łódź 2017, s. 333 i n.; N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia...*, s. 397 i n.

⁶⁴ Przepis o zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta został w 1997 r. dodany jako art. 19a do ustawy o z.o.z. (Dz. U. Nr 104, poz. 661) i wszedł w życie z dniem 1 grudnia 1997 r., a następnie został zastąpiony przez art. 4 u.p.p.

⁶⁵ Pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 pkt 4 u.p.p.). Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 listopada 2019 r., II CSK 491/18, LEX nr 2770248; OSP 2020, z. 12, z krytyczną glosą N. Karczewskiej-Kamińskiej, orzekł: „Ojciec dziecka, któremu wraz z jego matką nie udzielono przysługującej im informacji o stanie zdrowotnym mającego się urodzić dziecka, przez ocenione jako rażące niedbalstwo pracowników zakładu opieki zdrowotnej nierozpoznanie poważnej i nieusuwalnej wady wrodzonej płodu, przez co nie można było rodziców o tym poinformować w odpowiednim czasie, a zatem uniemożliwione zostało skierowanie obojga rodziców na leczenie psychologiczne już w fazie prenatalnej, powinien być uważany za pacjenta w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta. Jest tak tym bardziej, że w art. 4 ust. 1 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest mowa o poszkodowanym, którym ojciec dziecka jest niewątpliwie”.

⁶⁶ Wyrok SA w Warszawie z dnia 10 marca 2015 r., VI ACA 651/14, LEX nr 1677099.

⁶⁷ Wyrok SN z dnia 29 maja 2007 r., V CSK 76/07, OSNC 2008, nr 7–8, poz. 91 – uzasadn., PS 2009, nr 5, z glosą M. Wałachowskiej; wyrok SN z dnia 3 grudnia 2009 r., II CK 337/09, PiM 2012, nr 2, z glosą M. Nesterowicza.

⁶⁸ Wyrok SN z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, OSP 2013, z. 6, poz. 61, z glosą M. Nesterowicza.

rzana w licznych wyrokach⁶⁹. Z ostatnich orzeczeń trzeba wskazać na wyrok SN z dnia 3 kwietnia 2019 r.⁷⁰, w którym SN głosi: „Roszczenie o zadośćuczynienie, będące następstwem naruszenia praw pacjenta, o którym stanowi art. 4 ust. 1 powołanej ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. oraz roszczenie o zadośćuczynienie wynikające z art. 445 § 1 KC w zw. z art. 444 § 1 KC mają odrębny charakter i określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne”⁷¹.

Z licznych orzeczeń sądów apelacyjnych można wymienić wyrok SA w Poznaniu z dnia 8 marca 2018 r.⁷², w którym sąd stwierdził, że „naruszenia prawa do informacji w zakresie, o jakim mowa w art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, należy doszukiwać się bez względu na to, czy wystąpiły skutki w postaci uszkodzenia lub rozstroju zdrowia. Naruszenie tego dobra osobistego występuje już z chwilą nieudzielenia pacjentowi informacji. (...) nieudzielenie pacjentowi pełnej informacji o możliwych metodach leczenia, nawet jeżeli nie są one refundowane, stanowi czyn bezprawny. (...) na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta można domagać się zadośćuczynienia za samo nieudzielenie prawidłowej, pełnej informacji”; oraz wyrok SA w Lublinie z dnia 21 listopada 2018 r.⁷³, w którym sąd orzekł: „Jeżeli w wyniku leczenia pacjenta dojdzie wyłącznie do naruszenia praw pacjenta (...) pacjent ma prawo do dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego bez względu na to czy w następstwie tego naruszenia wystąpiły skutki w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Jeżeli natomiast w wyniku tych samych zaniedbań popełnionych przez personel medyczny wystąpi dodatkowo skutek w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjenta, wówczas pacjentowi przysługują dwa roszczenia”⁷⁴.

Literatura

- Arrighi de Casanova E., *La responsabilité médicale et le droit commun de la responsabilité civile*, Paryż 1946.
- Bacache M., *Pour une indemnisation au-delà de la perte de chance*, „Recueil Dalloz” 28/2008.
- Bacache M., *Responsabilité médicale: évolution ou régression?*, „Recueil Dalloz” 34/2012.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Brun Ph., Gout O., *Panorama. Responsabilité civile*, „Recueil Dalloz” 1/2013.

⁶⁹ Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 36.

⁷⁰ Wyrok SN z dnia 3 kwietnia 2019 r., II CSK 96/18, LEX nr 2645151.

⁷¹ Podobnie inne wyroki SN: z dnia 10 stycznia 2019 r., II CSK 293/18, LEX nr 2604711 oraz z dnia 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18, LEX nr 2684149.

⁷² Wyrok SA w Poznaniu z dnia 8 marca 2018 r., I ACa 917/17, LEX nr 2553672.

⁷³ Wyrok SA w Lublinie z dnia 21 listopada 2018 r., I ACa 83/18, LEX nr 2620135.

⁷⁴ Zob. też wyrok SA w Krakowie z dnia 8 stycznia 2020 r., I ACa 312/19, LEX nr 2979152; wyrok SA w Warszawie z dnia 4 października 2019 r., V ACa 94/19, LEX nr 2978511; wyrok SA w Gdańsku z dnia 22 stycznia 2019 r., V ACa 554/18, LEX nr 2692586; wyrok SA w Warszawie z dnia 17 czerwca 2019 r., I ACa 316/18 oraz wyrok SN (7) z dnia 15 stycznia 2020 r., III CZP 30/19, OSNC 2020, nr 5, poz. 36.

- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- Janiszewska B., *Obowiązek informacyjny a odmowa zgody na hospitalizację (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 23.11.2007 r., IV CSK 240/07, PiM 2009, nr 2.*
- Jourdain P., *Responsabilité civile*, „Revue Trimestrielle de Droit Civil” 3/2018.
- Karczewska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Lambert-Faivre Y., *Droit du dommage corporel*, Paryż 2004.
- Lambert-Faivre Y., *La loi no. 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. I. La solidarité envers les personnes handicapées*, „Recueil Dalloz” 15/2002.
- Laude A., *Obligation d’information et prescription hors autorisation de mise sur le marché*, „Recueil Dalloz” 27/2012.
- Mémeteau G., *Cours de droit médical*, Bordeaux 2006.
- Mulheron R., *Medical Negligence: Non-Patient and Third Party Claims*, Farnham, Surrey, Anglia 2000.
- Nelson-Jones R., Burton F., *Medical Negligence Case Law*, Londyn 1990.
- Nesterowicz M., *Odpowiedzialność cywilna lekarza (zakładu leczniczego) za nieostrzeżenie osoby trzeciej o zagrożeniu chorobą zakaźną przez pacjenta*, PiM 2016, nr 3.
- Nesterowicz M., *Odpowiedzialność cywilna wobec narodzonego dziecka z tytułu ‘wrongful life’ w prawie francuskim [w:] Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, red. A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz, Warszawa 2003.
- Nesterowicz M., *Prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznych i ochrony danych [w:] Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, red. L. Ogieńko, W. Popiołek, M. Szpunar, Kraków 2005.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2019.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017.
- Nesterowicz M., *Przegląd orzecznictwa europejskiego w sprawach medycznych (w latach 2010–2013 – wybrane orzeczenia)*, PS 2014, 7–8.
- Nesterowicz M., *Przegląd orzecznictwa europejskiego w sprawach medycznych (w latach 2012–2013 – wybrane orzeczenia)*, PS 2015, nr 4.
- Nesterowicz M., *Zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie praw pacjenta i dóbr osobistych osób bliskich [w:] Czynić postęp w prawie. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Birucie Lewaszewicz-Petrykowskiej*, red. W. Robaczyński, Łódź 2017.
- Nesterowicz M., Karczewska-Kamińska N., *Prawo do leczenia obywateli polskich w państwach Unii Europejskiej w związku z Dyrektywą transgraniczną [w:] Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska, Warszawa 2016.
- Niemczyk S., Łazarska A., *Materialnoprawne elementy aktu zgody pacjenta w ujęciu prawnym i medycznym*, PiM 2005, nr 2.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogieńko, Warszawa 2010.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014.

- Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005, nr 1.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989.
- Śliwka M., *Prawo pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010.
- Świdarska M., *Obowiązek informacji i zgoda pacjenta na zabieg medyczny w prawie francuskim*, KPP 2003, nr 4.
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, Toruń 2007.
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny w świetle ustawodawstwa francuskiego*, PiM 2003, nr 13.
- Wertheim B., *Kilka zagadnień z dziedziny odpowiedzialności cywilnej lekarza*, „Palestra” 1936, z. 4–5.

Streszczenie

Mirosław Nesterowicz

Prawo pacjenta do informacji medycznych (w świetle orzecznictwa)

Autor przedstawia przedmiot i zakres prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznych, na podstawie przepisów prawa oraz licznych orzeczeń Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych. Wskazuje także na prawo pacjenta do zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w razie naruszenia przez lekarza (zakład leczniczy) prawa do informacji medycznych nawet wtedy, gdy pacjent nie doznał żadnej szkody (na podstawie art. 4 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c.). Zadośćuczynienie przysługuje za sam fakt naruszenia prawa do informacji. Często jest to jedyne roszczenie pacjenta, gdy nie ma podstaw do odszkodowania i zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta; informacja medyczna; zakres i przedmiot informacji; obowiązek informacji wobec osób bliskich; zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie prawa do informacji.

Summary

Mirosław Nesterowicz

Right of a Patient to Medical Information (in the Light of Jurisprudence)

The author presents the subject and scope of the right of a patient and his or her relatives to medical information based on legal provisions as well as numerous decisions of the Supreme Court and courts of appeal. He also points to the patient's right to compensation for the harm suffered in the case of violation of the right to medical information by a doctor (medical institution) even if the patient has not suffered any harm (pursuant to art. 4 of the Act on Patient's Rights and art. 448 of the Civil Code). The compensation is due for the mere fact of violating the

right to information. It is often the only claim of a patient when there are no grounds for compensation for bodily injury and health disorder.

Keywords: patient's rights; medical information; scope and subject of medical information; obligation to provide information to relatives; non-pecuniary compensation for the infringement of the right to information.