

Piotr Szudejko\*

## Realizacja prawa do diagnozy przez lekarza

### The patient's subjective right to a doctor's diagnosis

**Abstract.** The subject of the article is a presentation of the concept of the patient's subjective right to a doctor's diagnosis.

The starting point is a discussion of the clinical diagnostic process currently used in medicine, as well as the clinical decision-making. In the literature, a fairly widely accepted division of clinical diagnostics is used, which breaks diagnostics down into the following elements: subjective examination (interview conducted with the patient or their family), physical examination (determining symptoms using basic methods) and additional examination (using technological advances to determine symptoms, e.g. CT scan).

It is indicated that legal provisions do not take into account the abovementioned division, which may cause interpretation difficulties when assessing the possibility of factual guardian consenting to the medical examination. Also, the clinical decision-making stage has been distinguished, which is the basis for the therapeutic decision and, consequently, determines the success of treatment.

Next, the patient's right to information on their health is discussed, which is considered a part of a broader right to information about oneself. Justifications for medical truthfulness are presented as well as an exception to this rule – the so-called therapeutic privilege.

Next, the postulated right to diagnosis is discussed, which consists of the following specific rights: the right to form a diagnosis, the right to be informed of a diagnosis, the right to information about the impossibility of a diagnosis, and finally, the right to remain in ignorance. Legal provisions and principles of medical deontology, from which the above law can be derived, are also discussed. The conclusion of the article is that the right to a diagnosis can be justified on the basis of the currently applicable laws and in this respect no legislative initiative is necessary.

**Keywords:** right to diagnosis – healthcare – medicine – clinical diagnosis

---

\* Law Firm, Poland | Kancelaria prawna, Polska, <https://orcid.org/0000-0002-5259-8759>, e-mail: [szudejko@legalfactory.pl](mailto:szudejko@legalfactory.pl).

## Wprowadzenie

Przypadek medyczny stanowi *prima facie* zagadnienie do rozwiązania przez przedstawiciela zawodu medycznego (w szczególności lekarza)<sup>1</sup> w złożonym procesie diagnostycznym. W typowej sytuacji pacjent przedstawia określony zbiór dolegliwości, a nierzadko także własną opinię odnośnie do choroby. W przeprowadzonym badaniu przedmiotowym oraz dodatkowym lekarz uzupełnia ten pierwotny zbiór informacji o dodatkowe przesłanki, porządkując uzyskane dane i odrzucając informacje niepotwierdzone bądź nieistotne. Dopiero na tej podstawie wskazuje się konkretną jednostkę chorobową, a w konsekwencji dobiera stosowną terapię. Proces diagnostyczny można więc określić jako zasadniczy dla osiągnięcia celu zarówno lekarza, jak i pacjenta – powrotu tego ostatniego do zdrowia.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami badanie i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych wymaga wyrażenia przez pacjenta zgody. Jak jednak kształtują się jego uprawnienia, w szczególności prawo do uzyskania informacji odnośnie do diagnozy?

Celem podjętym w artykule jest wykazanie, że z obowiązujących przepisów oraz zasad etyki zawodowej<sup>2</sup> można wywieść prawo pacjenta do diagnozy, które stanowi zbiór szczegółowych praw: do postawienia przez lekarza diagnozy, do jej poznania i zrozumienia przez pacjenta (jak również prawo do pozostania w niewiedzy), a także prawo do uzyskania informacji o braku możliwości postawienia diagnozy. Z uwagi na doniosłość procesu diagnostycznego wydaje się zasadne, by wyraźnie wydzielić prawo do diagnozy w wymiarze doktrynalnym jako istotny element katalogu praw pacjenta. Wzmocnienie świadomości pacjenta odnośnie do przysługujących mu praw i w konsekwencji zwiększenie jakości świadczeń zdrowotnych wydają się wystarczającym uzasadnieniem dla postulowanego prawa. Z przyczyn praktycznych przedstawione tu rozważania zostały ograniczone do sytuacji lekarza, niemniej można je odnosić także – *mutatis mutandis* – do przedstawicieli innych zawodów medycznych.

<sup>1</sup> Najczęściej diagnozę stawia lekarz, ale mogą to być także przykładowo: ratownik medyczny, pielęgniarka, położna.

<sup>2</sup> Zgodnie z art. 4 Ustawy z dnia 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. 2023, poz. 1516 ze zm.), dalej „u.z.l.” lekarz zobowiązany jest do wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi mu metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Powyższy przepis powoduje włączenie zasad etycznych do katalogu norm, którymi lekarz powinien się posługiwać, co sprawia, że stają się one częścią porządku prawnego.

## 1. Proces diagnostyczny

Proces diagnostyczny stanowi punkt wyjścia do rozpoczęcia i prowadzenia terapii. Jego szczególny charakter wynika z tego, że diagnoza określa zakres udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych, warunkując przy tym często powodzenie procesu terapeutycznego<sup>3</sup>. Z drugiej strony, pomyłki na etapie diagnozowania (błąd diagnostyczny) przekładają się najczęściej na niepowodzenie leczenia. W skrajnym przypadku diagnoza niekorzystna, przy jednoczesnym złym rokowaniu, może także przesądzić o zaniechaniu prowadzenia terapii uznawanej przez lekarza za uporczywą, zgodnie z treścią art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej<sup>4</sup>.

Przed skonstruowaniem narzędzi służących do zaawansowanej diagnostyki badanie ograniczało się – z konieczności – do przeprowadzenia wywiadu, bezpośredniej obserwacji występujących objawów oraz przeprowadzenia badania przedmiotowego (fizycznego). W miarę rozwoju techniki i wiedzy medycznej lekarze uzyskiwali dostęp do coraz bardziej zaawansowanych środków diagnostycznych (np. zdjęć rentgenowskich, rezonansu magnetycznego, diagnostyki genetycznej), umożliwiających precyzyjne ustalanie etiologii schorzeń i stanu zdrowia pacjenta, a w rezultacie – bardziej adekwatny dobór terapii<sup>5</sup>. Niemniej jednak również dziś wyżej przedstawione metody diagnostyczne nie tylko pozostają w użyciu, lecz także stanowią niekiedy przesłankę skorzystania z bardziej skomplikowanych narzędzi terapeutycznych.

W początkowym okresie rozwoju medycyny postawienie diagnozy było nierozdzielnie związane z paradygmatem lekarza, który zajmował się całością zagadnień dotyczących zdrowia pacjenta, sprawując wszystkie funkcje w procesie diagnostyczno-leczniczym: od przeprowadzenia wywiadu, poprzez obserwację objawów, badanie palpacyjne, aż do wykonywania zabiegów i ordynowanie leków. Dyskusyjne wydaje się historycznie jedynie już istotne wyłączenie, dokonane we wczesnym zbiorze zasad deontologicznych określanych terminem przysięgi Hipokratesa, wykonywania zabiegów chirurgicznych<sup>6</sup> z zakresu zadań lekarza.

<sup>3</sup> H.R. Wulff, P.C. Göttsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based Medicine*, tłum. Z. Szawarski, Łódź 2005, s. 24.

<sup>4</sup> Dalej: KEL; [https://nil.org.pl/uploaded\\_images/1574857770\\_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf) (dostęp: 12 V 2023).

<sup>5</sup> R. Gutt, *Rozwój medycyny klinicznej*, w: *Historia medycyny*, pod red. T. Brzezińskiego, Warszawa 1988, s. 385–388.

<sup>6</sup> „Nigdy nikomu nie usunę kamieni moczowych przez cięcie (pęcherza), lecz odeślę każdego do ludzi, którzy z zajęciem tym są obeznani”, *Jak brzmi przysięga Hipokratesa? Czego dotyczy?*, „Gazeta Wyborcza”, 28 I 2022.

Wskazuje to bowiem na możliwość rozdzielenia postawienia diagnozy (za co odpowiadać mógł lekarz) od osobistego przeprowadzenia operacji (usunięcia kamieni nerkowych z pęcherza moczowego), którą to operację miała przeprowadzać osoba w tym zakresie wyspecjalizowana – chirurg<sup>7</sup>. Również dzisiaj, chociaż chirurgia słusznie stanowi pełnoprawny obszar medycyny, możliwe wydaje się rozdzielenie procesu diagnostycznego od leczniczego, polegającego na wykonaniu zabiegu chirurgicznego. Lekarz chirurg może teoretycznie nie brać wcale udziału w procesie diagnostycznym, ograniczając się do zastosowania określonego leczenia, dobranego przez lekarza prowadzącego. Całkowite zaniechanie przez lekarza postawienia własnej diagnozy nie wydaje się jednak do pogodzenia z przyjętymi zasadami etycznymi oraz regułami wykonywania zawodu. KEL jednoznacznie wskazuje w art. 9, że lekarz może podejmować leczenie wyłącznie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Minimalnym wymogiem wydaje się zatem zapoznanie się przez lekarza chirurga z postawioną diagnozą i jej osobiste potwierdzenie, natomiast za bardziej wskazane należy uznać przeprowadzenie konsylium lekarskiego<sup>8</sup> bądź inną formę udziału chirurga w procesie diagnostycznym.

## 2. Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia

Obowiązek przeprowadzenia badania wynika przede wszystkim z art. 31 ust. 1 u.z.l., przy czym został również powtórzony<sup>9</sup> w art. 9 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>10</sup>.

Zgodnie z powyższymi przepisami lekarz zobowiązany jest do udzielenia pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu<sup>11</sup>. Ponadto lekarz powinien przedstawić metody diagnostyczne i lecznicze, które nadają się do zastosowania

<sup>7</sup> Słowo „chirurg” pochodzi od dwóch greckich słów: χείρ (kheir – ręka) oraz ἔργον (érgon – praca). Oznacza ono zatem kogoś, kto wykonuje pracę rękami.

<sup>8</sup> U. Drozdowska, *Wina (należyta staranność) lub innego personelu medycznego*, w: *System Prawa Medycznego t. 5, Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 255.

<sup>9</sup> P. Sobolewski, *Zgoda na zabieg medyczny*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, pod red. M. Safjana, L. Boska, Warszawa 2018, s. 380.

<sup>10</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2023, poz. 1545 ze zm., dalej „u.p.p.”.

<sup>11</sup> J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 45–47; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 150–153; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 143; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 139–143.

w danym przypadku, jak również wskazać te, które zamierza zastosować, podając dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania. Obowiązek szczerości (prawdomówności) lekarza stanowi zasadę, będącą korelatem prawa pacjenta do poznania prawdy<sup>12</sup>. Na gruncie lekarskiej deontologii obowiązek prawdomówności można wyprowadzić z art. 12 ust. 2 KEL, który kształtuje zasadę wzajemnego zaufania jako podstawę relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Nie ulega natomiast wątpliwości, że jedynie w warunkach szczerości możliwe jest obdarzenie kogoś zaufaniem.

Udzielenie przez lekarza informacji w zakresie diagnozy oraz rokowania wymaga z samej swojej istoty wcześniejszego przeprowadzenia badania, ponieważ jedynie w toku lub po przeprowadzeniu badania można uzyskać informacje, które umożliwiają postawienie diagnozy.

Z zasady autonomii jednostki wynika, że do podjęcia świadomej decyzji w zakresie zdrowia niezbędne jest posiadanie przez pacjenta wiedzy na temat swojej sytuacji zdrowotnej<sup>13</sup>, przebiegu proponowanego działania, konsekwencji jego realizacji oraz zaniechania. Jeśli bowiem pacjent nie uzyska informacji, stanowiącej podstawę podjęcia i wyrażenia woli, w szczególności przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, jego zgoda nie będzie miała waloru zgody świadomej (ang. *informed consent*)<sup>14</sup>. Dodatkowo, pacjent podejmujący decyzję powinien zrozumieć przedstawiane mu informacje, a zatem konieczne jest ich przedstawienie w formie przystępnej, dostosowanej do konkretnych możliwości poznawczych, a także umożliwienie zadawania pytań i otrzymania na nie odpowiedzi<sup>15</sup>. Wzorcem dla ustawodawcy w tym zakresie może być Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności<sup>16</sup>. Zaniechanie przedstawienia pełnych informacji przed uzyskaniem zgody pacjenta powinno być oceniane przede wszystkim jako naruszenie praw pacjenta, ale także jako naruszenie jego podmiotowości w procesie leczniczym, pozbawia bowiem pacjenta możliwości podjęcia świadomej decyzji.

<sup>12</sup> K. Michałowska, *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 106–109; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona...*, s. 141.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 109.

<sup>14</sup> P. Łuków, *Zgoda na świadczenie zdrowotne i autonomia pacjenta*, w: *Bioetyka*, pod red. J. Różyńskiej, W. Chańskiej, Warszawa 2013, s. 79–83.

<sup>15</sup> B. Janiszewska, *Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego*, w: *Regulacja prawna czynności medycznych*, pod red. M. Boratyńskiej, P. Konieczniaka, Warszawa 2018, s. 454–457; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2021, s. 249–254.

<sup>16</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2020, poz. 442.

Zakres podmiotowy prawa do informacji dotyczy również osób, które nie mogą podjąć decyzji w sprawie swojego zdrowia, o ile mogą dostatecznie rozeznąć się w sytuacji, w której się znajdują<sup>17</sup>. Choć ich zgoda bądź niezgoda na określoną interwencję medyczną nie będzie ważna i wiążąca, w ten sposób mogą uczestniczyć.

Prawo do diagnozy lekarskiej, stanowiące element katalogu praw pacjenta, stanowi prawo podmiotowe, rozumiane tu w sposób przedstawiony przez A. Woltera, a więc jako przyznana i zabezpieczona przez normę prawną sfera możliwości działania przez jednostkę w określony sposób<sup>18</sup>. Postulowane prawo do diagnozy stanowi zbiór bardziej szczegółowych praw: do postawienia przez lekarza diagnozy, do jej poznania przez pacjenta (jak również prawo do pozostania w niewiedzy) oraz do jej zrozumienia, wreszcie prawo do uzyskania informacji o braku możliwości postawienia diagnozy.

### 3. Postawienie diagnozy

Termin „diagnostyka” jest obecnie wykorzystywany w wielu kontekstach, niepowiązanych z ochroną zdrowia, co powoduje, że w ścisłym medycznym znaczeniu stosuje się niekiedy bardziej precyzyjne sformułowanie „diagnostyka kliniczna”<sup>19</sup>. Diagnostyka kliniczna obejmuje szereg czynności intelektualnych oraz technicznych, służących jako podstawa do podjęcia decyzji terapeutycznej<sup>20</sup>. Wyraźnie rysują się dwa etapy procesu diagnostycznego: w pierwszym z nich ustala się występujące symptomy za pomocą różnych narzędzi, a w drugim następuje dopasowanie konkretnej jednostki chorobowej do zbioru symptomów występujących u pacjenta. Omówienie poszczególnych etapów diagnostyki jest konieczne dla przeprowadzenia oceny ryzyka dla pacjenta, wiążącego się z metodami badawczymi, podejmowanymi na poszczególnych etapach.

<sup>17</sup> A. Wołoszyn-Cichočka, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 251.

<sup>18</sup> M. Pyziak-Szafnicka, *Pojęcie prawa podmiotowego*, w: *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, pod red. M. Safjana, Warszawa 2012, s. 793.

<sup>19</sup> I. Wrzeźniewska-Wal, *Diagnostyka, diagnoza, proces diagnostyczny*, w: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, pod red. R. Kubiak, L. Kubickiego, Warszawa 2018, s. 760.

<sup>20</sup> S. Dutkiewicz, *Metody badania klinicznego*, w: *Badanie fizykalne człowieka (z elementami symptomatologii)*, pod red. idem, Kielce 2007, s. 11–16; J. Dacre, P. Kopelman, *Badanie kliniczne*, tłum. B. Kamiński, Warszawa 2003, s. 9 i n.; H. Wulff, P. Göttsche, op. cit., s. 25 i n.

Pierwszy etap diagnostyki obejmuje badanie podmiotowe, przedmiotowe oraz badania dodatkowe<sup>21</sup>. Badanie podmiotowe opiera się na przeprowadzeniu wywiadu, co do zasady z pacjentem, a w sytuacjach szczególnych, gdy z powodu wieku lub stanu zdrowia kontakt z pacjentem jest utrudniony bądź niemożliwy – także z osobami, które pełnią faktyczną opiekę nad pacjentem<sup>22</sup>. Wywiad jest kluczowym elementem badania, niejednokrotnie warunkującym powodzenie całego procesu diagnostycznego<sup>23</sup>. W jego toku ustala się objawy jatropowe, czyli te, które stanowiły przyczynę poszukiwania przez pacjenta porady lub pomocy lekarskiej (na przykład: ból) oraz niejatropowe, w których taki związek nie występuje (np. bezsenność)<sup>24</sup>. Badanie przedmiotowe, określane także jako fizyczne bądź fizykalne, stanowi bezpośrednio badanie organizmu pacjenta przez lekarza, bez zastosowania skomplikowanych narzędzi (np. osłuchiwanie, metoda palpacyjna)<sup>25</sup>. Czynności te wciąż zachowują swoje znaczenie, nierzadko wyznaczając przebieg dalszego postępowania. Badania podmiotowe i przedmiotowe uzupełniają badania dodatkowe, np. laboratoryjne, RTG, EKG czy EEG<sup>26</sup>. Wynikiem pierwszego etapu diagnostyki klinicznej jest określenie zbioru danych o charakterze subiektywnym (wywiad) oraz obiektywnym (pozostałe narzędzia diagnostyczne)<sup>27</sup>.

W drugim etapie lekarz podejmuje się weryfikacji zebranych danych pod względem ich wiarygodności, a końcowym wynikiem rozumowania jest postawienie diagnozy, odpowiadającej ustalonym symptomom (decyzja diagnostyczna)<sup>28</sup>. Rozpoznanie stanowi logiczną zgodność pomiędzy objawami wynikającymi z wywiadu, prawidłową oceną wyników badań przedmiotowych i dodatkowych, przy uwzględnieniu wiedzy i doświadczenia lekarza<sup>29</sup>.

Ujmując rzecz inaczej, można stwierdzić, że postawienie diagnozy jest sylogizmem, w którym przesłanką większą jest aktualna wiedza

<sup>21</sup> J. Tatoń, A. Czech, *Diagnostyka internistyczna*, Warszawa 1998, s. 16.

<sup>22</sup> H. Wulff, P. Gøtzsche, op. cit., s. 34–36; J. Tatoń, A. Czech, op. cit., s. 17–18.

<sup>23</sup> Z. Marek, *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 59.

<sup>24</sup> H. Wulff, P. Gøtzsche, op. cit., s. 30.

<sup>25</sup> Ibidem, s. 37–38.

<sup>26</sup> I. Wrześniewska-Wal, op. cit., s. 760; H. Wulff, P. Gøtzsche, op. cit., s. 38–40.

<sup>27</sup> F. Bolechowski, *Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 1985, s. 13.

<sup>28</sup> H. Wulff, P. Gøtzsche, op. cit., s. 26.

<sup>29</sup> Z. Marek, op. cit., s. 67.

medyczna, przesłanką mniejszą – ustalony stan zdrowia pacjenta, a konkluzją – przypisanie jednostki chorobowej do stwierdzonych symptomów. Dokonując rozpoznania, lekarz posługuje się jedną z trzech metod: metodą dedukcyjną, w której na podstawie ustalonych objawów, wykorzystując rozumowanie logiczne<sup>30</sup>, lekarz wnioskuje, co może je powodować, metodą rozpoznania wzorca, w którym objaw jest na tyle charakterystyczny, że od razu wskazuje na konkretną jednostkę chorobową oraz metodą rozpoznania probabilistycznego, w którym podstawą połączenia objawów z rozpoznaniem są dane statystyczne<sup>31</sup>, częstość występowania danej choroby przy ustalonych objawach<sup>32</sup>.

W praktyce można wskazać jeszcze jeden etap diagnostyki, który poprzedza bądź współwystępuje z prowadzeniem badań przedmiotowych oraz dodatkowych. W tym etapie lekarz, na podstawie wywiadu, oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz własnego doświadczenia wysuwa wstępną diagnozę, a więc swoistą hipotezę, stającą się podstawą podejmowanych dalszych, bardziej szczegółowych działań diagnostycznych, które pozwalają na jej potwierdzenie bądź wyeliminowanie<sup>33</sup>. W pewnych przypadkach zamiast wstępnej diagnozy lekarz może posłużyć się zbiorem pasujących do zaobserwowanych objawów potencjalnych jednostek chorobowych, który to zbiór w toku prowadzonych dalszych działań diagnostycznych będzie stopniowo zmniejszany, aż potwierdzi się konkretne rozpoznanie (diagnoza różnicowa).

Należy zauważyć, że powyższy podział metod diagnostycznych nie znajduje odzwierciedlenia w przepisach prawnych. Art. 32 oraz art. 33 u.z.l., regulujące obowiązek uzyskania zgody pacjenta oraz wyjątki od tego obowiązku wyróżniają jedynie badanie oraz inne świadczenia zdrowotne. W doktrynie wypracowano podział badań na te, na które zgodę może wyrazić opiekun faktyczny na podstawie dyspozycji art. 17 ust. 2 zd. 2 u.z.l., oraz na pozostałe czynności diagnostyczne o charakterze podstawowym lub rutynowym<sup>34</sup>. W praktyce powyższy podział może powodować trudności interpretacyjne, ponieważ interwencja

<sup>30</sup> W rzeczywistości stosowane jest tutaj wnioskowanie redukcyjne.

<sup>31</sup> Z. Marek, op. cit., s. 60.

<sup>32</sup> H. Wulff, P. Göttsche, op. cit., s. 92.

<sup>33</sup> Taką wstępną diagnozę można postawić na przykład z obserwacji kształtu paznokci pacjenta, które mogą wskazywać na przewlekłą niewydolność serca (paznokcie w kształcie szkła od zegarka).

<sup>34</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 45; P. Konieczniak, *Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 2, s. 77.



medyczna, która obecnie stanowi *novum* w medycynie, w przyszłości może stać się działaniem rutynowym<sup>35</sup>. Wypada przy tym zauważyć, że przeprowadzenie badania bez wymaganej zgody może zostać uznane za delikt dyscyplinarny, chociaż nie stanowi przestępstwa – wnioskując *a contrario* z art. 192 § 1 kodeksu karnego<sup>36</sup>.

#### 4. Przedstawienie diagnozy pacjentowi

Postawioną i potwierdzoną diagnozę należy przedstawić pacjentowi, zgodnie z normą wyrażoną w art. 31 u.z.l. oraz art. 9 u.p.p. Poznanie diagnozy przez pacjenta może mieć znaczenie nie tylko dla powodzenia terapii<sup>37</sup>, ale również dla jego samopoczucia, ponieważ co do zasady usuwa stan niepewności. Obowiązek dostosowania sposobu przedstawienia informacji zdrowotnej (w tym diagnozy) w sposób dostosowany do możliwości poznawczych konkretnego pacjenta, przy uwzględnieniu konieczności udzielenia dodatkowych wyjaśnień został wyrażony wprost w przepisach ustawy o leczeniu niepłodności, uprawniających pacjenta do zadawania pytań i uzyskiwania od lekarza wyczerpujących odpowiedzi<sup>38</sup>, natomiast nie wynika z ogólnej normy art. 31 u.z.l. Obowiązek przedstawienia informacji zdrowotnej spoczywa na lekarzu, w szczególności na lekarzu podejmującym leczenie<sup>39</sup>. W przypadku udzielenia świadczeń zdrowotnych przez zespół medyczny obowiązek przedstawienia pacjentowi informacji spoczywa natomiast na osobie, która kieruje tym zespołem<sup>40</sup>.

W przypadkach niepowodzenia procesu diagnostycznego bądź wystąpienia obiektywnych przeszkód dla postawienia diagnozy pacjent powinien otrzymać o tym informację, uwzględniającą działania, które można w konsekwencji powyższego podjąć<sup>41</sup>. Realizacja tego obowiązku

<sup>35</sup> I. Wrześniewska-Wal, op. cit., s. 764.

<sup>36</sup> Ustawa z dnia 6 VI 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 17).

<sup>37</sup> Wiedza odnośnie do diagnozy może pozytywnie wpływać na pacjenta w zakresie niezbędnych działań niemających charakteru *stricte* terapeutycznego, takich jak dostosowanie diety, zmiana trybu życia itp.

<sup>38</sup> Przykładowo: art. 29 ust. 1 pkt 3 lit. b) Ustawy z dnia 25 VI 2015 r. o leczeniu niepłodności.

<sup>39</sup> M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 97–99.

<sup>40</sup> Ibidem, s. 98.

<sup>41</sup> Do takich działań można zaliczyć konsultację z innym lekarzem, powtórzenie określonych badań, konsylium lekarskie, leczenie objawowe.

przez lekarza nie tylko jest egzemplifikacją zasady prawdomówności, lecz także umożliwia podjęcie przez pacjenta działań, zmierzających do możliwie szerokiej ochrony jego zdrowia.

Swoisty paradoks wynika z prawa pacjenta do niewiedzy. Jeśli bowiem z zachowania pacjenta, a w szczególności w formie wyraźnego wyrażenia woli wynika, że nie chce poznać prawdy o swoim stanie zdrowia, lekarz zrealizuje swój obowiązek przedstawienia diagnozy, zachowując ją dla siebie<sup>42</sup>. Chociaż poznanie prawdy wydaje się obiektywnym dobrem, nikt nie powinien być przymuszany do jej poznania, jeśli sam tego nie chce. Problematyczna natomiast staje się możliwość prowadzenia dalszego postępowania leczniczego, na które konieczne jest wyrażenie przez pacjenta zgody. Nie ulega wątpliwości, że zgoda wyrażona bez poznania diagnozy i rokowania nie będzie ważna w świetle obowiązujących przepisów<sup>43</sup>. Nie będzie bowiem zgodą świadomą, a jedynie formalną – przykładowo poprzez złożenie podpisu na formularzu, bez zapoznania się z jego treścią i bez rozmowy z lekarzem. W opisanej sytuacji konfliktu pomiędzy prawem pacjenta do odmowy poznania diagnozy a obowiązkiem uzyskania jego świadomej zgody na udzielenie świadczenia zasadne wydaje się przekazanie informacji zdrowotnej pomimo sprzeciwu pacjenta<sup>44</sup>.

## 5. Źródła prawa do diagnozy

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że rozwój praw pacjenta wynika z upowszechnienia się koncepcji praw człowieka, począwszy od Wielkiej Rewolucji Francuskiej<sup>45</sup>. Prawo do ochrony zdrowia wynika z realizacji prawa człowieka do życia<sup>46</sup>. Wśród przepisów międzynarodowych istotne znaczenie dla praw pacjenta mają w szczególności: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r., formalnie niewiążąca, niemniej istotna

<sup>42</sup> Artykuł 16 ust. 1 KEL, art. 31 ust. 3 u.z.l.

<sup>43</sup> Wyrok Sądu Administracyjnego (SA) w Szczecinie z 31 V 2016 r., sygn. akt I ACA 1132/15, Legalis nr 2180566; wyrok SA w Warszawie z 2 IX 2014 r., sygn. akt I ACA 665/14, Legalis nr 1186501; wyrok SA w Szczecinie z 15 XI 2012 r., sygn. akt I ACa 596/12, Legalis nr 741085; wyrok Sądu Okręgowego (SO) w Sieradzu z 25 XI 2021 r., sygn. akt I C 351/19, Legalis nr 2650907; wyrok SO w Łodzi z 30 IX 2016 r., sygn. akt III Ca 838/16, Legalis nr 2067287; M. Świdwerska, op. cit., s. 105; P. Sobolewski, op. cit., s. 394.

<sup>44</sup> J. Bujny, op. cit., s. 148.

<sup>45</sup> U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona...*, s. 19.

<sup>46</sup> Ibidem, s. 21.

dla kształtowania krajowych porządków prawnych<sup>47</sup>, która w art. 25 wymienia prawo do opieki medycznej, oraz dwa przyjęte w 1966 r. pakt wiążące strony – Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, potwierdzający w art. 6 prawo do życia, oraz Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, który w art. 12 statuuje prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia<sup>48</sup>.

W przyjętej przez Radę Europy 4 listopada 1950 r. Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności<sup>49</sup> prawo do ochrony zdrowia nie zostało potwierdzone<sup>50</sup>, natomiast znalazło się w Europejskiej karcie społecznej z 18 października 1961 r.<sup>51</sup> Zasada 11 określa prawo każdego do korzystania z wszelkich środków celem osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia, ponadto w art. 11 drugiej części Karty wskazany został obowiązek sygnatariuszy do: wyeliminowania, na ile jest to możliwe, przyczyn chorób, zapewnienia ułatwień w zakresie poradnictwa i oświaty, dla poprawy stanu zdrowia oraz do zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym i innym.

Uzupełnieniem powyższych dokumentów stała się Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (Konwencja), przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy 19 listopada 1996 r. Art. 3 wprowadza zasadę równego dostępu do opieki medycznej odpowiedniej jakości, natomiast w art. 4 wskazano, że każda interwencja medyczna powinna następować zgodnie z normami postępowania zawodowego, a także zgodnie z konkretnymi zasadami, obowiązującymi w danym przypadku. Prawo do informacji zdrowotnej zostało bezpośrednio wyrażone w art. 5 Konwencji. Zgodnie z tym przepisem przeprowadzenie interwencji medycznej może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu swobodnej i świadomej zgody przez osobę, która ma być jej poddana<sup>52</sup>. Wyrażenie zgody natomiast poprzedza otrzymanie odpowiedniej informacji o celu i naturze interwencji, jej konsekwencjach i ryzyku. Poza tym, zgodnie z art. 10 Konwencji, każdy ma prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi o jego zdrowiu, przy czym możliwe jest wprowadzenie w tym zakresie ograniczeń przez prawo wewnętrzne. Ich celem powinna być jednak

<sup>47</sup> J. Bujny, op. cit., s. 41–43.

<sup>48</sup> Ibidem, s. 45.

<sup>49</sup> Dz.U. 1993 Nr 61, poz. 284 ze zm.

<sup>50</sup> J. Bujny, op. cit., s. 52.

<sup>51</sup> Dz.U. 1999 Nr 8, poz. 67.

<sup>52</sup> P. Sobolewski, op. cit., s. 381–382.

realizacja interesu osoby zainteresowanej. W komentowanym artykule wprowadzono również obowiązek poszanowania woli do pozostania w niewiedzy.

Zasadniczym problemem postulowanego prawa do diagnozy jest brak jego sformułowania *explicite* w polskich przepisach prawnych, co może utrudniać przyjęcie tej koncepcji przez doktrynę oraz personel medyczny. Niezbędne zatem jest odpowiednie uzasadnienie istnienia prawa do diagnozy.

W pierwszej kolejności prawo do diagnozy, podobnie jak inne prawa pacjenta<sup>53</sup>, można wyprowadzić z leżącej u podstaw systemu praw człowieka zasady godności i powiązanego z nią treściowo prawa do prywatności. Wyrażona w art. 30 Konstytucji RP zasada godności wymaga, aby traktować każdego człowieka jako samoistne źródło wartości, niezależnie od jego cech czy osiągnięć<sup>54</sup>. Zasadniczym trzonem jestestwa każdej osoby jest wyznawana przez nią hierarchia wartości. Prawo do prywatności, wynikające z art. 47 Konstytucji RP rozumiane jest jako prawo do życia w zgodzie z własnym sumieniem i przekonaniami<sup>55</sup>. Na gruncie praktyki medycznej zasada godności oraz autonomia jednostki realizują się w partnerskim modelu udzielania świadczeń zdrowotnych, nakazującym brać pod uwagę przede wszystkim wolę pacjenta<sup>56</sup>, w przeciwieństwie do modelu paternalistycznego, w którym to lekarz jest wyłącznym „gospodarzem” procesu diagnostycznego i leczniczego, decydując samodzielnie, co dla pacjenta jest najlepsze<sup>57</sup>. Powyższe modele odmiennie definiują stan zdrowia i choroby, a w konsekwencji rolę medycyny. W modelu paternalistycznym choroba stanowi niezgodność stanu zdrowia pacjenta z wyznaczoną statystycznie normą, a w przypadku gdy określona choroba jest na tyle rozpowszechniona, że zaburza normę – z prawidłowym funkcjonowaniem organizmu. Rolą

<sup>53</sup> A. Wołoszyn-Cichočka, op. cit., s. 149.

<sup>54</sup> J. Montgomery, *Godność ludzka w momencie śmierci i narodzin*, w: *Godność człowieka jako kategoria prawa*, pod red. K. Complaka, Wrocław 2001, s. 67; G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014, s. 92–93; A. Wołoszyn-Cichočka, op. cit., s. 150; J. Bujny, op. cit., s. 90–92.

<sup>55</sup> S. Warren, L.D. Brandeis, *The Right to Privacy*, „Harvard Law Review” 1890, nr 4(5), s. 193–220.

<sup>56</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, nr 49, s. 9; J. Bujny, op. cit., s. 17–20.

<sup>57</sup> Przytaczanie wszystkich argumentów uzasadniających wnioski o przyjęciu modelu partnerskiego w polskim systemie ochrony zdrowia przekracza ramy niniejszego artykułu.

medycyny jest ustalanie i aktywne zwalczanie stanów chorobowych, przy niewielkim jedynie uwzględnianiu opinii samego pacjenta, którego obowiązkiem jest zaufanie lekarzowi i poddanie się terapii<sup>58</sup>. Powyższy model poddawany jest uzasadnionej krytyce w literaturze<sup>59</sup>. Model partnerski natomiast opiera się na holistycznej definicji choroby, która uwzględnia nie tylko obiektywnie występujące objawy, ale przede wszystkim wewnętrzne przekonania pacjenta, dotyczące jego stanu zdrowia. Celem medycyny w tym modelu jest wspólne ustalenie przez lekarza i pacjenta, czy występujący stan zdrowia wymaga interwencji oraz jakie cele taka interwencja ma zrealizować<sup>60</sup>. Obecnie wyłącznie model partnerski uważany jest za możliwy do przyjęcia w demokratycznym państwie, które traktuje swoich obywateli w sposób podmiotowy. Elementy paternalistyczne dotyczą wyłącznie niektórych sytuacji (np. konieczności niezwłocznego udzielenia pomocy) oraz przymusowego leczenia niektórych enumeratywnie wymienionych przez ustawodawcę chorób (np. gruźlicy). Nawet w tych jednak przypadkach stosowanie paternalizmu nie wydaje się uzasadnione, ponieważ nie spełnia testu proporcjonalności. Zgodnie z nim dopuszczalne są jedynie takie ograniczenia praw i wolności obywateli, które są niezbędne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa, porządku publicznego, dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo dla realizacji wolności i praw innych osób, ograniczenia te nie naruszają istoty ograniczanych praw oraz zostały ustanowione w akcie o randze ustawy<sup>61</sup>. Konsekwencją przyjęcia modelu partnerskiego jest uznanie prawa pacjenta do podejmowania decyzji w zakresie leczenia. Podstawą racjonalności takich decyzji oraz ich zgodności z przyjętą przez pacjenta hierarchią wartości jest udzielenie mu pełnej informacji zdrowotnej. Dodatkowo należy wskazać, że w przypadkach granicznych decyzje pacjenta podjęte na podstawie otrzymanej informacji zdrowotnej mogą znacznie wykraczać poza sferę medyczną. Przykładowo, pacjent może

<sup>58</sup> J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny i natura bioetyki*, w: *Bioetyka...*, s. 17; G. Hołub, op. cit., s. 39.

<sup>59</sup> L. Kubicki, *Tekst wygłoszony w czasie Ogólnopolskiej Konferencji OIL w Warszawie „Medycyna – etyka – ekonomia” 16 VI 2003 r.*, „Puls” 2003, nr 8, <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-200308/ogolnopolska-konferencja-prof-dr-hab-leszek-kubicki/> (dostęp: 25 V 2023); M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 220; J. Bujny, op. cit., s. 21.

<sup>60</sup> J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny...*, s. 27.

<sup>61</sup> Art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 IV 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

zechcieć uregulować swoje sprawy prawne, pogodzić się z bliskimi czy wziąć udział w określonych praktykach religijnych. Zaniechanie udzielenia informacji na temat diagnozy powoduje, że pacjent nie jest podmiotem w procesie leczniczym, lecz jedynie przedmiotem, który można określić jako „przypadek medyczny”.

Prawo do diagnozy spleta się z zagadnieniem tzw. zgody świadomej (ang. *informed consent*), ponieważ stanowi przesłankę ważności takiej zgody. Zgodnie z koncepcją zgody świadomej wyrażenie przez pacjenta zgody na poddanie się jakimkolwiek interwencjom medycznym, w tym również nieinwazyjnym, musi być poprzedzone udzieleniem przez personel medyczny informacji odnośnie do proponowanych metod diagnostycznych lub leczniczych, w tym o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania. W taki sposób powyższa kwestia została uregulowana w art. 34 ust. 2 w zw. z art. 31 u.z.l.<sup>62</sup> Kluczowym elementem takiej informacji powinna być sama diagnoza jako podstawa proponowanych przez lekarza działań i ich medyczne uzasadnienie. Jak wspomniano, w przypadku braku przedstawienia diagnozy wyrażona przez pacjenta zgoda będzie miała charakter wyłącznie formalny. Zgoda świadoma, w szczególności udzielana w trybie art. 34 ust. 1 u.z.l. na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego bądź na zastosowanie metody stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta musi opierać się na wcześniejszym udzieleniu pacjentowi informacji, w tym odnośnie do diagnozy<sup>63</sup>. Jak wynika z orzecznictwa, obowiązek wykazania, że taką informację udzielono, spoczywa na lekarzu<sup>64</sup>, ponieważ to lekarz jest w postępowaniu sądowym stroną, która wywodzi skutki prawne w postaci wyłączenia odpowiedzialności za działania dokonane w warunkach braku bezprawności.

Na marginesie niniejszych rozważań należy podkreślić, że obowiązek informacyjny nie powinien być ograniczany wyłącznie do momentu podejmowania decyzji przez pacjenta<sup>65</sup>, do czego mogłaby skłaniać dosłowna wykładnia przepisów u.z.l. Przyjęty model partnerski udzielania świadczeń zdrowotnych obejmuje cały proces diagnostyczno-leczniczy

<sup>62</sup> Wyrok Sądu Najwyższego (SN) Izba Cywilna z 31 VIII 2017 r., sygn. akt V CSK 619/16; wyrok SN Izba Cywilna z 24 IX 2015 r., sygn. akt V CSK 738/14; wyrok SN Izba Cywilna z 3 XII 2009 r., sygn. akt II CSK 337/09; P. Sobolewski, op. cit., s. 379.

<sup>63</sup> Wyrok SA w Szczecinie z 24 IX 2019 r., sygn. akt I ACa 403/19.

<sup>64</sup> Wyrok SN Izba Cywilna z 17 XII 2004 r., sygn. akt II CK 303/04.

<sup>65</sup> J. Ciszewski, op. cit., s. 47.

i brak jest podstaw do ograniczania podmiotowości pacjenta na którymkolwiek z etapów tego procesu. Pacjent powinien zatem otrzymywać informację zdrowotną również po podjęciu decyzji i wyrażeniu zgody na udzielenie proponowanych świadczeń zdrowotnych, przykładowo o ich przebiegu, występujących działaniach niepożądanych, popełnionych błędach i alternatywnych metodach działania.

Prawo do diagnozy można również wyprowadzić z ogólnego prawa do informacji, które szczególnego znaczenia nabiera w zakresie informacji na własny temat. Prawo do informacji stanowi zestaw wielu praw szeroko rozproszonych w przepisach prawnych. Ich szczegółowe wymieniowanie przekracza ramy niniejszego artykułu i byłoby niecelowe, niemniej przykładowo można tu wskazać na prawo do uzyskania kopii przetwarzanych danych osobowych<sup>66</sup> czy prawo dostępu do dokumentacji medycznej<sup>67</sup>. Nie ulega wątpliwości, że szczególnego znaczenia prawo do informacji nabiera w obszarze ochrony informacji wrażliwych, dotyczących stanu zdrowia.

Uzasadnieniem prawa do informacji przede wszystkim jest umożliwienie racjonalnego podejmowania decyzji w zakresie wytyczonym uzyskaną informacją<sup>68</sup>. W płaszczyźnie dotyczącej ochrony zdrowia będą to głównie decyzje w zakresie poddania się określonym świadczeniom zdrowotnym, ale również decyzje w innych dziedzinach życia, pobocznie związanych z uzyskaną informacją<sup>69</sup>.

Ostatnie z uzasadnień prawa do diagnozy wynika z uznania stosunku pomiędzy pacjentem a lekarzem za stosunek o charakterze kontraktu<sup>70</sup>. W myśl powyższej koncepcji, postawienie diagnozy oraz jej przekazanie pacjentowi stanowi jeden z obowiązków ciężących na lekarzu, ponieważ – jak już wskazano – diagnoza jest punktem wyjścia i determinantą prawidłowego przebiegu procesu leczniczego<sup>71</sup>.

---

<sup>66</sup> Artykuł 15 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 IV 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

<sup>67</sup> Art. 23 ust. 1 u.p.p.

<sup>68</sup> A. Wołoszyn-Cichocka, op. cit., s. 250.

<sup>69</sup> Na przykład sporządzenie testamentu.

<sup>70</sup> M. Wałachowska, *Podstawy prawne odpowiedzialności lekarza i lekarza dentystry*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 115.

<sup>71</sup> A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 175.

## 6. Ograniczenia prawa do diagnozy

Prawo pacjenta do diagnozy nie ma charakteru bezwzględnego, ale doznaje ograniczeń wynikających z przyczyn zarówno praktycznych, jak i formalnych.

Brak możliwości postawienia diagnozy może przede wszystkim wynikać z przyczyn obiektywnych: niedostatku metod i technik medycznych lub stanu aktualnej wiedzy medycznej. Subiektywny charakter mają ograniczenia związane z konkretną sytuacją, wyznaczone przez: zakres wiedzy lekarza stawiającego diagnozę, dostępność środków w systemie opieki zdrowotnej, sytuację zdrowotną pacjenta oraz jego postawę – zgodę bądź brak zgody na wykonanie badania. Wskazać należy, że lekarz jest odpowiedzialny wyłącznie za te subiektywne ograniczenia możliwości postawienia diagnozy, które zależą od jego działań lub zaniechań, a zatem przede wszystkim od zakresu posiadanej wiedzy i umiejętności.

Prawo do diagnozy może być ograniczane również przez ilość środków w systemie publicznej opieki zdrowotnej, a w prywatnej opiece zdrowotnej – przez cenę środków diagnostycznych i ilość środków pieniężnych, które pacjent może wydatkować na ten cel. Jak to zostało już wskazane, diagnostyka jako kluczowy element procesu leczniczego, wyznaczający zakres niezbędnych świadczeń, powinna być odpowiednio finansowana. Należy mieć jednak na uwadze możliwości systemu publicznej opieki zdrowotnej, którego budżet uzależniony jest od decyzji politycznych. Pewnym sposobem ograniczenia negatywnego wpływu chronicznego braku środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia może być stosowanie w pierwszej kolejności bezpośrednich metod podmiotowych i przedmiotowych, które mogą być wystarczające do postawienia trafnej diagnozy, niemniej powyższej propozycji nie należy w żadnym wypadku traktować jako usprawiedliwienia ograniczenia stosowania najnowocześniejszego sprzętu w diagnostyce.

Możliwość postawienia diagnozy może doznawać ograniczenia wynikającego z sytuacji zdrowotnej pacjenta, która uniemożliwia przeprowadzenie określonego badania. Przykładowo można tu wskazać przeciwskazania do badania aparatem do rezonansu magnetycznego, wynikające z posiadania przez pacjenta zespołów kostnych. Poza tym sam pacjent może sprzeciwić się przeprowadzeniu określonego badania, np. bolesnego, co uniemożliwi bądź utrudni proces diagnostyczny, lekarz jest bowiem taką odmową związany.



Istotne ograniczenie prawa pacjenta do żądania postawienia diagnozy wynika z istnienia bądź nieistnienia medycznych przesłanek do prowadzenia postępowania diagnostycznego w danym przypadku. W tym zakresie decyzję podejmować będzie lekarz, ponieważ to od niego zależy proponowanie i podejmowanie (bądź zlecenie) badania i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych.

Ograniczenie prawa do diagnozy (w zakresie uzyskania informacji przez pacjenta) o charakterze formalnym statuuje art. 31 ust. 3 u.z.l., zgodnie z którym lekarz nie ma obowiązku<sup>72</sup> udzielać pacjentowi informacji, chyba że pacjent zgłosi takie żądanie. Ponieważ ustawodawca nie określił, w jakiej formie takie żądanie może zostać zgłoszone, należy uznać, że może to być forma dowolna. Granicą prawa pacjenta do żądania nieudzielania mu informacji medycznej jest obowiązek uzyskania zgody pisemnej pacjenta na wykonanie zabiegu operacyjnego lub zastosowanie metody diagnostycznej lub leczniczej, wiążącej się z podwyższonym ryzykiem, określony w art. 34 ust. 2 u.z.l. Taka zgoda może być udzielona po przekazaniu informacji przez lekarza, a zatem w tym zakresie art. 31 ust. 3 u.z.l. nie znajdzie co do zasady zastosowania.

Na tym tle rysuje się ograniczenie samego procesu diagnostycznego, wynikające z braku zgody pacjenta na przeprowadzenie badania, zarówno wiążącego się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta, jak i takiego, w którym takie ryzyko nie występuje. W takim przypadku lekarz będzie zwolniony z obowiązku przeprowadzenia procesu diagnostycznego; powinien jednak udzielić pacjentowi pełnej informacji o dotychczasowym przebiegu diagnostyki oraz o jej wynikach. Szczególnym przypadkiem ograniczenia prawa do diagnozy, wynikającym z braku zgody pacjenta jest brak zgody na przeprowadzenie badań prenatalnych. W tym zakresie należy wskazać na brak odpowiedniej regulacji prawnej, art. 32 ust. 2 oraz art. 34 ust. 3 u.z.l. umożliwiają bowiem wystąpienie przez lekarza do sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody zastępczej, w przypadku braku porozumienia z przedstawicielem ustawowym tylko wtedy, gdy dotyczy to pacjenta, którym zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4) u.p.p. jest „osoba, zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”. Tym samym, brak jest możliwości

<sup>72</sup> Dopuszczalne jest zatem udzielenie przez lekarza informacji pomimo żądania pacjenta, by mu jej nie udzielać. Takie zachowanie jednak należy ocenić krytycznie pod względem etycznym.

przeprowadzenia badań prenatalnych na podstawie zezwolenia sądu opiekuńczego.

Prawo pacjenta do diagnozy w zakresie udzielenia informacji doznaje również ograniczenia praktycznego, wynikającego ze stanu zdrowia pacjenta bądź jego wieku, wyznaczającego możliwość zrozumienia przekazywanej informacji. W takich przypadkach zastosowanie znajduje art. 31 ust. 6 u.z.l., zgodnie z którym informacji należy udzielić osobie bliskiej, oraz art. 31 ust. 7 u.z.l., w myśl którego pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, informacji udziela się wyłącznie „w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego”.

Ograniczenie prawa pacjenta do uzyskania informacji o diagnozie wynika także z art. 31 ust. 4 u.z.l. Powyższy przepis reguluje tzw. przywilej terapeutyczny, polegający na tym, że w wyjątkowej sytuacji, w przypadku niepomyślnego rokowania, gdy dodatkowo przemawia za tym dobro pacjenta, lekarz może ograniczyć zakres informacji o stanie zdrowia pacjenta i rokowaniu, przy czym powinien udzielić pełnej informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej<sup>73</sup>. Niestety, ustawodawca posłużył się w tym przepisie licznymi zwrotami niedookreślonymi, takimi jak sytuacje wyjątkowe czy dobro pacjenta, co w konsekwencji może prowadzić do nierozwiązywalnych sporów oraz arbitralnych decyzji lekarskich. Przywilej terapeutyczny poddawany jest uzasadnionej krytyce jako relikw systemu paternalistycznego<sup>74</sup>, dlatego zasadny wydaje się postulat ograniczenia jego stosowania. Na marginesie wypada zauważyć, że zastosowanie przywileju terapeutycznego powoduje istotną sprzeczność z obowiązkiem uzyskania zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne. Pacjent, który nie otrzyma prawdziwej i pełnej informacji o swojej sytuacji, w szczególności w zakresie diagnozy i rokowania, nie może podjąć świadomej decyzji w przedmiocie swojego dalszego leczenia. Jedynym sposobem usunięcia zasygnalizowanej sprzeczności jest ograniczenie stosowania przywileju terapeutycznego do przypadków, w których nie będzie potrzeba wyrażenia przez pacjenta zgody na dalsze interwencje medyczne.

<sup>73</sup> J. Bujny, op. cit., s. 146–148.

<sup>74</sup> W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 175; J. Suchorzewska, *Ból i cierpienie*, w: *Bioetyka...*, s. 201.

## Podsumowanie

Diagnoza stanowi punkt wyjścia do wdrożenia odpowiedniej terapii i jako taka staje się kluczową podstawą skutecznej walki z chorobą. Sformułowanie diagnozy przez lekarza jest zatem jego podstawowym obowiązkiem, poprzedzającym prowadzenie interwencji medycznych (z wyłączeniem przypadków nagłych). Tym samym prawo pacjenta do uzyskania diagnozy nie powinno budzić żadnych wątpliwości, nie tylko bowiem da się je wyprowadzić z obowiązujących przepisów, w szczególności z art. 9 u.p.p. oraz art. 31 ust. 1 u.z.l. i art. 9 KEL, ale wynika także z samego paradygmatu medycyny oraz z zasad prawidłowego wykonywania zawodu.

Jednocześnie obowiązująca w relacji pacjent–lekarz prawdomówność powinna obejmować w równym stopniu wszystkie etapy tej relacji, nie wyłączając diagnostyki. Co więcej, wiedza pacjenta odnośnie do własnej sytuacji zdrowotnej jest wręcz niezbędna do podjęcia i wyrażenia przez niego zgody na proponowane, dalsze działania. Jedynie w przypadku gdy lekarz nie proponuje przeprowadzenia takich działań, powyższy argument nie znajdzie zastosowania. Przedstawienie informacji o diagnozie jako szczególna forma informacji zdrowotnej powinno nastąpić w sposób zrozumiały dla pacjenta, a w razie powstania wątpliwości lekarz ma obowiązek podjąć się ich wyjaśnienia, na co wskazuje wprowadzenie przez ustawodawcę w art. 31 ust. 1 u.z.l. obowiązku sformułowania informacji zdrowotnej w sposób przystępny. W przypadku natomiast gdy diagnozy nie można postawić, lekarz powinien również taką informację przekazać pacjentowi. Pacjent może także w dowolnej formie zakomunikować lekarzowi, że woli pozostać w niewiedzy i wówczas lekarz pozostaje taką decyzją związany. Co prawda art. 31 ust. 3 u.z.l. stanowi, że w takiej sytuacji lekarz jedynie nie ma obowiązku udzielania informacji zdrowotnej, niemniej brak jest uzasadnienia dla udzielenia takiej informacji, poza omówioną wyżej sytuacją, gdy wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Powyższe elementy składają się na postulowane w niniejszym artykule prawo do diagnozy. Nie wydaje się jednocześnie konieczne wyartykułowanie takiego prawa w przepisach prawa pozytywnego, ponieważ jest ono już dostatecznie umocowane w wykładni obowiązujących norm prawnych i etycznych.

## BIBLIOGRAFIA

- Bolechowski F., *Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 1985.
- Bołoz W., *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „*Studia Iuridica*” 2008, nr 49, s. 9–42.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Ciszewski J., *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002.
- Dacre J., Kopelman P., *Badanie kliniczne*, tłum. B. Kamiński, Warszawa 2003.
- Daniluk-Jarmoniuik A., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- Drozdowska U., *Wina (należyta staranność) lub innego personelu medycznego*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 215–408.
- Dutkiewicz S., *Metody badania klinicznego*, w: *Badanie fizykalne człowieka (z elementami symptomatologii)*, pod red. S. Dutkiewicza, Kielce 2007, s. 11–18.
- Gutt R., *Rozwój medycyny klinicznej*, w: *Historia medycyny*, pod red. T. Brzezińskiego, Warszawa 1988, s. 385–388.
- Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.
- Janiszewska B., *Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego*, w: *Regulacja prawna czynności medycznych*, pod red. M. Boratyńskiej, P. Konieczniaka, Warszawa 2018, s. 448–568.
- Konieczniak P., *Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym*, „*Prawo i Medycyna*” 2014, nr 2, s. 67–90.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2021.
- Kubicki L., *Tekst wygłoszony w czasie Ogólnopolskiej Konferencji OIL w Warszawie „Medycyna – etyka – ekonomia”*, 16 czerwca 2003 r., „*Puls*” 2003, nr 8, <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-200308/ogolnopolska-konferencja-prof-dr-hab-leszek-kubicki/> (dostęp: 25 V 2023).
- Łuków P., *Zgoda na świadczenie zdrowotne i autonomia pacjenta*, w: *Bioetyka*, pod red. J. Różyńskiej, W. Chańskiej, Warszawa 2013, s. 73–84.
- Marek Z., *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.
- Michałowska K., *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, „*Prawo i Medycyna*” 2003, nr 13, s. 106–116.
- Montgomery J., *Godność ludzka w momencie śmierci i narodzin*, w: *Godność człowieka jako kategoria prawa*, pod red. K. Complaka, Wrocław 2001, s. 55–75.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2013.
- Pyziak-Szafnicka M., *Pojęcie prawa podmiotowego*, w: *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, pod red. M. Safjana, Warszawa 2012, s. 775–816.
- Różyńska J., Łuków P., *Narodziny i natura bioetyki*, w: *Bioetyka*, pod red. J. Różyńskiej, W. Chańskiej, Warszawa 2013, s. 15–31.

- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Sobolewski P., *Zgoda na zabieg medyczny*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, pod red. M. Safjana, L. Boska, Warszawa 2018, s. 363–430.
- Suchorzewska J., *Ból i cierpienie*, w: *Bioetyka*, pod red. J. Różyńskiej, W. Chańskiej, Warszawa 2013, s. 191–203.
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Tatoń J., Czech A., *Diagnostyka internistyczna*, Warszawa 1998.
- Wałachowska M., *Podstawy prawne odpowiedzialności lekarza i lekarza dentystry*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 111–127.
- Warren S., Brandeis L.D., *The Right to Privacy*, „*Harvard Law Review*” 1890, nr 4(5), s. 193–220.
- Wołoszyn-Cichocka A., *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017.
- Wrześniewska-Wal I., *Diagnostyka, diagnoza, proces diagnostyczny*, w: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, pod red. R. Kubiak, L. Kubickiego, Warszawa 2018, s. 759–765.
- Wulff H.R., Göttsche P.C., *Racjonalna diagnoza i leczenie Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based Medicine*, tłum. Z. Szawarski, Łódź 2005.