

Czy przywilej terapeutyczny ogranicza autonomię pacjenta?

Does Therapeutic Privilege Limit Patient Autonomy?

In the article entitled *Does Therapeutic Privilege Limit Patient Autonomy?* the above-mentioned institution of medical law, which allows the physician to limit the information on the state of health and prognosis provided to the patient during the diagnostic and therapeutic process, was characterized. Since the said privilege has its source in Art. 31 par. 4 of the law of December 5, 1996, on the medical and dental professions, and its ethical dimension derives from art. 17 of the Code of Medical Ethics, both provisions have been subjected to a detailed analysis. The article also presents selected views of legal doctrine on the understanding of “patient autonomy”. Using the dogmatic-linguistic method, axiological analysis and teleological analysis, the provisions of Art. 31 par. 4 of the Act on Patients’ Rights and the Patients’ Rights Ombudsman and Art. 17 of the Code of Medical Ethics. By focusing not only on the *de lege lata* but also on the construction of *de lege ferenda* postulates, an answer was given to the question in the title of the work. The therapeutic privilege was found to limit the patient’s autonomy, but it was legitimate and aimed at protecting the patient’s well-being.

KEYWORDS: therapeutic privilege, patient’s autonomy, medical law

SŁOWA KLUCZOWE: przywilej terapeutyczny, autonomia pacjenta, prawo medyczne

PIOTR ZIELIŃSKI, doktor nauk prawnych, Uniwersytet Gdański,
ORCID – 0000-0002-2664-7203, radca prawny, e-mail: piotr.zielinski@ug.edu.pl

1 | Wstęp

Instytucja przywileju terapeutycznego została uregulowana w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z przedmiotowym przepisem, „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne 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”^[1].

Powyższe stanowi wyjątek od reguły wyrażonej w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza, zgodnie z którym: „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”. Przepis ten jest jednym z normatywnych źródeł prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 9 ust. 1-8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z drugim ustępem rzeczonoego artykułu, „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”^[2].

¹ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1731 ze zm.), dalej jako *ustawa o zawodach lekarza*.

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1876 ze zm.), dalej jako *ustawa o prawach pacjenta*. Na temat prawa pacjenta do informacji powstało wiele publikacji. Niezwykle bogaty jest również dorobek judykatury, w którym zawraca się uwagę na wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 maja 2002 roku (sygn. akt ACa 221/02), w którym sąd stwierdził, że lekarze nie dopełnili obowiązku poinformowania pacjenta. W karcie leczenia szpitalnego umieszczono niezrozumiałe dla pacjenta wpisy, tj. „Antygen Hbs/H dodatni”. Powyższe oznaczało, że pacjent jest nosicielem żółtaczki zakaźnej typu B. Specjalistyczne sformułowanie nie było jednak dla

Przywilej terapeutyczny bywa uznawany za regulację nazbyt ingerującą w autonomię pacjenta, ograniczającą jego świadomy udział w procesie diagnostyczno-leczniczym, z drugiej strony jest traktowany po prostu jako prawo lekarza do ograniczania informacji przekazywanych pacjentowi, z uwagi na dobro danego chorego. W doktrynie prawa nie sposób znaleźć jednoznaczną odpowiedź na pytanie postawione w tytule niniejszej pracy, niemniej w toku poniższych rozważań zostanie podjęta próba rozstrzygnięcia przedmiotowego problemu.

Z uwagi na ograniczone ramy niniejszego artykułu zdecydowano o wyborze trzech metod badania prawa. Są nimi: analiza logiczno-językowa – wykorzystana w celu precyzacji znaczenia wyrażen językowych, a co za tym idzie rekonstrukcji norm prawnych; analiza aksjologiczna – zastosowana w celu określenia wartości stojących u podstaw instytucji przywileju terapeutycznego^[3] oraz analiza teleologiczna – przeprowadzona, aby określić cel analizowanych regulacji.

2 | Przywilej terapeutyczny – zagadnienia *de lege lata* oraz *de lege ferenda*

Należy stwierdzić, że lekarz jest – co do zasady – zobowiązany przekazywać pacjentowi niemalże wszystkie informacje związane z dotyczącym tego pacjenta procesem diagnostyczno-leczniczym. Przywilej terapeutyczny stanowi wyjątek od powyższej reguły. Lekarz korzystający z przedmiotowej instytucji może ograniczyć pacjentowi wyłącznie wiadomości „o stanie zdrowia i o rokowaniu”. Temu ograniczeniu nie mogą zatem podlegać jakiegokolwiek informacje dotyczące rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, ani dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania.

pacjenta zrozumiałe. Sąd stwierdził, że „używane pojęcia, szczególnie przedstawione w formie skrótów lub symboli wymagają zwykle przełożenia na język zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy”. Zob. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9.05.2002 r., sygn. akt ACa 221/02, PiM 2004, nr 14, poz. 116.

³ Szerzej na temat metod badawczych wykorzystanych w niniejszej pracy zob. Tomasz Barankiewicz, „Współczesne metody badania prawa” *Studia Prawnicze KUL*, t. I (2010): 115-131.

Trudności sprawia jednak odróżnienie informacji dotyczących „stanu zdrowia” od tych, które dotyczą „rozpoznania”. Rafał Kubiak zauważył, że wyżej wymienione terminy są ze sobą powiązane. Podkreśla jednak, że ustawodawca nie umożliwił lekarzowi zatajenia części wiadomości o rozpoznaniu, a uczynił to wyłącznie w odniesieniu do stanu zdrowia (i rokowania)^[4]. Powyższe rozwiązanie legislacyjne może skutkować kwalifikowaniem tych samych danych dotyczących pacjenta do różnych kategorii informacji, a co za tym idzie, zróżnicowanym rozumieniem zakresu przedmiotowego przywileju terapeutycznego. Lekarz traktujący rozpoznanie jako rodzaj wiadomości dotyczącej stanu zdrowia pacjenta i stosujący przywilej terapeutyczny *de facto* zachowuje się w sposób sprzeczny z dyspozycją normy, którą zrekonstruowano z art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza.

Małgorzata Świdarska uznaje, że ścisłe rozumienie przedmiotowego przepisu – polegające na rozróżnieniu stanu zdrowia od rozpoznania – jest sprzeczne z jego *ratio legis*. W licznych przypadkach nie jest bowiem możliwe oddzielenie informacji o zdrowiu danego pacjenta od dotyczącej go diagnozy^[5].

Konstrukcja art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza może zostać uznana za niefortunną. Lekarz decydujący się na skorzystanie z przysługującego mu przywileju terapeutycznego może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu. Dwie wyżej wymienione kategorie wiadomości są traktowane łącznie. Wydaje się zatem, że nie może on ograniczyć tylko informacji dotyczących stanu zdrowia albo wyłącznie dotyczących rokowania. Takie rozumienie przepisu wynika *expressis verbis* z jego treści, w której posłużono się koniunkcją. Przypomina się, że koniunkcja jest prawdziwa tylko wtedy, gdy zarówno jej pierwszy, jak i drugi człon są prawdziwe. Zakładając hipotetycznie, że pacjent jest świadomy swojego stanu zdrowia, lecz nie wie jakie są rokowania, zasadne byłoby, aby lekarz mógł ograniczyć tylko wiadomości o rokowaniu. Takie uprawnienie nie wydaje się wprost wynikać z przepisu art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza, który powinien ulec modyfikacji poprzez zastąpienie spójnika koniunkcji słowem „lub”, odpowiadającym w języku naturalnym funktorowi ekstensjonalnemu alternatywy zwykłej. Alternatywa ta jest bowiem prawdziwa aż w trzech przypadkach, tj. prawdziwości obu członów alternatywy albo

⁴ Rafał Kubiak, „Przywilej terapeutyczny” *Medycyna Paliatywna*, nr 9 (2017): 15.

⁵ Małgorzata Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny* (Toruń: Dom Organizatora, 2007), 129. Definicję słowa „rokować” przedstawiono w *Słowniku Języka Polskiego PWN*. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/rokowac.html>. [dostęp: 07.06.2021].

wyłącznie jednego (dowolnego) z nich^[6]. Zabieg polegający na zastąpieniu koniunkcji alternatywą pozwoliłby lekarzowi na większą swobodę w korzystaniu z przywileju terapeutycznego oraz sprawił, że przepis ten byłby skuteczniejszym instrumentem ochrony dobra pacjenta. Od lekarza bowiem zależałoby, czy ograniczeniu podlegałyby wyłącznie informacje o stanie zdrowia pacjenta czy o dotyczącym go rokowaniu, a może obie wyżej wymienione kategorie wiadomości^[7].

Warto również odnieść się do wniosku *a fortiori* (a ściślej *a maiori ad minus*), zgodnie z którym jeśli adresatowi normy prawnej dozwolone jest czynić więcej, to tym bardziej może on czynić mniej. Jak zauważa Oktawian Nawrot, „jeśli stwierdzimy istnienie normy N₁, wyznaczającej określony,

⁶ Szerzej na temat funktorów ekstensjonalnych zob. Oktawian Nawrot, *Wprowadzenie do logiki dla prawników* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2012), 132-134. Na temat istoty koniunkcji wypowiedział się m. in. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który stwierdził: „Zgodnie z poglądami doktryny, spójnikami koniunkcji są głównie wyrażenia »oraz«, »lecz«, »a także«, »i«, natomiast w tekstach odpowiednikiem koniunkcji jest przecinek – *Logika dla prawników*, red. Andrzej Malinowski (Warszawa: Lexis Nexis, 2002), 97. Koniunkcja nazywana jest związkiem współprawdziwości dwóch zdań, bowiem zdanie połączone za pomocą funktora koniunkcji jest tylko wtedy prawdziwe, gdy obydwa zakresy połączone funktorem koniunkcji są prawdziwe, a zatem gdy posiadane są obie kategorie uprawnień. Ponadto dla analizy właściwości logicznej wypowiedzi będącej zdaniem złożonym połączonym za pomocą takiego funktora koniunkcji nie ma znaczenia, czy pomiędzy połączonymi funktorem zdaniami występuje jakikolwiek związek logiczny, jednakże w mowie potocznej zazwyczaj wiążą się ze sobą za pomocą tego funktora zdania powiązane treściowo. Z kolei użycia spójnika »lub« w zdaniu oznacza, że mamy do czynienia z alternatywą łączną (nierozłączną), a zatem gdy jedno zdanie jest fałszywe, a jednocześnie prawdziwe. Zatem adresat tego zdania może się zachować w sposób »X«, w sposób »Y«, w sposób »X i Y«. Powyższe tezy potwierdza również stanowisko judykatury. I tak, w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2008 r. sygn. akt. III CZP 31/08 stwierdzono, że spójnik »lub« oznacza alternatywę łączną (nierozłączną) i stanowi przeciwieństwo wyrazu »albo«, właściwego dla alternatywy rozłącznej. Takie samo stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 marca 2006 r. sygn. akt I CSK 8 I/OS, a w uchwale Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2006 r. sygn. akt II UZP 10/06 stwierdzono, że »lub« wyraża »alternatywę łączną«, czyli dopuszcza możliwość współwystępowania sytuacji komunikowanych przez zdanie łączone tym spójnikiem”. Zob. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 stycznia 2019 r. (sygn. akt II SA/Wa 942/18), LEX nr 2772613.

⁷ Warto zauważyć, że w art. 31 ust. 4 ustawodawca posłużył się liczbą pojedynczą rzeczownika „informacja”. Zob. „(...) lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu [...]”. Powyższe również wydaje się potwierdzać, iż „stan zdrowia” i „rokowanie” są traktowane łącznie.

cięższy obowiązek po stronie danego podmiotu, ewentualnie nadającej mu szersze uprawnienie, to istnieje także norma N2 niezawarta bezpośrednio w obowiązujących przepisach prawnych, nakładająca na wspomniany podmiot obowiązki mniej uciążliwe lub nadające mu węższe uprawnienia”^[8]. Pojawia się jednak pytanie: czy zastosowanie wnioskovania *a maiori ad minus* jest możliwe w przypadku omawianym na kartach niniejszej pracy? Nie jest przecież tak, że możliwość ograniczenia informacji dotyczącej rokowania nie została nigdzie wyrażona (innymi słowy w przepisach nie ma normy N2). Przeciwnie, takie uprawnienie lekarza wynika z analizowanej regulacji, lecz zostało niejako powiązane z koniecznością ograniczenia informacji o stanie zdrowia. Dopiero łączne traktowanie tych dwóch kategorii wiadomości umożliwia skorzystanie z instytucji przywileju terapeutycznego^[9]. Zasadnym byłoby zatem zastąpienie spójnika „i” słowem „lub”.

Szczegółowej analizy wymagają również pozostałe elementy składowe przepisu art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza. Ograniczenie informacji przekazywanej pacjentowi może nastąpić wyłącznie w sytuacjach wyjątkowych, w których rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta. Nadto, skorzystanie z przywileju terapeutycznego będzie możliwe tylko wtedy, gdy przemawia za tym „dobro pacjenta”^[10]. Podkreśla się, że to do lekarza należy ocena czy zastosowanie przywileju terapeutycznego byłoby zgodne

⁸ Oktawian Nawrot, *Wprowadzenie do logiki dla prawników* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2020), 291-292. Zob. także. idem, „Wnioskovanie prawnicze”, [w:] *Leksykon współczesnej teorii i filozofii prawa: 100 podstawowych pojęć*, red. Jerzy Zajadło (Warszawa: C.H. Beck, 2017), 360

⁹ Wnioskovania bywają przeprowadzane w sposób budzący wątpliwości, „oparty na domyślnych uzupełnieniach wypowiedzi prawodawcy”. Zob. Zygmunt Ziemiński, *Logika praktyczna* (Warszawa: PWN, 2013), 253. Na temat *Argumentum a maiori ad minus* w praktyce lekarskiej (w odniesieniu do tajemnicy zawodowej) zob. Marcin Burdzik, „Prawna skuteczność zwolnienia z tajemnicy lekarskiej przez osoby małoletnie i ubezwłasnowolnione”, [w:] idem, *Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2021). <https://sip.lex.pl/#/monograph/369482373/387688/burdzik-marcin-lekarz-w-procesie-karnym-jako-gwarant-tajemnicy-lekarskiej?keyword=a%20amaiori%20ad%20minus&cm=SREST>. [dostęp: 08.07.2021].

¹⁰ Warto nadmienić, że pojęcie „dobro pacjenta” szczegółowo przeanalizowała Beata Janiszewska, zob. Beata Janiszewska, „Obowiązki podmiotów leczniczych”, [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, red. Marek Safjan, Leszek Bosek (Warszawa: C.H. Beck, 2017), 1021. Odnosi się do niego również Maria Boratyńska, zob. Maria Boratyńska, „Lekarski obowiązek udzielenia pomocy”, [w:] *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. 1, red. Maria Boratyńska, Przemysław Konieczniak (Warszawa: Wolters Kluwer, 2019), 678-679.

z rzeczonym dobrem. Jeżeli lekarz zdecyduje się z niego skorzystać, to zobowiązany będzie udzielić pełnej informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (jeżeli taki przedstawiciel istnieje) lub osobie wskazanej przez pacjenta (jeżeli taka osoba została wskazana)^[11]. W naturalny sposób pojawia się zatem pytanie, co powinien zrobić lekarz, jeśli pacjent jest osobą pełnoletnią, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, nieposiadającą przedstawiciela ustawowego, nieznajdującą się w stanie wyłączającym świadome wyrażanie woli, jak również nie wskazał on żadnej osoby uprawnionej do pozyskiwania informacji, o których mowa w art. 9 ustawy o prawach pacjenta. Czy w związku z brakiem osób, o których mowa powyżej, lekarz nie może legalnie skorzystać z instytucji przywileju terapeutycznego czy jedynie nie może spełnić drugiej części zrekonstruowanej normy prawnej, tj. przekazać pełnej informacji osobie trzeciej (przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub wskazanej przez niego osobie)? Odpowiedź wydaje się oczywista – nie może zastosować przywileju terapeutycznego.

Z aksjologicznego punktu widzenia trudno jednoznacznie stwierdzić czy ograniczenie informacji o stanie zdrowia lub rokowaniu powinno być dozwolone wyłącznie, jeśli pacjent posiada przedstawiciela ustawowego lub wskazał osobę, która jest uprawniona do pozyskiwania wiadomości na temat tego pacjenta. Należy bowiem rozważyć hipotetyczną sytuację, w której lekarz działając w dobrej wierze i trosce o dobro pacjenta ogranicza informację o stanie jego zdrowia i rokowaniu, jednocześnie nie przekazuje nikomu pełnej informacji w tym zakresie. *De facto* działa dla dobra chorego, lecz warto mieć na względzie, że istniałoby duże prawdopodobieństwo, iż pacjent będąc nieświadomym sytuacji, w której się znajduje, postąpi inaczej, aniżeli postąpiłby, gdyby dokładnie wiedział jaki jest stan jego zdrowia i rokowanie. Czy jednak postępowanie lekarza nie było uzasadnione i słuszne? A może lekarz powinien być uprawniony do odroczenia przekazania tymczasowo zatajonych informacji pacjentowi w takich sytuacjach?

Na lekarzu ciąży obowiązek udzielenia pacjentowi pełnej informacji na jego żądanie^[12]. Co jednak, jeżeli pacjent nie wyraził wprost swojego żądania, jest przekonany, że lekarz przekazuje mu wszystkie informacje,

¹¹ Należy podkreślić, że przywilej terapeutyczny może zostać zastosowany wyłącznie wobec pacjenta. Innymi słowy, nie jest możliwe ograniczyć informacji przekazywanych przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, zob. Janiszewska, „Obowiązki podmiotów leczniczych”, 1020.

¹² W doktrynie wyrażono nawet pogląd, zgodnie z którym „Przywilej terapeutyczny wiąże się przede wszystkim z prawem pacjenta do żądania, by lekarz przekazał mu jego zdaniem ukrywane przed nim informacje dotyczące jego

a w rzeczywistości lekarz ten korzysta z przywileju terapeutycznego? Lekarz nie informuje przecież pacjenta, że w danym momencie działa on na podstawie i w granicach rzezonego przywileju, jednocześnie nie wspomina także, iż na wypadek żądania pacjenta przekaże mu wszystkie informacje o stanie zdrowia i rokowaniu. Ponadto, niektórzy pacjenci, nie mając przedstawicieli ustawowych, nie upoważniają nikogo do otrzymywania informacji na temat udzielanych im świadczeń zdrowotnych i nie są świadomi istnienia takiej instytucji jak przywilej terapeutyczny. W takich przypadkach nieświadomie pozbawiają się ochrony ich psychiki poprzez wykluczenie możliwości zastosowania wobec nich przywileju terapeutycznego. Niewątpliwie, fakt posiadania przedstawiciela ustawowego lub wskazania osoby uprawnionej do pozyskiwania wiadomości na temat pacjenta jest obecnie warunkiem przesądającym o możliwości zastosowania przywileju terapeutycznego.

Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 17 października 2012 roku (sygn. akt I ACa 420/12) stwierdził: „[...] lekarz zobowiązany jest do udzielania pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, rokowaniach i przebiegu leczenia. W sytuacjach określonych (wspomniany przywilej terapeutyczny) lekarz może od tego obowiązku się uchylić. Wtedy też w przypadku zgłoszenia żądania aktualizuje się obowiązek lekarza do udzielenia informacji osobom najbliższym. Obowiązek ten powstaje również w przypadku utraty przez pacjenta przytomności (por. art. 31 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)”^[13]. Wydaje się, że sąd albo popełnił błąd albo niewystarczająco precyzyjnie sformułował ten fragment orzeczenia. Obowiązek lekarza polegający na przekazaniu informacji „osobom najbliższym” (powinno być: „osobom bliskim”), aktualizuje się z mocy prawa, nie zaś w przypadku – jak to określił sąd – „zgłoszenia żądania”.

Czy nie jest sprzeczne z zasadą *primum non nocere* takie brzmienie art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza, które pozwala na zastosowanie przywileju terapeutycznego tylko w sytuacji istnienia przedstawiciela ustawowego pacjenta lub wskazania przez tego pacjenta konkretnej osoby upoważnionej do bycia informowaną? Zakładając w punkcie wyjścia, że „dobro pacjenta” jest najważniejsze, można uznać, że lekarz powinien być uprawniony do zastosowania przywileju terapeutycznego nawet w sytuacji, gdy pacjent nie

stanu zdrowia”, o czym zob. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. Dorota Karkowska (Warszawa: Wolters Kluwer, 2021), 457.

¹³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 17.10.2012 r., sygn. akt I ACa 420/12, LEX nr 1237226.

ma przedstawiciela ustawowego lub nie wskazał żadnej osoby uprawnionej do uzyskiwania wiadomości na swój temat. W przeciwnym wypadku, jego psychika pozostawałaby pod słabszą ochroną, aniżeli pacjenta, który upoważnił inną osobę do otrzymywania informacji, o której mowa w art. 9 ustawy o prawach pacjenta. Prawie żaden pacjent rezygnujący z upoważnienia innej osoby do bycia informowaną o jego szeroko rozumianym zdrowiu i leczeniu nie przewiduje, iż wystąpią okoliczności uzasadniające zastosowanie wobec niego przywileju terapeutycznego.

Ustawodawca decydując się na zobligowanie lekarza stosującego przywilej terapeutyczny do przekazania pełnej informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie wskazanej przez pacjenta pośrednio udzielił odpowiedzi na pytanie: czy bardziej niebezpieczne dla pacjenta będą konsekwencje natury psychicznej (cierpienie po otrzymaniu złych wiadomości na temat stanu zdrowia i rokowania) czy konsekwencje ograniczenia powyższych wiadomości. Uznał, że drugie z wymienionych będą bardziej dotkliwe.

Kolejny praktyczny aspekt związany ze stosowaniem przywileju terapeutycznego dotyczy chwili jego realizowania. Oczywiście wydaje się, że decyzję o ograniczeniu informacji na temat stanu zdrowia i rokowania lekarz zazwyczaj podejmuje *ad hoc*. Jeżeli w trakcie rozmowy z ciężko chorym pacjentem, obserwując jego reakcje, dojdzie do wniosku, że z uwagi na dobro pacjenta powinien zastosować przywilej terapeutyczny, to nie jest pożądane, aby lekarz ten przerywał rozmowę ze zrozpaczonym pacjentem i upewniał się w dokumentacji, czy pacjent ten wskazał inną osobę do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia i rokowaniu. Inaczej należy ocenić sytuację, w której lekarz przygotowuje się do „trudnej rozmowy” z pacjentem, którego rokowania są bardzo złe. Wtedy uprzednie upewnienie się przez lekarza co do możliwości zastosowania przywileju jest bez wątpienia możliwe i pożądane.

W doktrynie prawa pojawia się pytanie, czy przywilej terapeutyczny może być stosowany w przypadkach, w których wobec pacjenta ma zostać przeprowadzony zabieg o podwyższonym ryzyku. Marian Filar wyraził pogląd, zgodnie z którym w takim przypadku na lekarzu ciąży obowiązek udzielenia pacjentowi informacji w pełnym zakresie. Autor uważa, że odesłanie zawarte w art. 34 ust. 2 ustawy do art. 31 tego aktu prawnego uniemożliwia skorzystanie z instytucji przywileju terapeutycznego^[14].

¹⁴ Marian Filar, *Lekarskie prawo karne* (Kraków: Zakamycze, 2000), 264.

Wśród bogatego dorobku doktryny i judykatury wskazuje się również na wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 2 października 2003 roku (sygn. akt I ACa 369/03). W przedmiotowej sprawie pacjentce w wieku 77 lat zaproponowano zabieg gastrokopii, ale z uwagi na obawę, iż pacjentka odmówi jej przeprowadzenia (nie wyrazi zgody) postanowiono nie informować jej o potencjalnych powikłaniach, w tym o niebezpieczeństwie przebicia przełyku, którego wystąpienie u osoby w tym wieku jest wysoce prawdopodobne^[15]. Jak stwierdziła Teresa Dukiet-Nagórska, wyżej wymieniony wyrok stanowi „dobrą ilustrację tego jak nie należy pojmować przywileju terapeutycznego”^[16]. Jego istotą nie jest bowiem manipulowanie postępowaniem pacjenta, lecz uchronienie go przed potencjalnymi niebezpieczeństwami, które mogłyby pojawić się po przekazaniu pacjentowi złych wiadomości o stanie zdrowia i rokowaniu.

Odzwierciedleniem instytucji przywileju terapeutycznego jest art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zgodnie z jego brzmieniem: „W razie niepomyślnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego 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”^[17].

Lekarz musi zachować swoistą powściągliwość w przekazywaniu pacjentowi złych wiadomości. Zgodnie z przedmiotową regulacją lekarz może nie tyle ograniczyć, lecz w ogóle nie przekazać pacjentowi wiadomości o rokowaniu. Ponadto, ma prawo nie przekazać informacji nie o stanie zdrowia, lecz o rozpoznaniu. Zakładając oczywiście, że stan zdrowia i rozpoznanie nie są nazwami, których denotacje pozostają ze sobą w stosunku zamienności. Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera zatem inne regulacje aniżeli ustawa o zawodach lekarza.

W odniesieniu do normy z Kodeksu Etyki Lekarskiej warto wspomnieć, że w deontologii lekarskiej od 100 lat jest możliwe ograniczanie informacji podawanych przez lekarza pacjentowi. Poprzez powyższe rozumie się świadome ograniczanie wiadomości, które mają na celu ochronę

¹⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 2.10.2003 r., sygn. akt I ACa 369/03, PiM 2005, nr 3, poz. 125.

¹⁶ Teresa Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2008), 37.

¹⁷ *Kodeks Etyki Lekarskiej*. https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf. [dostęp: 05.06.2021].

psychiki pacjenta. Jak zauważa Rafał Kubiak, już w § 3 Zasad deontologii lekarskiej, które obowiązywały na obszarze Wileńsko-Nowogrodzkiej Izby Lekarskiej z 1929 roku, uznano, że lekarze są zobowiązani informować chorego o rozpoznaniu i rokowaniu „jak najogólniej, licząc się zawsze z psychiką pacjenta”. Podobnie uregulowano tę kwestię w Zasadzie nr 12 Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza z 1997 roku. W tym dokumencie stwierdzono, że „ze względu na ochronę psychiczną chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości niepomysłnego rokowania”^[18].

Skupiając się na warstwie semantycznej ustawowego źródła przywileju terapeutycznego oraz jego deontologicznym odpowiedniku, podkreśla się, że w przepisach tych występują niedookreślone wyrażenia dające lekarzowi dużą swobodę w decydowaniu o możliwości zastosowania przywileju terapeutycznego. W ustawie o zawodach lekarza posłużono się zwrótami: „W sytuacjach wyjątkowych”, „jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta”, „jeśli przemawia za tym dobro pacjenta”, zaś w Kodeksie Etyki Lekarskiej mowa o: „złym rokowaniu” i sytuacji, w której lekarz jest „głęboko przekonany, iż jej (informacji – PZ) ujawnienie spowoduje poważne cierpienie lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”.

Justyna Szpara uznała, że konieczne jest stworzenie obiektywnych kryteriów medycznych przesądzających o możliwości zastosowania przywileju terapeutycznego. Nie jest bowiem wystarczające – zdaniem autorki – dokonywanie subiektywnej oceny zasadności zatajenia części informacji przez lekarza. Ustalenie kryteriów, których spełnienie umożliwiłoby skorzystanie z przywileju terapeutycznego, byłoby formą przeciwdziałania potencjalnym nadużyciom. Tym samym, sprzeciwiałoby się paternalistycznemu modelowi relacji lekarz-pacjent^[19].

¹⁸ Kubiak, *Przywilej terapeutyczny*, 13.

¹⁹ Justyna Szpara, „Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem” *Prawo i Medycyna*, nr 4 (1999): 135-137. Na temat paternalizmu w medycynie powstało wiele publikacji. Wskazuje się na rozważania Kingi Bączyk-Rozwadowskiej, która podkreśliła, że jeszcze w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku w judykaturze „wyrażano pogląd, w myśl którego najważniejsze było nie to co chory i jego rodzina pragnęli wiedzieć o stanie zdrowia i ewentualnych następstwach zabiegu, lecz to, co zdaniem lekarza osoby te wiedzieć powinny”. Zob. Kinga Bączyk-Rozwadowska, „Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego” *Studia Iuridica Toruniensia*, t. IX (2011): 59. Szerzej na temat paternalizmu w relacji lekarz-pacjent oraz opinii pacjentów na ten temat zob. Konrad Wroński, Roman Bocian, Adam Depta, Jarosław Cywiński, Adam Dziki, „Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne

Agnieszka Liszewska podkreśla natomiast, że „ocena konkretnego stanu faktycznego należy do dwóch różnych podmiotów: lekarza oraz sądu. Z jednej strony to lekarz, na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia, ocenia w jakim zakresie i w jaki sposób może – bez obawy o pogorszenie stanu zdrowia – udzielić pacjentowi wyjaśnień, z drugiej zaś ostatecznie zachowanie lekarza podlega ocenie sądu. Ze względu na niemożność ustalenia obiektywnych kryteriów, według których dałoby się precyzyjnie wyznaczyć granice obowiązku objaśnienia, wypada zgodzić się z poglądem, że sąd, dokonując oceny postępowania lekarza, powinien w dużej mierze uwzględnić jego stanowisko”^[20].

Małgorzata Świdarska wyraża pogląd, zgodnie z którym lekarz może skorzystać z przysługującego mu przywileju wyłącznie wtedy, gdy będzie przekonany, że przekazanie niepomyślnych wiadomości wywołałoby „reakcję traumatyczną”. Instytucja uregulowana w art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza stanowi wyjątek od reguły, zgodnie z którą lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi pełnej informacji, o której mowa w art. 9 ustawy o prawach pacjenta. Z tego względu, zdaniem Świdarskiej, zastosowanie ma reguła wykładni *exceptiones non sunt extendendae*^[21].

Rafał Kubiak, który dokonał obszernego przeglądu stanowisk wyrażonych w nauce prawa, zauważa, że już w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku, jak i we współczesnych publikacjach stwierdza się, iż ograniczanie informacji w ramach przywileju terapeutycznego nie jest uzasadnione w przypadku zabiegów nieterapeutycznych (eksperymenty medyczne lub zabiegi medyczne wyłącznie dla celów estetycznych). Tego rodzaju interwencje nie stanowią bowiem sytuacji zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta, a więc nie ma również powodu do obaw, iż pełna informacja może zaszkodzić temu pacjentowi^[22]. Należy jednak dokonać pewnego doprecyzowania. Zabiegi dla celów estetycznych mogą

aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej” *Nowotwory. Journal of Oncology*, nr 4 (2009): 266-273.

²⁰ Agnieszka Liszewska, „Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy” *Państwo i Prawo*, z. 1 (1997): 46.

²¹ Świdarska, zgoda pacjenta, 154. Dukiet-Nagórska twierdzi natomiast: „Przepis art. 31 ust. 4 u.z.l.l.d. wyraża tzw. przywilej terapeutyczny, stanowiący wyjątek od zasady. Skoro jest to wyjątek, to nie podlega on rozszerzającej wykładni i nie może być odnoszony do innych sytuacji niż ta, którą wyrażają słowa »niepomyślne rokowanie«. W piśmiennictwie wskazuje się również, że »przepis ten zezwala jedynie na przemilczenie pewnych informacji, a nie na przekazywanie nieprawdy«. Zob. Dukiet Nagórska, *Autonomia pacjenta*, op. cit.

²² Kubiak, *Przywilej terapeutyczny*, 15-16.

stwarzać wysokie ryzyko niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia, lecz specyfika przypadków tego rodzaju powinna wykluczać możliwość stosowania przywileju terapeutycznego. Co do zasady, zabieg mający na celu poprawę wyglądu nie jest bowiem przeprowadzany w ramach określonej terapii^[23]. Innymi słowy, nie jest on zabiegiem terapeutycznym i koniecznym. W związku z powyższym, informacje przekazywane przez lekarza powinny być podane pacjentowi w pełnym zakresie, w sposób dla niego przystępny. Jeżeli pacjent dobrowolnie decyduje się poddać określonej operacji z powodów estetycznych niewłaściwym byłoby ograniczanie informacji o jego stanie zdrowia i rokowaniu.

Teresa Dukiet-Nagórska również uznaje, że pacjent powinien otrzymywać kompletne wiadomości na swój temat. Jeżeli nie jest on świadomy swojego złego stanu zdrowia, to może nie być wystarczająco zmotywowany do poddania się inwazyjnym terapiom. Autorka dodaje, że taki pacjent może nieświadomie bagatelizować niepokojące objawy, nie zaprzestać forsowania organizmu oraz nie dbać o siebie^[24].

Podobnie twierdzi Anna Dudzińska, która uznaje, że zdrowie i życie pacjenta są najważniejsze i nie jest możliwe, aby nie był on o nich informowany. Autorka wyraża pogląd, zgodny z którym należałoby znowelizować prawo polskie, zmieniając je w kierunku zasady pełnej informacji. Będąc świadomą problemu przekazywania złych wiadomości proponuje, aby w tym procesie lekarz współpracował z psychologiem^[25]. Pogląd poparty szerokimi rozważaniami natury filozoficznej wyraził Kazimierz

²³ Słusznie stwierdziła jednak Agnieszka Sieńko: „należy podkreślić, że nie każdy zabieg z zakresu medycyny estetycznej czy chirurgii plastycznej służy wyłącznie celom estetycznym”. Zob. Agnieszka Sieńko, „Znaczenie i zakres informacji o stanie zdrowia w kontekście instytucji świadomej zgody na udzielenie świadczenia medycznego” *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, nr 1 (2011): 147.

²⁴ Teresa Dukiet-Nagórska, „Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim” *Prawo i Medycyna*, nr 6/7 (2000). Warto także zasygnalizować, że o możliwości ograniczania informacji przekazywanych pacjentowi mowa m. in. w wyrokach Sądu Najwyższego Kalifornii w sprawach: *Canterbury v. Spence* – 150 U.S. App. D.C. 263, 464 F.2d 772 (1972). <https://www.lexisnexis.com/community/casebrief/p/casebrief-canterbury-v-spence>. [dostęp: 27.05.2023] oraz *Cobbs v. Grant* – 8 Cal. 3d 229, 104 Cal. Rptr. 505, 502 P.2d 1 (1972). <https://www.lexisnexis.com/community/casebrief/p/casebrief-cobbs-v-grant>. [dostęp: 27.05.2023].

²⁵ Anna Dudzińska, „Wymagana informacja udzielana pacjentowi” *Państwo i Prawo*, z. 8 (2008). <https://sip-1lex-1pl-1zeoy2usfo083.hansolo.bg.ug.edu.pl/#/publication/151085189/dudzinska-anna-wymagana-informacja-udzielana-pacjentowi?keyword=Dudzi%C5%84ska%20Anna,%20Wymagana%20informacja%20udzielana%20pacjentowi&cm=SFIRST>. [dostęp: 27.05.2023].

Szewczyk, który stwierdził: „Moim zdaniem, moralnym nakazem bioetyki jest mówienie prawdy. Z przywileju terapeutycznego lekarze powinni korzystać niezwykle rzadko, stosując się do ducha i litery art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej”^[26].

Jak stwierdził Sąd Okręgowy w Łodzi w wyroku z dnia 11 grudnia 2014 roku (sygn. akt II C 841/13), „»Przywilej terapeutyczny« nie oznacza [...], że lekarz może zaniechać informacji, której ujawnienie mogłoby skłonić pacjenta do odmowy leczenia, które zdaniem lekarza jest konieczne; a także, że – według opinii lekarza – pacjent nie jest zdolny do podjęcia racjonalnej decyzji. Pacjent ma bowiem prawo wyboru decydowania o sobie. Muszą zachodzić przypadki zupełnie wyjątkowe, gdy pełne ujawnienie informacji mogłoby wyrządzić pacjentowi poważną szkodę bądź spowodować odmowę poddania się operacji w sytuacji zagrożenia życia”^[27].

3 | Autonomia pacjenta

Po przeanalizowaniu zagadnień *de lege lata* oraz *de lege ferenda* dotyczących instytucji przywileju terapeutycznego należy udzielić odpowiedzi na pytanie, czym w istocie jest autonomia pacjenta oraz czy rzeczony przywilej winien zostać uznany za jej ograniczenie. Jeśli tak, to czy było to słusznym „krokiem ustawodawcy”. Poprzez słusność rozumie się w tym przypadku uzasadnienie rzeczywistym „dobrem pacjenta”. Nie budzi jednak wątpliwości, że kolejny raz decyzja zostanie podjęta za pacjenta. Lekarz stosujący przywilej terapeutyczny stawia się w roli wiedzącego, co dla pacjenta najlepsze. Podobnie teraz autor niniejszych słów, ważąc

²⁶ Kazimierz Szewczyk, „Kłamstwo medyczne pozostaje kłamstwem” *Internetowy Serwis Filozoficzny przy Instytucie Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego*. <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=153>. [dostęp: 08.07.2021]. Bardzo interesująco na temat prawa do bycia nieinformowanym pisze Karolina Góralczyk, zob. Karolina Góralczyk, „Prawo do żądania nieudzielenia informacji jako wyraz autonomii pacjenta” *Białostockie Studia Prawnicze*, nr 2 (2017): 107-112. https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/5878/1/BSP_22_2_K_Goralczyk_Prawo_do_zadania_nieudzielenia_informacji_jako_wyraz_autonomii_pacjenta.pdf. [dostęp: 27.05.2023].

²⁷ Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 11.12.2014 r., II C 841/13, LEX nr 1845838.

argumenty przemawiające „za” i „przeciw” przywilejowi terapeutycznemu, również za pacjenta, oceni słuszność istnienia tej instytucji.

Problematyka prawa jednostki do samostanowienia była przedmiotem rozważań wielu uczonych, reprezentujących różne dyscypliny naukowe. Liczba prac poświęconych modelom relacji lekarz-pacjent oraz ich implikacjom etycznym i prawnym jest na tyle duża, że nie sposób dokonać ich choćby zwięzłego przedstawienia. Przede wszystkim należy zatem wspomnieć o dwóch kluczowych terminach stanowiących podstawę do dalszych rozważań – paternalizmie oraz szczególnie istotnej w niniejszej pracy – autonomii pacjenta.

Paternalizm to postawa, zgodnie z którą ojciec rodziny troszcząc się o swoje małe dzieci nie uwzględnia ich zdania, gdyż uważa, że nie są one zdolne do dokonywania świadomych i uzasadnionych wyborów. W medycynie postawa paternalistyczna jest co do zasady uważana za niepożądaną, gdyż stanowi ona ograniczenie autonomii pacjenta. Jak wprost dodaje Tadeusz Biesaga, jest to „wprawdzie dobroczynne, ale autorytarne podejście do pacjenta. Przejawia się ono na przykład w działaniu lekarza, który dla dobra pacjenta podejmuje się leczenia, ale pomija przy tym lub ogranicza jego autonomię. Przekreśla przy tym partnerstwo i świadome uczestnictwo pacjenta w terapii”^[28]. W nauce dokonano licznych klasyfikacji paternalizmu, lecz kluczowym dla niniejszego wywodu wydaje się jego podział na paternalizm umiarkowany oraz radykalny.

Pierwszy z wymienionych, zgodnie z charakterystyką zaproponowaną przez Joela Feinberga, polega na uznaniu słuszności przeciwstawiania się czyjemuś szkodliwemu działaniu, wymierzonemu przeciwko samemu sobie. Innymi słowy ten rodzaj paternalizmu jest dopuszczalny przykładowo w odniesieniu do pacjentów chorych psychicznie, którzy nie postępują dobrowolnie i stwarzają zagrożenie dla własnego życia^[29]. Odmienne paternalizm umiarkowany rozumie Anna Zembala, która twierdzi, że „uwzględnia [on - PZ] potrzebę wymiany informacji między lekarzem a pacjentem. Dla lekarza przekaz ten ma być pomocą w postępowaniu diagnostycznym i ukierunkowaniu leczenia, dla pacjenta zaś mobilizacją do przestrzegania zalecanej terapii. Mamy tu do czynienia z dwustronnym przekazem informacji, który wymaga od lekarzy wiedzy z zakresu

²⁸ Tadeusz Biesaga, „Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny” *Medycyna Praktyczna*, nr 6 (2005): 20.

²⁹ Ibidem.

relacyjności interpersonalnej. Komunikację charakteryzuje mniejszy dystans emocjonalny”^[30].

Paternalizm radykalny oznacza natomiast możliwość przeciwdziałania szkodliwemu postępowaniu pacjenta także wtedy, gdy pacjent dopuszcza się go dobrowolnie. Jest to zatem działanie wobec pacjenta, które jest sprzeczne z jego decyzjami^[31]. Pewnego rodzaju esencją paternalizmu radykalnego może być pogląd wyżej wymienionej Anny Zembali, zgodnie z którym „doświadczenie zawodowe i kliniczna wiedza medyczna są odpowiednim zabezpieczeniem warunkującym bezpieczeństwo pacjenta, właściwą relację z lekarzem oraz pożądany efekt leczenia. Potrzeba poszerzania wiedzy w zakresie interpersonalnych relacji lekarza z pacjentem nie jest w nim zauważana. Lekarz w tym modelu pełni rolę dominującą, pacjent – bierną, a rola rodziny [pacjenta – PZ] nie ma w nim znaczenia”^[32].

Szeroko rozumiany paternalizm, którego szczegółowa analiza wykracza poza ramy niniejszego artykułu jest przeciwstawiany autonomii (pacjenta) rozumianej jako „samodzielność i niezależność w decydowaniu o sobie”^[33]. Marian Machinek wyraża pogląd, zgodnie z którym termin „autonomia” pochodzi z greki i powstał z dwóch słów: *autos* – własny oraz *nomos* – prawo^[34]. Nieco odmiennie twierdzi Marta Soniewicka, która posługując się innym tłumaczeniem uznała, że drugi z terminów oznacza „kierować, rządzić”^[35]. Agata Wnukiewicz-Kozłowska przywołuje natomiast – jak to określiła – kluczową publikację z zakresu etyki medycznej. Jest nią praca Jamesa Childressa i Toma Beauchampa. Autorzy twierdzą, że słowo *autos* oznacza samodzielny, zaś *nomos* to reguła, rząd, prawo^[36].

Wydaje się, że postępować autonomicznie to znaczy w sposób niezależny, zgodny z własnymi decyzjami i przekonaniami. Można stwierdzić, że zasada autonomii pacjenta jest jedną z najsilniej ugruntowanych zasad bioetycznych, a co za tym idzie fundamentów współczesnego prawa

³⁰ Anna Zembala, „Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent” *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ*, nr 11 (2005): 37-40.

³¹ Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta*, 20-21.

³² Zembala, *Modele komunikacyjne*, 37.

³³ „Autonomizm”, [w:] *Słownik Języka Polskiego PWN*. <https://sjp.pwn.pl/sjp/autonomizm;25513117.html>. [dostęp: 19.06.2021].

³⁴ Marian Machinek, „Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji lekarz-pacjent” *Medycyna Praktyczna*, nr 1 (2011): 106.

³⁵ Marta Soniewicka, „Autonomia prokreacyjna” *Pressje*, 17 (2009): 50.

³⁶ Agata Wnukiewicz-Kozłowska, *Autonomia jednostki w międzynarodowym prawie biomedycznym* (Wrocław: E-Wydawnictwo Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, 2019), 27.

medycznego (a nawet szerzej – biomedycznego lub bioprawa). Ustępuje ona pierwszeństwa kilku innym zasadom, przede wszystkim poszanowania godności ludzkiej, ochrony integralności i tożsamości człowieka oraz równego traktowania i niedyskryminacji^[37]. Zgodnie z poglądem Marii Nowackiej, wyżej wymieniona zasada oznacza, że „w sytuacji, w której pacjent jest świadomy swego stanu i zdolny do podejmowania decyzji, decyzja ta nie może być podjęta za niego. Tak rozumiana zasada autonomii pacjenta przeciwstawia się więc postawie paternalistycznej lekarza we wszystkich tych sytuacjach, w których postawa ta nie jest uzasadniona względami czysto medycznymi. Co prawda zazwyczaj nie kwestionuje się tezy, że jakaś doza paternalizmu jest wskazana a nawet niezbędna w kontaktach lekarza z pacjentem i dyskutuje się jedynie, jak duży może i powinien być stopień owego paternalizmu”^[38].

Agata Wnukiewicz-Kozłowska w monografii *Autonomia jednostki w międzynarodowym prawie biomedycznym* stwierdziła: „Przy całym uznaniu wartości, jaką jest autonomia pacjenta, nie należy zapominać, że chory udaje się do lekarza po pomoc, *remedium, panaceum* na problemy związane z jego zdrowiem. Słusznie zauważa Andrzej Szczeklik, że »chory nie powinien usłyszeć od lekarza nagle całej okrutnej prawdy. Ona oślepia, zabija nadzieję. A nadzieję wszyscy w sobie nosimy. Jest potężną siłą, która pozwala stawić czoła chorobie. Ma zresztą coraz głębsze umocowanie biologiczne. Medycyna dostarcza dowodów na ścisłe powiązania między układem nerwowym a układem immunologicznym. Zaczynamy rozumieć, dlaczego wstrząs psychiczny może załamać odporność i czemu – od wieków – ludzie padali, rażeni straszną wiadomością. Nadzieja jest wpisana w powołanie lekarskie«”^[39]. Agata Wnukiewicz-Kozłowska dodaje, że „autonomia [...] powinna być [...] pojmowana z uwzględnieniem ewolucji od postawy paternalistycznej do indywidualistycznej, w której centralnym punktem odniesienia jest świadoma zgoda pacjenta na każdą interwencję

³⁷ Zaprezentowany podział zasad oraz ich nazewnictwo zostało przyjęte przez autora niniejszego artykułu w jego monografii pt. „Deklaracje bioetyczne UNESCO jako źródło prawa biomedycznego”, Warszawa 2023, <https://www.ksiegarnia.beck.pl/21632-deklaracje-bioetyczne-unesco-jako-zrodlo-prawa-biomedycznego-piotr-zielinski>. Na temat zasad międzynarodowego bioprawa zob. Roberto Andorno, *Principles of international biolaw* (Bruxelles: Bruylant, 2013).

³⁸ Maria Nowacka, „Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta” *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr 3 (2008): 326-329.

³⁹ Wnukiewicz-Kozłowska, *Autonomia jednostki*, 102-103.

medyczną”^[40]. Jak twierdzi Marek Safjan, poprzez prawo do zgody „realizuje się ochrona autonomii każdej osoby w decydowaniu o samej sobie, ochrona prywatności, a także zasada poszanowania integralności cielesnej każdego człowieka”^[41] zaś „zgoda ma być aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr osobistych człowieka”^[42].

4 | Zakończenie

Podsumowując rozważania przedstawione w niniejszym artykule stwierdza się, że przywilej terapeutyczny jako instytucja mająca na celu ochronę dobra pacjenta stanowi rozwiązanie zarówno ustawowe, wyrażone w art. 31 ust. 4 *ustawy o zawodach lekarza*, jak i przyjęte na gruncie deontologii, a ściślej – uregulowane w art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przywilej terapeutyczny niewątpliwie stanowi formę ograniczenia autonomii pacjenta. Opiera się on bowiem na świadomym i celowym zawężaniu przez lekarza wiadomości o stanie zdrowia pacjenta i dotyczącym go rokowaniu. W niniejszej pracy nie dokonano obszernego, wielostronicowego przeglądu sposobów rozumienia autonomii pacjenta. Powyższe nie było bowiem celem artykułu. W jego treści podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy przywilej terapeutyczny stanowi jej ograniczenie. Sama autonomia jest bowiem wielorako rozumiana i w zależności od sposobu jej zdefiniowania można dojść do odmiennych wniosków. Przyjmując jednak, że w najprostszej postaci oznacza ona możliwość podejmowania przez pacjenta świadomych decyzji dotyczących udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, należy stwierdzić, że przywilej terapeutyczny jest ograniczeniem autonomii pacjenta. Autonomia ta wyraża się przede wszystkim w prawie do informacji oraz prawie do zgody. Jeżeli pacjent zostaje pozbawiony świadomego udziału w procesie diagnostyczno-lecznym z uwagi na przekonanie lekarza i zastosowania w jego następstwie przywileju terapeutycznego, to niewątpliwie instytucja ta zawęży swobodę pacjenta w samostanowieniu.

⁴⁰ Ibidem, 27.

⁴¹ Marek Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona jednostki a dylematy współczesnej medycyny* (Warszawa: Oficyna Naukowa, 1998), 34.

⁴² Ibidem, 34-36.

Czy stanowi ona jednocześnie słuszne rozwiązanie? Wydaje się, że tak, gdyż ma na celu zapobieżenie potencjalnie tragicznemu w skutkach przekazaniu pacjentowi złych wiadomości dotyczących stanu zdrowia i rokowania.

Przywilej terapeutyczny jest instrumentem, który umożliwia lekarzowi ograniczanie informacji przekazywanych pacjentowi na temat stanu zdrowia oraz rokowania. *Ratio legis* art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza niewątpliwie była ochrona psychiki pacjenta. Duża swoboda pozostawiona lekarzowi sprawia jednak, że to od jego decyzji zależy, czy pacjent będzie w pełni świadomy dotyczącego go procesu diagnostyczno-leczniczego, którego przecież jest głównym, najważniejszym uczestnikiem^[43]. Przywilej terapeutyczny ogranicza autonomię pacjenta, lecz czyni to z uzasadnionych powodów. Wydaje się, że swoistym „wentylem bezpieczeństwa” dla pacjenta jest przekazanie przez lekarza złych wiadomości przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie wskazanej przez pacjenta. Oczywiście przy założeniu, że osoby te będą w stanie „dozować” pacjentowi niepomysłne wiadomości, przekazywać je we właściwej formie, czasie i pozytywnie wpływać na postępowanie chorego. Dyskrecjonalność decyzji lekarza związana z możliwością zastosowania wobec pacjenta przywileju terapeutycznego staje się dla niego „ciężarem”, który „zdejmuje” on z pacjenta w trosce o jego dobro. Kolejny raz dobro rozumiane jednak arbitralnie^[44].

⁴³ Podobnie twierdzi Małgorzata Szeroczyńska, która uznała: „Zgodnie z art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza lekarz może ograniczyć pacjentowi informację o jego stanie zdrowia i rokowaniu, jeśli według jego oceny za takim ograniczeniem przemawia dobro pacjenta. Lekarz takiej oceny oraz wyboru informacji, które jednak pacjentowi przekaże (gdyż na podstawie tego przepisu nie może pozbawić go całkowicie prawa do informacji), dokonuje samodzielnie, chyba że pacjent wprost żąda przekazania wszystkich informacji (art. 9 ust. 6 ustawy o prawach pacjenta)”. Zob. Małgorzata Szeroczyńska, „Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej na kanwie artykułu A. Jaskuły i K. Płończyk” *Prokuratura i Prawo*, nr 9 (2017): 13-35. <https://sip.lex.pl/#/publication/151320642/szeroczynska-malgorzata-zwolnienie-z-tajemnicy-lekarskiej-na-kanwie-artykulu-a-jaskuly-i-k-plonczyk?cm=U-RELATIONS>. [dostęp: 16.07.2021].

⁴⁴ Przywilej terapeutyczny bywa w dosadny sposób krytykowany w doktrynie prawa. Zob. K. Duszyńska, *Paternalizm czy partnerstwo? Obowiązek informacyjny lekarza kluczem do udzielenia świadomej zgody przez pacjenta*, *Lubelskie Zeszyty Prawnicze* 2015, nr 1, s. 33. Wyżej wymieniona autorka uznaje go za „jeden z nielicznych czysto paternalistycznych przepisów u.z.l.i.d, gdzie całkowitą ocenę sytuacji i zasadność udzielenia pełnej informacji pozostawia się lekarzowi”.

Bibliografia

- Andorno Roberto, *Principles of international biolaw*. Bruxelles: Bruylant, 2013.
- „Autonomizm”, [w:] *Słownik Języka Polskiego PWN*. <https://sjp.pwn.pl/sjp/autonomizm;25513117.html>.
- Barankiewicz Tomasz, „Współczesne metody badania prawa” *Studia Prawnicze KUL*, t. I (2010): 115-131.
- Bączyk-Rozwadowska Kinga, „Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego” *Studia Iuridica Toruniensia*, t. IX (2011): 59-100.
- Biesaga Tadeusz, „Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny” *Medycyna Praktyczna*, nr 6 (2005): 20-24.
- Burdzik Marcin, „Prawna skuteczność zwolnienia z tajemnicy lekarskiej przez osoby małoletnie i ubezwłasnowolnione”, [w:] idem, *Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2021. <https://sip.lex.pl/#/monograph/369482373/387688/burdzik-marcin-lekarz-w-procesie-karnym-jako-gwarant-tajemnicy-lekarskiej?keyword=a%20maiori%20oad%20minus&cm=SREST>.
- Dudzińska Anna, „Wymagana informacja udzielana pacjentowi” *Państwo i Prawo*, z. 8 (2008): 90-102.
- Dukiet-Nagórska Teresa, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2008. <https://sip.lex.pl/#/monograph/369189691/275366/dukiet-nagorska-teresa-autonomia-pacjenta-a-polskie-prawo-karne?cm=U-RELATIONS>.
- Dukiet-Nagórska Teresa, „Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim” *Prawo i Medycyna*, nr 6/7 (2000): 78-95.
- Kubiak Rafał, „Przywilej terapeutyczny” *Medycyna Paliatywna*, nr 1 (2017): 12-20.
- Liszewska Agnieszka, „Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy” *Państwo i Prawo*, z. 1 (1997): 36-48.
- Machinek Marian, „Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji lekarz-pacjent” *Medycyna Praktyczna*, nr 1 (2011): 105-110.
- Nawrot Oktawian, *Wprowadzenie do logiki dla prawników*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2012.
- Nawrot Oktawian, *Wprowadzenie do logiki dla prawników*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2020.
- Nawrot Oktawian, „Wnioskowanie prawnicze”, [w:] *Leksykon współczesnej teorii i filozofii prawa: 100 podstawowych pojęć*, red. Jerzy Zajadło. Warszawa: C.H. Beck, 2017.
- Nowacka Maria, „Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta” *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr 3 (2008): 63-66.

- „Rokować”, [w:] Słownik Języka Polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/słowniki/roko-wać.html>.
- Safjan Marek, *Prawo i medycyna. Ochrona jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa: Oficyna Naukowa, 1998.
- Sieńko Agnieszka, „Znaczenie i zakres informacji o stanie zdrowia w kontekście instytucji świadomej zgody na udzielenie świadczenia medycznego” *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, z. 1 (2011): 145-148.
- Soniewicka Marta, „Autonomia prokreacyjna” *Pressje*, nr 17 (2009): 50-66.
- Szeroczyńska Małgorzata, „Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej na kanwie artykułu A. Jaskuły i K. Płończyk” *Prokuratura i Prawo*, nr 9 (2017): 13-35. <https://sip.lex.pl/#/publication/151320642/szeroczyńska-małgorzata-zwolnienie-z-tajemnicy-lekarskiej-na-kanwie-artykułu-a-jaskuły-i-k-plonczyk?cm=URELATIONS>.
- Szewczyk Kazimierz, „Kłamstwo medyczne pozostaje kłamstwem” *Internetowy Serwis Filozoficzny przy Instytucie Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego*. <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=153>.
- Szpara Justyna, „Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem” *Prawo i Medycyna*, nr 4 (1999): 135-139.
- Świderska Małgorzata, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: Dom Organizatora, 2007.
- Wnukiewicz-Kozłowska Agata, *Autonomia jednostki w międzynarodowym prawie biomedycznym*. Wrocław: Wydawnictwo Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, 2019.
- Wroński Konrad, Roman Bocian, Adam Depta, Jarosław Cywiński, Adam Dziki, „Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej” *Nowotwory. Journal of Oncology*, nr 4 (2009): 266-273.
- Zembala Anna, „Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent” *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ*, nr 2 (2005): 35-50.
- Ziemiński Zygmunt, *Logika praktyczna*. Warszawa: PWN, 2013.



