

U N I W E R S Y T E T S W P S

Instytut Prawa

Dawid Łyś

Świadoma zgoda pacjenta na zabieg w chirurgii plastycznej

Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem
dr hab. Teresy Gardockiej, prof. Uniwersytetu SWPS

Warszawa 2023

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	3
WSTĘP	4
ROZDZIAŁ I – PACJENT W CHIRURGII PLASTYCZNEJ.....	12
1.1 CHARAKTERYSTYKA DYSCYPLINY MEDYCZNEJ.....	12
1.2 PRZEDMIOT ZGODY W CHIRURGII PLASTYCZNEJ	17
1.3 CHARAKTER ŚWIADCZEŃ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	22
ROZDZIAŁ II – NORMY PRAWNE W ZAKRESIE UZYSKIWANIA ZGODY.....	40
2.1 PATERNALIZM LEKARSKI I AUTONOMIA WOLI PACJENTA.....	40
2.2 NORMY PRAWNE W ZAKRESIE ZGODY PACJENTA W POLSCE	45
2.3 SKUTECZNOŚĆ ZGODY	52
2.3.1 Podmiot zgody	55
2.3.2. Forma zgody	62
ROZDZIAŁ III – ŚWIADOMA ZGODA W CHIRURGII PLASTYCZNEJ.....	73
3.1 OBOWIĄZEK INFORMACYJNY	73
3.2 ŚWIADOMOŚĆ PACJENTA W CHIRURGII PLASTYCZNEJ	78
3.3 ZNACZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY W CHIRURGII PLASTYCZNEJ.....	94
ROZDZIAŁ IV – STANDARD ORGANIZACYJNY UZYSKIWANIA ZGODY W CHIRURGII PLASTYCZNEJ	106
4.1 BADANIE ORZECZEŃ SĄDOWYCH.....	106
4.1.1 Prezentacja zastosowanych metod badawczych.....	106
4.1.2 Wyniki badania.....	109
4.2 BADANIE PROCESU UZYSKIWANIA ZGODY W DOŚWIADCZENIU POLSKICH CHIRURGÓW PLASTYCZNYCH	133
4.2.1 Prezentacja zastosowanych metod badawczych.....	133
4.2.2 Wyniki badania.....	138
4.3 PROPOZYCJA STANDARDU ORGANIZACYJNEGO UZYSKIWANIA ZGODY PACJENTA NA ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII PLASTYCZNEJ	155
ZAKOŃCZENIE	168
BIBLIOGRAFIA	176
WYKAZ TABEL, WYKRESÓW, RYSUNKÓW	185

WYKAZ SKRÓTÓW

ZawLekU	ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.).
PrPacjRPPU	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.).
DziałLeczU	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).
k.k.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

WSTĘP

Chirurgia plastyczna jako specjalność medyczna, ma głębokie korzenie historyczne i ewoluowała przez wieki, dostosowując się do potrzeb pacjentów i postępów w medycynie. W swojej istocie koncentruje się na naprawie, rekonstrukcji lub wymianie fizycznych defektów postaci lub funkcji różnych obszarów ciała. Współcześnie, chirurgia plastyczna jest dynamicznie rozwijającym się obszarem medycyny, łączącym innowacje technologiczne z zaawansowanymi procedurami chirurgicznymi. Chirurdzy plastyczni coraz częściej korzystają z zaawansowanych technik regeneracyjnych, takich jak terapie komórkowe czy inżynieria tkankowa, aby osiągnąć lepsze wyniki i zminimalizować ryzyko powikłań.

Przeprowadzone analizy standardów ustanowionych przez międzynarodowe organizacje chirurgii plastycznej umożliwiają szczegółowe scharakteryzowanie chirurgii plastycznej z uwzględnieniem ich wymiaru rekonstrukcyjnego oraz estetycznego, a także terapeutycznego i nieterapeutycznego. Przeanalizowano również legalność nieterapeutycznych zabiegów w chirurgii plastycznej, które budzą kontrowersje z powodu braku jasnych regulacji prawnych. Niniejsza praca koncentruje się na analizie chirurgii plastycznej w kontekście jej etyki, legalności, oraz relacji między lekarzem a pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem autonomii pacjenta i procesu uzyskiwania świadomej zgody. Jest to bowiem nie tylko fundamentalny element etyki medycznej, ale także kluczowy aspekt prawa pacjenta. Świadoma zgoda służy jako most łączący pacjenta i lekarza, promując otwartą komunikację i współpracę. Jest to proces, który wymaga jasnego zrozumienia i akceptacji wszystkich potencjalnych ryzyk i korzyści związanych z daną procedurą chirurgiczną.

Kluczowe znaczenie w pracy ma sam proces uzyskiwania zgody pacjenta na zabiegi operacyjne ze szczególnym uwzględnieniem czynników, które mogą wpływać na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia sporu sądowego. Niniejsza praca dąży do zbadania i zrozumienia złożonych regulacji prawnych oraz orzeczeń sądowych, które kształtują proces uzyskiwania świadomej zgody w chirurgii plastycznej, oraz do zidentyfikowania potencjalnych obszarów konfliktów i wyzwań prawnych. Praca ta ma na celu nie tylko zbadanie istniejących ram prawnych, ale także zasugerowanie możliwych ścieżek dla przyszłych zmian w tej dziedzinie.

W pracy określone zostało więc, jak prawo reguluje proces uzyskiwania świadomej zgody, zwracając szczególną uwagę na ochronę praw pacjentów oraz na zapewnienie bezpieczeństwa prawnego chirurgom plastycznym. Analiza obejmuje zarówno przepisy prawne, jak i orzecznictwo sądowe, aby zbudować pełny obraz tego, jak świadoma zgoda funkcjonuje w praktyce chirurgicznej. Przeprowadzone badanie doświadczeń chirurgów plastycznych zaprezentowało rzeczywisty obraz procesu uzyskiwania zgody w polskiej praktyce chirurgicznej.

Realizacja obowiązku informacyjnego względem pacjenta przed przeprowadzeniem procedury medycznej o podwyższonym ryzyku, jest nieodłączną już częścią udzielania świadczeń zdrowotnych. Podmioty lecznicze, niezależnie od podmiotu tworzącego, powinny dążyć do stanu, w którym proces uzyskania świadomej zgody pacjenta odbywa się zgodnie z regulującymi ten obszar przepisami prawa, ale również dodatkowymi zaleceniami, których przestrzeganie może zmniejszyć ryzyko powstania roszczenia pacjenta.

Genezę pracy stanowią doświadczenia jej autora w zapewnianiu zgodności udzielanych przez podmioty lecznicze świadczeń zdrowotnych z regulacjami prawnymi oraz zestawami wytycznych i zaleceń, a także obserwowane problemy związane z brakiem standaryzacji procesu uzyskiwania świadomej zgody na procedury medyczne. Przeprowadzone przez autora pracy obserwacje bezpośrednie wskazują, że lekarze, w szczególności chirurdzy plastyczni, oczekują standardów postępowania regulujących proces uzyskiwania świadomej zgody pacjenta, ale również narzędzi pomocnych w realizacji tego procesu przy wsparciu instytucji zewnętrznych (opracowane broszury informacyjne, modelowe wzory formularzy świadomej zgody, materiały multimedialne itp.) Genezę pracy stanowią również inne badania autora dysertacji, w których wykazał on, że świadoma zgoda była przedmiotem sporu sądowego w 30,1% do nawet 43,8% wszystkich spraw sądowych z udziałem chirurgów plastycznych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Nadzwyczaj istotne dla celu pracy wydaje się twierdzenie amerykańskich badaczy, którzy przeprowadzili badanie ankietowe w celu identyfikacji zmiennych wpływających na prawdopodobieństwo wystąpienia roszczenia w chirurgii plastycznej. Rezultaty przeprowadzonego badania przedstawionego w części głównej niniejszej pracy, a które stanowiło inspirację do drugiego badania przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy, wskazały, że dostarczanie pacjentom

broszur informacyjnych opracowanych dla określonych procedur chirurgicznych jest znaczącym czynnikiem redukującym ryzyko pozwu przeciwko chirurgom plastycznym.

Motywacją do podjęcia tego tematu była więc chęć zbadania i zrozumienia złożonych relacji prawnych i czynnikowych, które kształtują proces uzyskiwania świadomej zgody w chirurgii plastycznej. Zwrócenie uwagi na ten aspekt jest niezbędne, aby zidentyfikować potencjalne obszary konfliktów i wyzwań prawnych, które mogą wystąpić w praktyce chirurgicznej. Przez to, niniejsza rozprawa dąży do zbudowania mostu między teorią prawną a praktyką chirurgiczną, promując lepsze zrozumienie i współpracę między tymi dwoma dziedzinami. Praca ta dąży do zbudowania solidnej podstawy teoretycznej, która może służyć jako platforma dla przyszłych badań i dyskusji w dziedzinie prawa medycznego, zarówno w zakresie chirurgii plastycznej jak innych specjalności medycznych, w szczególności w których lekarz i pacjent umawiają się na uzyskanie określonego efektu medycznego.

W trakcie analizy istniejącej literatury i badań dotyczących chirurgii plastycznej oraz prawnych aspektów świadomej zgody, zauważona została luka regulacyjna w procesie uzyskiwania zgody, która wymaga głębszego zbadania. Niniejsza praca ma na celu wypełnienie tej luki, oferując dogłębną analizę prawnych ram świadomej zgody w chirurgii plastycznej. Jednym z kluczowych wkładów tej pracy jest zaprojektowane standardu organizacyjnego uzyskiwania świadomej zgody w chirurgii plastycznej. To innowacyjne podejście ma potencjał, aby wypromować większą transparentność i bezpieczeństwo dla pacjentów oraz chirurgów plastycznych.

Celem pracy jest wzmocnienie bezpieczeństwa prawnego chirurgów plastycznych poprzez standaryzację procesu uzyskiwania świadomej zgody na zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii plastycznej.

Dla ułatwienia realizacji postawionego celu autor pracy postawił następującą **tezę: istnieje potrzeba ustalenia standardu procesu uzyskiwania świadomej zgody na zabiegi operacyjne w chirurgii plastycznej, w randze przepisów prawa.**

Jak widać z celu i tezy pracy, jej autor ogranicza zakres badań wyłącznie do:

- świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy wykonujących zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii plastycznej,
- zabiegów operacyjnych, w ramach których uzyskuje się długotrwały lub trwały efekt estetyczny.

Tak zdefiniowany przedmiot badania ma znaczenie w zakresie *ratio legis* przepisów, które mogą być zaprojektowane w oparciu o zaproponowany przez autora standard organizacyjny. Zastosowanie ponadstandardowych lub w ogóle specyficznych wymagań wobec procesu uzyskiwania świadomej zgody na określoną grupę procedur medycznych o podwyższonym ryzyku, ma w założeniu spowodować sytuację możliwości uzyskania wystarczającej ilości przystępnych informacji, w zakresie ryzyka i korzyści, w czasie wystarczającym do podjęcia świadomej decyzji. Ponadstandardowe wymagania nie mogą być jednak przedstawione w stosunku do wszystkich procedur medycznych o podwyższonym ryzyku, ponieważ nie byłoby to w ogóle racjonalne. Na skutek analizy przepisów prawa, komentarzy i orzeczeń sądowych, projektowany standard organizacyjny dotyczyć będzie co do zasady wszystkich świadczeń zdrowotnych, zarówno procedur chirurgicznych jak i niechirurgicznych, zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych, jednakże wyłącznie w określonym zakresie, a główny nacisk pozostanie postawiony na procedurach chirurgicznych.

Autor pracy ogranicza się ponadto wyłącznie do specjalizacji lekarskiej z zakresu chirurgii plastycznej jako zdecydowanie dominującej w zakresie zabiegów operacyjnych posiadających główny lub znaczący cel estetyczny o długotrwałych lub stałych efektach estetycznych, wykluczając ponadto całą gałąź lekarsko-dentystyczną, która powinna podlegać całkiem odrębnym badaniom z uwagi na jej specyfikę.

Autor pracy postanowił udowodnić jej tezę w trzech, następujących po sobie etapach:

- 1) dowodzenie na podstawie wypowiedzi doktryny przedstawiających szczególne wymagania stawiane obowiązkowi informacyjnemu w zabiegach operacyjnych z zakresu chirurgii plastycznej,
- 2) badanie orzeczeń polskich sądów powszechnych w zakresie znaczenia świadomej zgody w chirurgii plastycznej,
- 3) badanie ankietowe skierowane do chirurgów plastycznych odnoszące się do:
 - a) ich aktualnie przyjętych metod uzyskania świadomej zgody na zabiegi operacyjne,
 - b) znaczenia świadomej zgody w sprawach, w których byli stroną pozwaną.

Niniejsza rozprawa doktorska wpisuje się w szerszy kontekst badań nad prawami pacjentów i odpowiedzialnością lekarzy. Analiza literatury naukowej w tej dziedzinie ujawnia, że problematyka świadomej zgody jest przedmiotem wielu badań i dyskusji, zarówno w kontekście medycznym, jak i prawnym.

W trakcie realizacji pierwszego badania orzeczeń sądowych, można przewidzieć napotkanie różnych trudności i wyzwań. Istotnym ograniczeniem jest fakt, że przegląd orzeczeń sądowych nie obejmuje całej grupy ugód zawartych przedsądowo, co może wpływać na pełny obraz zjawiska roszczeniowości pacjentów w chirurgii plastycznej.

Ponadto, badanie ankietowe przeprowadzone wśród chirurgów plastycznych, mimo że dostarcza cennych danych, jest ograniczone pod względem reprezentatywności, przy czym jak szeroko opisano w części głównej niniejszej pracy, autor uzyskał wystarczającą grupę badawczą do wyciągnięcia istotnych statystycznie informacji.

Mimo tych ograniczeń, praca dąży do zapewnienia jak najbardziej kompleksowego i zrównoważonego podejścia do badanego problemu, mając na uwadze znaczenie i wpływ wyników na rozwój nauk prawnych i chirurgii plastycznej.

Niniejsza praca dąży do zintegrowania różnych perspektyw i podejść, prezentując holistyczne spojrzenie na problematykę świadomej zgody w chirurgii plastycznej, z nadzieją na przyczynienie się do dalszego rozwoju i pogłębienia dyskusji w tej dziedzinie. Dążenie do zrozumienia i zdefiniowania prawnych ram świadomej zgody w chirurgii plastycznej jest nie tylko istotne z punktu widzenia praw pacjentów, ale także z perspektywy bezpieczeństwa prawnego lekarzy.

W literaturze można znaleźć różne perspektywy na to zagadnienie, w tym analizy etyczne, prawne i medyczne, które oferują różnorodne podejścia i interpretacje. Badania te często skupiają się na złożonych interakcjach między pacjentami a lekarzami, analizując dynamikę procesu uzyskiwania świadomej zgody oraz potencjalne konsekwencje prawne i etyczne związane z tym procesem. Jest to również obszar, który zyskuje na znaczeniu, biorąc pod uwagę rosnącą świadomość społeczną na temat praw pacjentów i obowiązków lekarzy. Dodatkowo, literatura naukowa w tej dziedzinie często zwraca uwagę na istotność komunikacji i edukacji w procesie uzyskiwania świadomej zgody, podkreślając znaczenie jasnej i przejrzystej komunikacji między lekarzem a pacjentem. Również zwraca się uwagę na różnorodność praktyk i regulacji prawnych w różnych jurysdykcjach, co podkreśla złożoność i wielowymiarowość problemu. Analiza oparta na dokładnym przeglądzie literatury oraz orzecznictwa sądowego,

ujawnia istnienie pewnych luk i niejasności w obecnych regulacjach prawnych. Te luki mogą prowadzić do różnych interpretacji i zastosowań prawa, co z kolei może wpływać na jakość opieki medycznej i poziom ochrony prawnej. Praca ta dąży do identyfikacji tych obszarów i proponuje możliwe ścieżki naprawcze, które mogą przyczynić się do zwiększenia klarowności i spójności w prawodawstwie.

Przeprowadzone przez autora badanie orzecznictwa sądowego w Polsce dotyczącego świadomej zgody w chirurgii plastycznej podkreśla znaczenie świadomej zgody pacjenta w sporach sądowych. Analiza pokazuje, że w 74% przypadków świadomość pacjenta była kluczowa. Chociaż w 79% spraw sądy uznały, że pacjent był odpowiednio poinformowany, istnieją wątpliwości co do jakości procesu informacyjnego. Celem jest nie tylko pełna świadomość pacjenta, ale także zmniejszenie liczby pozwów związanych z jej brakiem. Badanie wskazuje, że pacjenci często nie byli świadomi efektów zabiegu i potencjalnych powikłań. Wyniki są zgodne z badaniami z innych krajów, przedstawionych w części głównej pracy, gdzie brak zrozumienia ryzyka prowadzi do sporów sądowych.

W ramach badania ankietowego, chirurdzy plastyczni w Polsce zostali zapytani o swoje doświadczenia dotyczące procesu uzyskiwania świadomej zgody. Badanie to ujawniło szereg interesujących informacji, dotyczących m.in.: różnic w stosowaniu narzędzi informacyjnych pomiędzy zabiegami terapeutycznymi i nieterapeutycznymi, w tym w zależności od miejsca wykonania zabiegu, istotnych statystycznie czynników zwiększających oraz zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia sporu sądowego, a także znaczenia psychologii oczekiwań pacjentów.

Praca została przygotowana w czterech rozdziałach części głównej. W pierwszym rozdziale pracy omawiana jest specjalność medyczna, jaką jest chirurgia plastyczna w zakresie programów specjalizacji, liczebności chirurgów plastycznych oraz przede wszystkim przedmiotu działalności chirurgii plastycznej. W pracy dokonuje się systematyki chirurgii plastycznej w zakresie procedur chirurgicznych, procedur niechirurgicznych, chirurgii rekonstrukcyjnej, chirurgii estetycznej oraz zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych opierając się na definicjach międzynarodowych organizacji. W rozdziale analizowana jest również legalność zabiegów nieterapeutycznych w chirurgii plastycznej, które budzą wiele kontrowersji z powodu braku jasnych regulacji prawnych. Autor omawia różne stanowiska w tej kwestii,

podkreślając warunki legalności takich procedur oraz znaczenie świadomej zgody i kwalifikacji lekarzy.

W drugim rozdziale autor skupia się na omówieniu koncepcji paternalizmu medycznego i jego wpływie na relacje lekarz-pacjent oraz system opieki zdrowotnej. Autor przybliży historyczne podejście do relacji lekarz-pacjent, które opierało się na dominacji lekarza i braku informowania pacjenta o jego stanie zdrowia. Zmiany w tym zakresie zaczęły się pojawiać w XVIII wieku pod wpływem nowych idei filozoficznych, społecznych i politycznych. Autor prezentuje badanie przeprowadzone wśród chińskich lekarzy, które ukazuje niespójności w podejściu do opieki skoncentrowanej na pacjencie, analizuje również przypadek paternalizmu w prawie karnym oraz różne stanowiska w debacie dotyczącej autonomii pacjenta w kontekście wiedzy medycznej. Dalsza część rozdziału koncentruje się na kwestiach prawnych dotyczących zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne w Polsce. Autor zwraca uwagę na dualizm regulacji dotyczących zgody na świadczenia zdrowotne oraz na brak szczegółowych przepisów dotyczących zgody w chirurgii plastycznej. Omawiane są różne rodzaje zgód: wyłączna, równoległa i zastępcza, a także specyfika prawna dotycząca pacjentów małoletnich korzystających z usług chirurgii plastycznej, w szczególności w odniesieniu do statystyk ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej dotyczących pacjentów małoletnich korzystających z zabiegów estetycznych. W końcowej części rozdziału autor analizuje formę zgody na świadczenie zdrowotne, wskazując na różnice między zgodą ustną a pisemną oraz konsekwencje prawne związane z niedochowaniem odpowiedniej formy zgody.

Rozdział trzeci koncentruje się na analizie zagadnienia świadomej zgody w kontekście chirurgii plastycznej. Szczególny nacisk kładziony jest na obowiązek informacyjny lekarza oraz świadomość pacjenta w odniesieniu do tego typu procedur. W pierwszej części autor omawia obowiązek informacyjny lekarza, podkreślając prawne konsekwencje zaniedbania lub niewłaściwego wykonania tego obowiązku, co może skutkować brakiem ważności zgody pacjenta. W dalszej części rozdziału autor zwraca uwagę na znaczenie świadomości pacjenta w kontekście chirurgii plastycznej, podkreślając dynamikę procesu informacyjnego w dobie cyfrowej. Podkreśla on trudności w realizacji obowiązku informacyjnego spowodowane dostępnością niezweryfikowanych informacji w Internecie, które mogą wprowadzać pacjentów w błąd. Zestawiając omawiane w literaturze orzeczenia sądowe wskazano, że informacje przekazywane pacjentowi muszą być kompleksowe, obejmując opis proponowanej procedury oraz wszystkie potencjalne skutki, zarówno pozytywne, jak i negatywne.

Lekarze powinni w szczególności informować o ewentualnych ryzykach, które mogą mieć poważny wpływ na zdrowie pacjenta, nawet jeśli są one mało prawdopodobne. Autor zwraca uwagę na konieczność dostosowania zakresu informacji do rodzaju zabiegu, wskazując, że najszersze informacje powinny być przekazywane w przypadku zabiegów nieterapeutycznych. W kontekście analizy zgody pacjenta jako oświadczenia woli, autor omawia różne sytuacje, które mogą prowadzić do odpowiedzialności karnej, w tym przypadki, gdy zabieg jest przeprowadzany wbrew woli pacjenta, bez jego zgody, przekraczając zakres zgody lub opierając się na wadliwej zgodzie. Podsumowując, trzeci rozdział pracy doktorskiej autora dostarcza dogłębnej analizy kwestii świadomej zgody w chirurgii plastycznej, z naciskiem na obowiązek informacyjny oraz proces informacyjny w dobie cyfrowej.

W czwartym rozdziale niniejszej pracy przedstawiono wyniki dwóch badań przeprowadzonych przez autora oraz propozycję standardu organizacyjnego uzyskiwania świadomej zgody na świadczenia zdrowotne w chirurgii plastycznej.

ROZDZIAŁ I – PACJENT W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

1.1 CHARAKTERYSTYKA DYSCYPLINY MEDYCZNEJ

Słowo „plastik” w chirurgii plastycznej pochodzi od łacińskiego słowa „plastik”, co oznacza nadający się do formowania. Słowo to było używane do opisu sztuki formowania w starożytnej Grecji, a później przez rzymskiego architekta Witruwiusza i Pliniusza Starszego w odniesieniu do sztuki. Słowo to zostało następnie przyjęte w XIX wieku przez Karla Ferdinanda von Graefe, aby nazwać jego monografię dotyczącą rekonstrukcji nosa, a później przez Eduarda Zeisa, który określił tak jedną ze specjalizacji lekarskich. Znaczenie tego słowa różniło się w zależności od kontekstu, przy czym można było dostrzec dwa znaczenia: artystyczne materialistyczne i filozoficzne spekulatywne. Autorzy artykułu „History of plastic surgery: Art, philosophy, and rhinoplasty” na podstawie, którego opracowany jest niniejszy akapit wskazują, że granice chirurgii plastycznej jako specjalności są niejasne, a jej nazwa jest często źle rozumiana. Jest to połączenie sztuki i nauki, z naciskiem na przekształcanie i ulepszanie ludzkiego ciała poprzez zabiegi chirurgiczne. Chociaż opinia publiczna może postrzegać to jako formę sztuki piękna, jest ona ograniczona zasadami medycyny opartej na dowodach i nie jest tym samym, co tradycyjne formy sztuki. Chirurgia plastyczna to wyjątkowy rodzaj sztuki, który wymaga profesjonalnej perspektywy akademickiej i klinicznej, aby naprawdę został doceniony¹.

The European Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery wskazuje, że “chirurgia plastyczna, rekonstrukcyjna i estetyczna to specjalność chirurgiczna zajmująca się rekonstrukcją defektów twarzy i ciała spowodowanych wadami wrodzonymi, urazami, oparzeniami i chorobami.”² Nieco pełniejszą definicję przedstawia The American Board of Plastic Surgery wskazując, że „chirurgia plastyczna zajmuje się naprawą, rekonstrukcją lub wymianą fizycznych defektów postaci lub funkcji obejmujących skórę, narząd ruchu, struktury czaszkowo-szczękowo-twarzowe, rękę, kończyny, piersi i tułów, zewnętrzne narządy płciowe lub kosmetycznym uwydatnieniem tych obszarów ciała. Chirurgia estetyczna jest niezbędnym elementem chirurgii

¹ Macionis V. History of plastic surgery: Art, philosophy, and rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2018 Jul;71(7):1086-1092. doi: 10.1016/j.bjps.2018.03.001. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29685841, s. 1086-1092

² <http://www.espras.org/index.php/espras/what-is-plastic-surgery/> [dostęp dnia: 2 lutego 2023 r.]

plastycznej. Chirurg plastyczny stosuje zasady chirurgii estetycznej zarówno w celu poprawy ogólnego wyglądu, jak i optymalizacji wyników zabiegów rekonstrukcyjnych”³.

Chirurgia plastyczna jest specjalizacją lekarską (0738) wskazaną w wykazie specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566 ze zm.). Zgodnie z załącznikiem nr 5 do tegoż rozporządzenia łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego to 6 lat, z czego 2 lata przeznaczone są na moduł podstawowy z zakresu chirurgii ogólnej (lub wymagana jest specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty) oraz 4 lata na moduł specjalistyczny z zakresu chirurgii plastycznej⁴. Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, w Polsce ustalono trzy programy specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej:

- dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny (aktualizacja 2018),
- dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej (aktualizacja 2018) oraz
- dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej.

Wszystkie wskazane powyżej programy wskazują, że celem szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu specjalistycznego w zakresie chirurgii plastycznej jest „wykształcenie samodzielnego chirurga plastyka posiadającego nowoczesną wiedzę i umiejętności praktyczne pozwalające na rozpoznanie i skuteczne leczenie ostrych i przewlekłych stanów chorobowych wrodzonych i nabytych, związanych ze zniekształceniami i ubytkami funkcji, powstałych w wyniku urazu, choroby przewlekłej, procesów degeneracyjnych i starzenia się pacjentów”⁵⁶⁷.

³ <https://www.abplasticsurgery.org/about-us/plastic-surgery/> [dostęp dnia: 2 lutego 2023 r.]

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566 ze zm.)

⁵ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, *Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej (moduł podstawowy i moduł specjalistyczny)* dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, Warszawa 2014, aktualizacja 2018, moduł specjalistyczny s. 2

⁶ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, *Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej* dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej, Warszawa 2014, aktualizacja 2018, s. 2

⁷ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, *Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej* dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej, Warszawa 2014, aktualizacja 2018, s. 2

Według informacji zaprezentowanych przez Naczelną Izbę Lekarską na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do tejże, na dzień 30.04.2023 r. w Polsce zarejestrowanych było 295 specjalistów chirurgii plastycznej, z czego 284 aktywnie wykonywało zawód⁸. Chirurdzy plastyczni zrzeszają się w stowarzyszenia i towarzystwa chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej takie jak m.in:

- Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej,
- The European Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS),
- The American Society of Plastic Surgeons (ASPS),
- The American Society of Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS),
- The American Board of Plastic Surgery (ABPS),
- The International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS).

The European Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS) jest europejską organizacją zajmującą się chirurgią plastyczną, która reprezentuje stowarzyszone krajowe towarzystwa chirurgii plastycznej w całej Europie. Każdy członek krajowego towarzystwa chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej w Europie jest członkiem ESPRAS (ponad 7000 członków). Poza zwiększaniem powiązań między różnymi europejskimi stowarzyszeniami krajowymi⁹, celem ESPRAS jest zwiększenie świadomości braku regulacji w chirurgii estetycznej oraz zapobieganie leczeniu pacjentów przez lekarzy o niskich kwalifikacjach. Organizacja wspiera rządy krajowe w zapewnianiu jasnych przepisów, co widać w krajach takich jak Belgia, w których obowiązują już przepisy dotyczące chirurgii estetycznej. ESPRAS ma na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów i zapobieganie negatywnym skutkom i powikłaniom¹⁰.

Chirurgia plastyczna często przoduje w innowacyjnych technikach chirurgicznych. Zabiegi chirurgii estetycznej w początkach XX wieku uważano za niedopuszczalne ze względu na brak celu leczniczego oraz ryzyko dla zdrowia pacjentów. Samo podjęcie przez lekarza zabiegu na zdrowym organizmie bez konieczności

⁸ <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>, zestawienie nr 4 [dostęp dnia: 2 lutego 2023 r.]

⁹ <http://www.espras.org/index.php/espras/> op. cit. [dostęp dnia: 2 lutego 2023 r.]

¹⁰ Giunta RE, Costa H, Demirdöver C, Benedetto GD, Elander A, Henley M, Murray DJ, Schaefer DJ, Spindel S, Vasar O, Zic R. *ESPRAS Position Paper on Patient Protection in Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2022 Aug;54(4):374-376. doi: 10.1055/a-1885-6162. Epub 2022 Aug 9. PMID: 35944540, s. 375

terapeutycznej stanowiło winę.¹¹ W artykule z 1998 roku zatytułowanym „Plastic Surgery”¹² możemy przeczytać, że w chirurgii plastycznej dokonuje się znacznych postępów, gdy zaczynamy rozumieć biologiczne podstawy regeneracji tkanek, nowotworów złośliwych i gojenia się ran, a narzędzia chirurga plastycznego obejmują teraz środki komórkowej manipulacji tymi procesami biologicznymi. Jak wskazują z kolei autorzy artykułu „The future application of nanomedicine and biomimicry in plastic and reconstructive surgery” opublikowanego w 2019 roku, praktyka w zakresie chirurgii plastycznej przeszła już od mikrochirurgii do supermikrochirurgii z możliwą przyszłą rolą w jeszcze mniejszych obszarach chirurgii. Nacisk kładziony jest na technologie, które mogą pomóc w inżynierii tkankowej, ukierunkowanej terapii lekowej i diagnostyce obrazowej oraz na tym, jak te postępy można zintegrować z praktyką chirurgii plastycznej w najbliższej przyszłości¹³.

Ciekawym wskazaniem czynników wpływających na rozwój chirurgii plastycznej jest opublikowany w 2022 roku artykuł autorstwa Clodfelter K.L., Mailey B. oraz Hassanein A.H.¹⁴ opisujący przeprowadzone przez nich badanie, którego celem była ocena, w jaki sposób katastrofy, takie jak wojna i pandemia, wpłynęły na dziedzinę chirurgii plastycznej. W badaniu wyszukano artykuły w bazach danych PubMed i Ovid, które dokumentowały innowacje w chirurgii plastycznej powstałe w wyniku katastrof. Badanie wykazało, że wojna była największym motywatorem innowacji w chirurgii plastycznej. Sir Harold Gillies, na przykład, wynalazł rurkowaty płat szypułkowy w odpowiedzi na potrzebę leczenia rannych żołnierzy podczas I wojny światowej. Inni chirurdzy, tacy jak Berkman i Millard, również opracowali nowe techniki chirurgiczne w odpowiedzi na swoje doświadczenia wojenne. W ostatnich dziesięcioleciach ataki terrorystyczne i klęski żywiołowe doprowadziły również do innowacji w chirurgii plastycznej, takich jak nowe sposoby organizacji personelu chirurgicznego podczas masowych ofiar. Pandemia COVID-19 również wpłynęła na praktykę chirurgii plastycznej. Na przykład telemedycyna może rozszerzyć zasięg oceny chirurgii

¹¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*. LexisNexis 2014, s. 472

¹² Grover R, Sanders R. *Plastic surgery*. *BMJ*. 1998 Aug 8;317(7155):397-400. doi: 10.1136/bmj.317.7155.397. PMID: 9694759; PMCID: PMC1113673, s. 400

¹³ Amin K, Moscalu R, Imere A, Murphy R, Barr S, Tan Y, Wong R, Sorooshian P, Zhang F, Stone J, Fildes J, Reid A, Wong J. *The future application of nanomedicine and biomimicry in plastic and reconstructive surgery*. *Nanomedicine* (Lond). 2019 Oct;14(20):2679-2696. doi: 10.2217/nmm-2019-0119. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31668141, s. 2679

¹⁴ Clodfelter KL, Mailey B, Hassanein AH. *Plastic Surgery Innovation through War, Disaster, and Pandemic*. *Plast Reconstr Surg*. 2022 Feb 1;149(2):373e-374e. doi: 10.1097/PRS.00000000000008749. PMID: 34958650; PMCID: PMC8779604, s. 373e-374e

plastycznej, a zabiegi chirurgii plastycznej mogą stać się zabiegami ambulatoryjnymi. Dziedzina chirurgii plastycznej zawsze reagowała na poważne kryzysy, wykorzystując je jako okazję do pobudzenia innowacji i poprawy opieki nad pacjentem. Artykuły spełniające kryteria włączenia do opisanego badania przedstawiono w tabeli nr 1.

Tabela 1 - Artykuły dokumentujące powstawanie pomysłów chirurgii plastycznej podczas katastrofy

Innowacja	Wydarzenie	Lata
Przeszczep płata skóry szypułkowej (Gillies, 1932; PMID: 20777210)	I wojna światowa	1914–1918
Techniki operacji afirmacji płci (Gillies H, Millard DR. <i>Zasady i sztuka chirurgii plastycznej, tom 2</i> . Boston: Little, Brown; 1957)	II wojna światowa	1939–1945
Opóźnione gojenie się ran w złożonych złamaniach ręki (Cleveland i Grove, 1945; ISSN: 0375-9229)	II wojna światowa	1939–1945
Wewnętrzna stabilizacja kości śródścza drutem k (Berkman i Miles, 1943; ISSN: 0375-9229)	II wojna światowa	1939–1945
Chirurgia ręki staje się odrębną specjalnością (Carter, 2003; PMID: 12671847)	II wojna światowa	1939–1945
Naprawa rozszczepu wargi Millarda (Baker, 2012; PMID: 22594134)	wojna koreańska	1950–1953
Naczyniowa naprawa ostrych urazów kończyn górnych (Jahnke i Seeley, 1953; PMID: 13066006)	wojna koreańska	1950–1953
Bagnety z drutem K (Brown, 1995; PMID: 7642952)	wojna wietnamska	1955–1975
Sulfamylon (octan mafenidu) antybiotyki na oparzenia (Lindberg i in., 1965; PMID: 5318146)	wojna wietnamska	1955–1975
Oczyszczanie zespolenia tętnicy z całkowicie prawidłową tkanką (Whelan, 1975; PMID: 1101399)	wojna wietnamska	1955–1975
Przenośna terapia podciśnieniowa (Couch i Stojadinovic, 2011; PMID: 21200282)	Wojna w Afganistanie	2001 – obecnie
Model współpracy personelu chirurgicznego w przypadku ofiar masowych (Cateron i in., 2013; PMID: 23851738)	Zamach bombowy podczas maratonu bostońskiego	2013
Sieci społecznościowe do szybkiej rekrutacji personelu chirurgicznego (Gregory i in., 2016; PMID: 27578051)	Paryż, Francja, atak terrorystyczny	2015
Sterowanie silnikiem skokowym poprawia funkcję ręki u ofiar poparzeń (Wu i in., 2019; PMID: 30322737)	Wybuch pyłu w Fun Coast	2015
Hodowany autoprzeszczep nabłonka podczas masowej katastrofy (Matsumura i in., 2016; PMID: 26818956)	Wybuch pyłu w Fun Coast	2015
Hodowane autoprzeszczepy nabłonkowe dla obszarów ubogich w zasoby (Serena i in., 2015; PMID: 25658643)	Trzęsienie ziemi na Haiti	2010

Innowacja	Wydarzenie	Lata
Telemedycyna jako nowatorskie narzędzie chirurgii plastycznej (Giunta i in., 2020; PMID: 32392587) (Shokri i Lighthall, 2020; PMID: 32302225)	COVID-19	2019 – obecnie

źródło: Clodfelter KL, Mailey B, Hassanein AH. Plastic Surgery Innovation through War, Disaster, and Pandemic (...) op. cit., s. 374e

Jak wskazano powyżej, chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna często przoduje w innowacyjnych technikach chirurgicznych, ale napotyka również wyjątkowe wyzwania etyczne. Nie ulega wątpliwości, że zasady etyczne są ważnym elementem praktyki medycznej. Pomagają one kierować decyzjami medycznymi, promując szacunek dla autonomii pacjenta, działając w najlepszym interesie pacjenta, unikając krzywdzenia pacjenta oraz zapewniając uczciwość i równość w decyzjach dotyczących leczenia. Jednak badania wykazały, że literatura medyczna ma ograniczoną reprezentację w zakresie etyki. Autorzy systematycznego przeglądu zasad etycznych w literaturze dotyczącej chirurgii plastycznej¹⁵ stwierdzili, że istnieje luka w ilości badań etycznych w tej dziedzinie, co jest zaskakujące, biorąc pod uwagę postęp medycyny, nauki i biotechnologii. Według autorów artykułu, najczęściej omawianą w literaturze zasadą etyczną była w kolejności: autonomia, a następnie dobroczynność, nieszkodzenie i sprawiedliwość dystrybucyjna. Stwierdzili oni, że autonomia była najczęściej omawianą zasadą ze względu na jej znaczenie dla świadomej zgody, fotografii i reklamy. Autorzy odkryli również, że nieszkodliwość była omawiana w nieco mniej niż połowie manuskryptów zorientowanych na chirurgię plastyczną, a sprawiedliwość dystrybucyjna była najmniej dyskutowaną zasadą w literaturze. Zagadnienie autonomii i jej znaczenia dla świadomej zgody jest również istotne dla autora niniejszej pracy, który postanowił poświęcić jej część drugiego rozdziału.

1.2 PRZEDMIOT ZGODY W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

Kształt świadomej zgody na procedurę medyczną o podwyższonym ryzyku w chirurgii plastycznej powinien być, zdaniem autora niniejszej pracy i opierając się wskazanej literaturze przedmiotu, uzależniony od natury tej procedury, w szczególności

¹⁵ Chung KC, Pushman AG, Bellfi LT. *A systematic review of ethical principles in the plastic surgery literature*. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Nov;124(5):1711-1718. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181b98a9f. PMID: 20009860; PMCID: PMC2796557, s. 1714-1716

w odniesieniu do tego, czy procedura skutkuje długotrwałymi lub stałymi efektami estetycznymi. Sąd Najwyższy już w wyroku z dnia 5 września 1980 r.¹⁶ stwierdził, że (teza aktualna): „Wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu operacyjnego wyłącznie dla celów estetycznych (polepszenia wyglądu zewnętrznego) jest zachowane tylko wtedy, gdy zostanie on uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych - czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia - skutkach interwencji, nie stwarzającej dla niego ryzyka wyższego od przeciętnego”.

Próbując dokonać rozsądnej systematyki procedur z zakresu chirurgii plastycznej służących ocenie znaczenia wobec projektowanych w niniejszej pracy standardów, podczas przeglądu literatury przedmiotu, jej autor dostrzegł przewijające się różne pojęcia takie jak: „chirurgia plastyczna”, „chirurgia rekonstrukcyjna”, „chirurgia estetyczna”, „chirurgia kosmetyczna”, „zabiegi terapeutyczne w zakresie chirurgii plastycznej” czy też „zabiegi nieterapeutyczne w zakresie chirurgii plastycznej”.

Pojęcia chirurgia plastyczna, rekonstrukcyjna i estetyczna widoczne są w nazwach Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej oraz The European Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS) jak i w samych programach specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej: „Celem szkolenia specjalizacyjnego w zakresie modułu specjalistycznego jest również uzyskanie szczególnych kwalifikacji w dziedzinie chirurgii plastycznej umożliwiających zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną: 1) wykonywanie wysokospecjalistycznych świadczeń lekarskich i profilaktycznych z zakresu chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej w szczególności zaś: posługiwanie się technikami płatowymi i przeszczepianie tkanek w obrębie głowy, szyi, kończyn górnych i dolnych oraz tułowia, wykonywanie operacji korekcyjnych pourazowych i wrodzonych zniekształceń nosa, małżowin usznych, powiek i piersi kobiecych, chirurgiczne leczenie wad rozwojowych czaszki twarzowej, wargi górnej i podniebienia, małżowin usznych, ręki i zewnętrznych części układu moczowopłciowego, leczenie wstrząsu oparzeniowego i postępowanie z ranami oparzeniowymi, leczenie blizn i keloidów oraz wykonywanie operacji estetycznych nosa, małżowin usznych, twarzy i szyi, piersi oraz przedniej ściany brzucha, a ponadto współdziałanie w leczeniu rozszczepów wargi górnej i podniebienia

¹⁶ Wyrok SN z 5.09.1980 r., II CR 280/80, OSPiKA 1981, nr 10, poz. 170

we współpracy ze specjalistami w zakresie ortodoncji, chirurgii szczękowo-twarzowej, foniatrii, pediatrii oraz protetyki (...).¹⁷

P. Szymańska vel Szymanek wskazuje¹⁸, że przez pojęcie chirurgii plastycznej należy rozumieć „wyspecjalizowany dział chirurgii zajmujący się usuwaniem lub zmniejszaniem nabytych albo wrodzonych zniekształceń oraz korygowaniem deficytów wyglądu czy funkcji”. Według autorki, do zabiegów tej specjalności lekarskiej zalicza się zarówno zabiegi rekonstrukcyjne, jak i zabiegi estetyczne. K. Jaroń rozróżniając chirurgię plastyczną na chirurgię kosmetyczną (estetyczną) oraz chirurgię rekonstrukcyjną wprowadza również pojęcie „zabiegów estetycznych rekonstrukcyjnych” wskazując, że rozróżnienie tychże zabiegów od zabiegów czysto kosmetycznych jest trudne, a sama granica między zabiegami rekonstrukcyjnymi i estetycznymi nie zawsze jest wyraźna¹⁹.

Zamierzając osiągnąć cel niniejszej pracy oraz udowodnić postawioną tezę, jej autor postanowił przyjąć autorskie pojęcia związane z chirurgią plastyczną. Na podstawie definicji oraz opisów chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej oraz estetycznej przedstawionych na stronach internetowych: The American Board of Plastic Surgery w zakresie chirurgii plastycznej²⁰, American Society of Plastic Surgeons (ASPS) w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej, zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych²¹ oraz International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) w zakresie chirurgii estetycznej, zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych²², autor przyjmuje poniższe definicje:

- 1) Chirurgia plastyczna - to specjalność lekarska chirurgiczna, która zajmuje się naprawą, rekonstrukcją lub wymianą fizycznych defektów postaci lub funkcji obejmujących skórę, narząd ruchu, struktury czaszkowo-szczękowo-twarzowe, rękę, kończyny, piersi i tułów, zewnętrzne narządy płciowe lub kosmetycznym uwydatnieniem tych obszarów ciała. Procedury medyczne wykonywane w ramach chirurgii plastycznej mogą mieć charakter:

¹⁷ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, *Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej (moduł podstawowy i moduł specjalistyczny)* (...) op. cit, moduł specjalistyczny s. 5

¹⁸ P. Szymańska vel. Szymanek, *Przeprowadzanie zabiegów z chirurgii estetycznej u osób małoletnich*, Przegląd Sądowy, październik 2015, s. 61-62, za: J.G. McCarthy, *Introduction to Plastic Surgery*, w: *Plastic Surgery*, J.G. McCarthy (red.), t. 1, Philadelphia 1990, t. 1, s. 1

¹⁹ K. Jaroń, *Zabiegi estetyczne a odpowiedzialność cywilna lekarza* [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018, wydanie 1, s. 251

²⁰ <https://www.abplasticsurgery.org/about-us/plastic-surgery/> op. cit. [dostęp dnia: 3 lutego 2023 r.]

²¹ <https://www.plasticsurgery.org/reconstructive-procedures> [dostęp dnia: 3 lutego 2023 r.]

²² <https://www.isaps.org> [dostęp dnia: 3 lutego 2023 r.]

- a) chirurgii plastycznej rekonstrukcyjnej, przy czym w celu poprawy ogólnego wyglądu, jak i optymalizacji zabiegów rekonstrukcyjnych stosuje również procedury chirurgii estetycznej;
 - b) chirurgii plastycznej estetycznej.
- 2) Chirurgia plastyczna rekonstrukcyjna (również jako „chirurgia rekonstrukcyjna”) - to obszar chirurgii plastycznej, którego celem jest przywrócenie wyglądu i funkcji obszaru ciała, który został uszkodzony w wyniku urazu, choroby lub wady wrodzonej poprzez wykonywanie procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych.
 - 3) Chirurgia plastyczna estetyczna (również jako „chirurgia estetyczna” lub „chirurgia kosmetyczna”) – to obszar chirurgii plastycznej, który koncentruje się na poprawie wyglądu osoby poprzez wykonywanie procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych.
 - 4) Zabiegi terapeutyczne w chirurgii plastycznej (również jako „zabiegi terapeutyczne”) - to rodzaj procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych chirurgii plastycznej, które wykonywane są w celu zdiagnozowania, leczenia lub wyleczenia schorzenia lub choroby. Ich celem jest przywrócenie zdrowia lub złagodzenie objawów choroby. Przykłady zabiegów terapeutycznych obejmują rekonstrukcje po operacji nowotworów czy naprawę rozszczepu wargi i podniebienia.
 - 5) Zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej (również jako „zabiegi nieterapeutyczne”) – to rodzaj procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych w chirurgii plastycznej wykonywanych *a priori* w celu poprawy i zmiany wyglądu, a nie zdiagnozowania, leczenia lub wyleczenia schorzenia lub choroby. Mogą być jednak wykorzystywane do osiągnięcia celów chirurgii rekonstrukcyjnej. Przykłady zabiegów nieterapeutycznych obejmują zabiegi takie jak: lifting twarzy, plastyka brzucha czy powiększanie piersi.
 - 6) Procedury chirurgiczne w chirurgii plastycznej (również jako „procedury chirurgiczne”) – procedury wykonywane z nacięciem skóry i manipulowaniem tkankami w celu naprawy, rekonstrukcji lub zastąpienia fizycznych wad formy lub funkcji lub ich zmiany. Procedury te są zwykle wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym z sedacją i mogą mieć charakter zabiegów terapeutycznych lub zabiegów nieterapeutycznych. Przykłady procedur chirurgicznych obejmują rekonstrukcję po operacji nowotworów, naprawę

rozszczepek wargi i podniebienia oraz lifting twarzy, plastykę brzucha i powiększanie piersi.

- 7) Procedury niechirurgiczne w chirurgii plastycznej (również jako „procedury niechirurgiczne”) – procedury wykonywane bez nacięć skóry i konieczności stosowania znieczulenia ogólnego lub miejscowego z sedacją. Procedury te są zwykle minimalnie inwazyjne i mogą obejmować stosowanie wypełniaczy do wstrzykiwań, laserów lub innych nieinwazyjnych technik w celu poprawy wyglądu. Przykłady procedur niechirurgicznych obejmują zastrzyki z botoksu, wypełniacze skórne i peelings chemiczne.

Autor niniejszej pracy celowo wyodrębnił i zdefiniował sześć znaczących dla celu niniejszej pracy pojęć:

- Chirurgia rekonstrukcyjna,
- Chirurgia estetyczna,
- Zabiegi terapeutyczne,
- Zabiegi nieterapeutyczne,
- Procedury chirurgiczne,
- Procedury niechirurgiczne.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że nie istnieje możliwość stwierdzenia jednoznaczności pojęć „chirurgia rekonstrukcyjna” i „zabiegi terapeutyczne” oraz „chirurgia estetyczna” i „zabiegi nieterapeutyczne”, bowiem pomiędzy pierwszą parą pojęć istnieją różnice. Termin „chirurgii plastycznej rekonstrukcyjnej” odnosi się do zabiegów mających na celu przywrócenie funkcji lub poprawę wyglądu części ciała dotkniętych wadami wrodzonymi, chorobami lub urazami. Termin „zabiegi terapeutyczne w chirurgii plastycznej” jest terminem szerszym i może odnosić się natomiast do szeregu zabiegów wykonywanych przez chirurgów plastycznych w celach medycznych, takich jak zmniejszenie bólu lub leczenie stanu chorobowego. Następnie przede wszystkim, jak już wcześniej wskazano, w celu poprawy ogólnego wyglądu, jak i optymalizacji zabiegów rekonstrukcyjnych, w chirurgii rekonstrukcyjnej stosuje również procedury chirurgii estetycznej. W kontekście potencjalnych zależności badawczych i transparentności problematyki rozróżnienia chirurgii rekonstrukcyjnej i estetycznej, autor pracy uznał za najwłaściwsze, aby w badaniu ankietowym przeprowadzonym na grupie polskich chirurgów plastycznych posługiwać się pojęciami zabiegi terapeutyczne i zabiegi nieterapeutyczne. Poza problematyką niejednoznaczności

wykorzystanych w literaturze i orzecznictwie pojęć związanych z chirurgią plastyczną, w doktrynie toczy się spór, czy zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej są świadczeniami zdrowotnymi, a tym samym czy osoby korzystające z tych świadczeń są pacjentami w rozumieniu polskiego ustawodawstwa. Tym zagadnieniom, z racji konieczności umiejscowienia w systemie prawa standardu organizacyjnego w zakresie uzyskiwania zgody pacjenta, autor poświęcił następną część pracy.

1.3 CHARAKTER ŚWIADCZEŃ CHIRURGII PLASTYCZNEJ

Przejdźcie do omówienia instytucji zgody pacjenta w Polsce, znaczenia świadomej zgody w chirurgii plastycznej oraz jej specyfiki z punktu widzenia literatury przedmiotu, orzecznictwa oraz doniesień naukowych, a ostatecznie udowodnienia, że standard organizacyjny uzyskiwania zgody w chirurgii plastycznej w randze przepisów prawa jest konieczny, wymaga w pierwszej kolejności wskazania charakteru świadczeń chirurgii plastycznej w ujęciu prawnym. Jak już omówiono we wcześniejszej części niniejszej pracy, lekarska specjalizacja w zakresie chirurgii plastycznej uprawnia lekarzy nie tylko do dokonywania zabiegów terapeutycznych, ale również do wykonywania zabiegów nieterapeutycznych, co jest znaczącą częścią codziennej pracy lekarzy tej specjalności. Ta druga grupa zabiegów – nieterapeutycznych, spowodowała spory w doktrynie, które autor niniejszej pracy postanowił omówić w trzech obszarach:

- legalności świadczeń nieterapeutycznych,
- uznawalności świadczeń nieterapeutycznych za świadczenia zdrowotne,
- określania świadczeniobiorców chirurgii plastycznej mianem klientów lub pacjentów.

M. Boratyńska i R. Kubiak we fragmencie monografii „System Prawa Medycznego” dotyczącym przedmiotu zgody osoby uprawnionej na zabieg „czysto kosmetyczny” poruszają kwestie skuteczności zgody na naruszenie swojej nietykalności cielesnej w sytuacji dobrowolnego, nieuzasadnionego medycznie, trwałego zniekształcenia ciała. Wskazują oni, że w przeszłości odrzucano możliwość skutecznego wyrażania zgody w takich przypadkach, ale przy obecnej tendencji do afirmacji wolności jednostki pojawiają się przeciwstawne poglądy, nawet w sytuacjach, które mogą zostać odebrane jako oszpeccenie. Prezentują oni pogląd J. Warylewskiego, według którego

znamiona istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała są nieostre i cechują się wysokim stopniem ocenności. Omawiają oni, że w doktrynie najczęściej kontrowersji budzi ustalenie zakresu dóbr, które należą do swobodnej decyzji osoby zainteresowanej, zatem na narażenie lub naruszenie których może się skutecznie zgodzić. Jednak oczywiście aprobatą zainteresowanego stanowi warunek *sine qua non* legalności takiego przedsięwzięcia²³.

Zagadnieniu legalności nieterapeutycznych czynności lekarskich uwagę poświęcił m.in. P. Daniluk. Uważa on, że brak wyraźnych regulacji prawnych nie oznacza, że czynności lekarskie nieterapeutyczne są szkodliwe czy niepotrzebne, bo w większości ich sens i zasadność nie powinny budzić wątpliwości, a więc nieracjonalne byłoby odmawianie im legalności. Z racji braku wyraźnego przepisu, który statuowałby ich dopuszczalność, w szczególności w zakresie tych, które wiążą się z poważną ingerencją w organizm pacjenta wypełniającą formalnie znamiona art. 156 § 1 k.k. i art. 157 § 1 k.k., wątpliwości może budzić uzasadnienie ich prawności. Według autora, po pierwsze nie ma podstaw do przyjęcia, że rozszerzenie katalogu dopuszczalnych czynności pozaterapeutycznych poza te, które podlegają szczegółowej regulacji ustawowej, zwiększy zagrożenie życia i zdrowia człowieka. Po drugie, potrzeba odpowiedniego komfortu bytowania człowieka wymaga często stosowania pewnych procedur medycznych, które nie zawsze podlegają ustawowej regulacji. Co więcej, trudno wymagać od ustawodawcy uregulowania wszelkiej pozaterapeutycznej działalności leczniczej, ponieważ prawo nie nadąży za szybko rozwijającymi się naukami medycznymi. P. Daniluk nie godzi się również z założeniem, że brak ogólnego uregulowania nieterapeutycznych czynności leczniczych uniemożliwia ich uznanie za dopuszczalne. Według niego, aby nieterapeutyczna procedura medyczna mogła zostać uznana za legalną, muszą być spełnione trzy przesłanki:

- 1) ogólna podstawa legalności: konflikt dóbr i interesów, w ramach którego wykonywana czynność nielecznicza naraża na niebezpieczeństwo, bądź nawet unicestwienia określone dobro prawne lub interes pacjenta, aby ochronić lub „polepszyć” inne jego dobro lub interes. Dobra poświęcane i chronione powinny pozostawać w takiej proporcji, iż możliwe jest stwierdzenie realizacji społecznie uzasadnionego interesu w drodze określonej czynności lekarskiej; dobra lub

²³ M. Boratyńska, R. Kubiak, *Zgoda osoby uprawnionej na zabieg czysto kosmetyczny* [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, s. 792-796

interesy ratowane bądź „polepszane” będą przedstawiały większą wartość od dóbr lub interesów poświęconych, bądź narażanych na niebezpieczeństwo;

2) uniwersalne warunki niezbędne do legalizacji wszelkich pozaustawowych nielecniczych czynności leczniczych:

- wykonywanie zabiegów zgodnie z wiedzą i sztuką medyczną,
- wykonywanie ich wyłącznie przez osoby do tego uprawnione, z odpowiednią specjalizacją, specjalnymi kwalifikacjami, doświadczeniem i umiejętnościami,
- prawidłowo udzielona, świadoma zgoda pacjenta (warunek *sine qua non*),

3) szczególne warunki odnoszące się wyłącznie do określonych rodzajów nieustawowych, nieterapeutycznych działań leczniczych (np. procedura prawna w przypadku chirurgicznej zmiany płci).

Jednocześnie, za legalną nie będzie można uznać nielecniczej czynności lekarskiej, która zmierza do realizacji celów o charakterze przestępnym, bądź w inny sposób wyraźnie zabronionych przez prawo. Autor podaje tutaj przykład przeprowadzenia operacji plastycznej u osoby ściganej za przestępstwo, w celu pomocy w uniknięciu przez nią odpowiedzialności karnej.²⁴

Co do zasady te same przesłanki dopuszczalności zabiegów nieterapeutycznych w chirurgii plastycznej przedstawia M. Nesterowicz, według którego są one następujące:

- świadoma zgoda pacjenta, któremu zostało przedstawione całkowite, możliwe do przewidzenia, nawet skategoryzowane jako szczególne i rzadkie, ryzyko zabiegu,
- specjalne kwalifikacje lekarza (specjalizacja, wiedza, doświadczenie, umiejętności i kwalifikacje)
- przeciętne ryzyko zabiegu, czyli takie, które nie grozi pacjentowi utratą życia lub ciężkimi następstwami dla jego zdrowia.

M. Nesterowicz wskazuje na bezprawność działania lekarza, który wykona zabieg nieterapeutyczny przy ponadprzeciętnym ryzyku dla pacjenta, niezależnie od wyrażonej zgody pacjenta i postępowania zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, narażając się tym samym na odpowiedzialność cywilną, a także karną²⁵.

²⁴ P. Daniluk, *Pozaustawowe nieterapeutyczne (nielecnicze) czynności lekarskie*, PiP 2006, nr 1, s. 67-76

²⁵ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku s. apel. z dnia 2 października 2014 r., I ACa 625/14 [w:] M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, WK 2017, LEX/el. 2017

Co do samej odpowiedzialności karnej za wykonanie zabiegu nieterapeutycznego bez zgody pacjenta w kontekście przepisów art. 192 k.k. istnieje spór w doktrynie z dwoma skrajnymi stanowiskami.

K. Lipiński w komentarzu do art. 192 k.k. stwierdza, że z kategorii zabiegów leczniczych wyłączą się zabiegi chirurgii estetycznej podjęte w celu nieleczniczym, bowiem zabieg leczniczy winien zmierzać do zwalczania choroby, jej wykrycia lub zapobiegania chorobom, łagodzeniu ich objawów lub zmniejszaniu zagrożenia dla zdrowia lub życia.²⁶ J. Lachowski również stwierdza, że „jeśli z zabiegiem nie wiąże się cel leczniczy, sprawca nie może ponieść odpowiedzialności karnej na podstawie art. 192 § 1 k.k. Dlatego zabiegiem leczniczym nie będzie co do zasady zabieg z zakresu chirurgii estetycznej, nie zmierza on bowiem do ratowania zdrowia czy życia pacjenta, jego celem jest jedynie poprawa jego wyglądu, a w konsekwencji – samopoczucia.”²⁷ A. Zoll uznaje, że przyjęta przez A. Dudzińską możliwość kwalifikacji prawnej z art. 192 k.k. w kumulacji z innym przepisem, w razie przeprowadzenia zabiegu medycznego o charakterze nieleczniczym za nieporozumienie. Według A. Zolla, pojęcia zabiegu leczniczego na gruncie omawianego przepisu zostało ujęte szeroko, obejmując zarówno zabiegi dokonywane w ramach rutynowych świadczeń medycznych, jak i zabiegi eksperymentalne zarówno lecznicze, jak i badawcze.²⁸

Przeciwny pogląd wyrażają inni. M. Mozgawa w zakresie strony przedmiotowej czynu typizowanego w art. 192 k.k. stwierdza, że faktycznie, co do rozumienia pojęcia zabiegu leczniczego zarysowały się w doktrynie dwa skrajne stanowiska, jednak według niego, trafna jest definicja Filara, który określa zabieg leczniczy jako „każdy zabieg lekarski przybierający formę czynności leczniczej (terapeutycznej) lub czynności lekarskiej (nieterapeutycznej) podejmowany w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnozy, terapii i rehabilitacji, który ze względu na właściwą mu technikę medyczną łączy się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta poprzez naruszenie jego tkanki cielesnej lub fizycznym inwazyjnym wniknięciem w jego ciało bez naruszenia tej tkanki” (Filar, *Lekarskie*, s. 247–248).²⁹ O możliwości kwalifikacji

²⁶ K. Lipiński [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. J. Giezek, Warszawa 2021, komentarz do art. 192, s. 573

²⁷ J. Lachowski [w:] *Kodeks karny. Komentarz, wyd. III*, red. V. Konarska-Wrzošek, Warszawa 2020, komentarz do art. 192, s. 964

²⁸ A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, red. W. Wróbel, Warszawa 2017, komentarz do art. 192, s. 613

²⁹ M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023, komentarz do art. 192

prawnej z art. 192 k.k. w kumulacji z innym przepisem, co krytycznie ocenił A. Zoll, wypowiada się również P. Daniluk. Uważa on, że inne będą prawnokarne konsekwencje zabiegu bez zgody w przypadku czynności leczniczych niż w przypadku czynności nieleczniczych. Według niego „uchylenie obowiązku uzyskania zgody na zabieg leczniczy jest czynem wyłącznie przeciwko autonomii pacjenta i skutkować może jedynie odpowiedzialnością karną lekarza z art. 192 k.k. Uchybiając natomiast temu obowiązku przy podejmowanych czynnościach nieterapeutycznych, uderza się jednocześnie w inne dobra - w życie i zdrowie człowieka. Czyn taki wypełnia więc znamiona przestępstwa z art. 192 k.k., jak również, w zależności od spowodowanego skutku, znamiona określonego przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu, co uzasadnia przyjęcie realnego zbiegu przepisów ustawy (art. 11 § 2 k.k.)”.³⁰ Wobec powyższego, autor stwierdza również, że brak regulacji dotyczących pozaustawowych, nieleczniczych czynności lekarskich w obecnym stanie prawnym może grozić lekarzom poważnymi konsekwencjami prawnymi, w tym m.in. odpowiedzialnością karną za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu.

Poza samym sporem co do pojęcia „zabieg leczniczy” w omawianym przepisie, w art. 192 § 1 występuje jeszcze pojęcie „pacjenta”: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.”³¹ Jak wskazuje B. Kmiecik nawet w przypadku zbyt szerokiego zakresu pojęcia „pacjent” w omawianym przepisie, zakres ten zostanie ograniczony przez znamię zabiegu leczniczego. Stwierdza on za trafne podejście R. Rejmaniaka³², który zwrócił uwagę, że „[...] w świetle wykładni językowej, jak i systemowej, termin „zabieg leczniczy” nie może obejmować zabiegów nieterapeutycznych, gdyż interpretacja taka naruszałaby regułę *nullum crimen sine lege stricta*, jak również podważałaby funkcję gwarancyjną prawa karnego. Objęcie zakresem tego pojęcia zabiegów profilaktycznych i diagnostycznych, jeżeli nie mają jednocześnie celu leczniczego, jest niedopuszczalne z tych samych powodów, można je zaliczyć do kategorii zabiegów nieleczniczych”³³

Projektowanym standardem organizacyjnym uzyskiwania zgody pacjenta na zabieg operacyjny w chirurgii plastycznej, autor niniejszej pracy nie jest w stanie wpłynąć

³⁰ P. Daniluk, *Pozaustawowe ... op. cit.*, s. 67-76

³¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.)

³² B. Kmiecik, *Pacjent – Klient – Konsument Zdrowia [w:] System Prawa Medycznego. Tom I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubiński, E. Zielińska, Warszawa 2018, s. 157

³³ R. Rejmaniak, *Problemy interpretacyjne wybranych pojęć zawartych w art. 192 k.k.*, CPKiNP 2013/2, s. 14-15

na funkcjonowanie przepisów art. 192 k.k., w szczególności w kontekście sporu dotyczącego pojęcia „zabieg leczniczy”, ale dla dalszych analiz związanych z projektowanym standardem, w nawiązaniu do omówionego powyżej wątku karnoprawnego, istotne będzie zwrócenie uwagi na kolejny spór dotyczący definiowania osoby korzystającej z zabiegów nieterapeutycznych pojęciem „pacjent”, i związanych z tym pojęciem „świadczeń zdrowotnych”.

B. Kmieciak w monografii redakcji R. Kubiaka, przedstawił cztery ujęcia definicji pacjenta:

- językowe znaczenie pojęcia „pacjent”,
- bioetyczne ujęcie terminu „pacjent”,
- prawne znaczenie terminu „pacjent”,

W ujęciu językowym, B. Kmieciak stwierdza, że słowo „pacjent” odnosi się przede wszystkim do osoby chorej, która szuka porady u lekarza lub jest pod jego opieką, jednak definicja „pacjenta” jest szersza i może obejmować osoby zdrowe korzystające ze świadczeń zdrowotnych w ramach profilaktyki lub poprawy swojego stanu oraz osoby poszukujące informacji na tematy związane ze zdrowiem. Wsparcie udzielane przez ekspertów medycznych nadal najczęściej związane jest z istnieniem lub podejrzeniem występowania określonej choroby, zaburzenia lub innego problemu zdrowotnego³⁴. Autor cytuje M. Czerwińską, która zaznacza, że: „WHO kładzie nacisk na sam fakt korzystania ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od powodów (proces leczenia czy profilaktyka), a nie na stan zdrowia pacjenta. Tym samym poszerza pojęcie pacjenta, obejmując nim także osoby zdrowe korzystające ze świadczeń zdrowotnych, na przykład w ramach profilaktyki czy poprawy kondycji oraz osoby poszukujące informacji na tematy związane ze zdrowiem”³⁵ W ujęciu bioetycznym, najczęściej definiuje się pacjenta jako kogoś, kto doświadcza choroby i dlatego potrzebuje pomocy medycznej. Autor wskazuje jednak, że z uwagi na działania współczesnych pacjentów (np. profilaktyczne, transplantacyjne) pojęcie „pacjent” powinno zostać rozszerzone na osoby zwracające się o udzielenie określonych świadczeń, niezależnie od tego, czy są chore, czy nie. W ujęciu prawnym, autor podkreśla, że jeśli chodzi o analizę legislacji krajów europejskich, nie ma zgody co do tego, jak definiować pojęcie „pacjent”. Podczas gdy niektóre kraje, takie jak Islandia, ogólnie odnoszą się do osoby korzystającej

³⁴ B. Kmieciak, *Pacjent – Klient – Konsument Zdrowia ...* op. cit., s. 146-151

³⁵ M. Czerwińska, *Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych – Szkoła Główna Handlowa” 2015/38, s. 343

z systemu opieki zdrowotnej, inne, takie jak Cypr i Izrael, używają stanu choroby do zdefiniowania pacjenta.³⁶

W Polsce, pojęcie „pacjent” jest zdefiniowane w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.) i oznacza „osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”³⁷. Kluczowe więc będą tutaj kolejne pojęcia:

- świadczenia zdrowotne,
- podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych,
- osoba wykonująca zawód medyczny.

Na gruncie PrPacjRPPU wszystkie trzy pojęcia zawierają odniesienia do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁸ i tak:

- art. 3 ust. 1 pkt 6 PrPacjRPPU – „świadczenie zdrowotne” - oznacza „świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”, tj. „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”;
- art. 3 ust. 1 pkt 3 PrPacjRPPU – „osoba wykonująca zawód medyczny” – oznacza „osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”, tj. „osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”
- art. 3 ust. 1 pkt 5 PrPacjRPPU – „podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych” oznacza „podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”, tj. „podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę

³⁶ B. Kmiecik, *Pacjent – Klient – Konsument Zdrowia ...* op. cit., s. 146-151

³⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.)

³⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.)

wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową,
o której mowa w art. 5”

Tak więc na gruncie obu ustaw, pacjentem jest każdy, kto zwraca się udzielenie świadczenia lub korzysta ze świadczenia służącego zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innego działania medycznego wynikającego z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, udzielanego przez podmiot wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub osobę, uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów lub legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do ich udzielania w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Zasadnym wydaje się więc dokładniejsze przeanalizowanie pojęcia świadczeń zdrowotnych, które wpływają na szereg aktów prawnych prawa medycznego. Już w pierwszym zdaniu komentarza do art. 3 ust. 1 pkt 6 PrPacjRPPU, D. Karkowska i B. Kmieciak uznają, że „świadczenie zdrowotne” jest kluczowym terminem na gruncie prawa medycznego. Jak słusznie zauważają autorzy, pojęcie to jest używane w różnych aspektach takich jak m.in. „prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”, „prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych”, „prawo do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych”, „obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych” itd. Według autorów, aby zakwalifikować świadczenie jako świadczenie zdrowotne, muszą być spełnione jednocześnie dwie przesłanki:

- o charakterze podmiotowym, które odnoszą się do podmiotu udzielającego świadczeń,
- o charakterze przedmiotowym, które dotyczą rodzaju świadczenia wyodrębnionego:
 - z uwagi na ich cel - działania medyczne służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz
 - inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.³⁹

Praktycznie tę samą definicję dla „świadczeń zdrowotnych” ustawodawca przyjął w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) jako

³⁹ D. Karkowska, B. Kmieciak [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, komentarz do art. 3

„działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”⁴⁰. Poza tym, że w ustawie tej definicja „świadczenia zdrowotnego” jest szersza o „profilaktykę” czyli działania *de facto* nie mające na celu leczenia choroby czy przywracania zdrowia, to z racji, że ustawa ta określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a do takich nie należą zabiegi nieterapeutyczne prowadzone w ramach chirurgii plastycznej, szersze omawianie tej ustawy na gruncie niniejszej pracy wydaje się irrelewantne.

W uwagi na przedmiot niniejszej pracy, warto odnieść się tutaj do fragmentu definicji pojęcia osoby wykonującej zawód medyczny: „osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów”, co w przypadku chirurgów plastycznych będzie oznaczało ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.), która w art. 2 wskazuje czym jest wykonywanie zawodu lekarza. Zgodnie przepisem art. 2 ust. 1 „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.” oraz art. 3 „Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także: 1) prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia; 2) nauczanie zawodu lekarza (...)”⁴¹.

Już w tym momencie, gdyby uznać, że świadczenia nie mające celu leczniczego udzielane przez lekarza chirurga plastycznego nie są świadczeniami zdrowotnymi, ich udzielanie nie stanowiłoby wykonywania zawodu lekarza na mocy ZawLekU. Warto tutaj jednak podkreślić, że program specjalizacji lekarskiej w dziedzinie chirurgii plastycznej omówiony we wcześniejszej części niniejszej pracy, wydany na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (obecnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 1566 z późn. zm.)) jako

⁴⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

⁴¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.)

aktu wykonawczego właśnie do ZawLekU ma na celu „wykształcenie samodzielnego chirurga plastyka posiadającego nowoczesną wiedzę i umiejętności praktyczne pozwalające na rozpoznanie i skuteczne leczenie ostrych i przewlekłych stanów chorobowych wrodzonych i nabytych, związanych ze zniekształceniami i ubytkami funkcji, powstałych w wyniku urazu, choroby przewlekłej, procesów degeneracyjnych i starzenia się pacjentów”.⁴²

Nie można zatem uznać za sensowne, że lekarz, który na podstawie ustawy określającej zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza, nabył specjalizację pozwalającą mu na udzielanie świadczeń nielecniczych, udzielając tych świadczeń, nie wykonywałby zawodu lekarza. Takie rozumowanie daje daleko idące konsekwencje chociażby w kwestii odpowiedzialności zawodowej w kontekście wykonywania lub niewykonywania zawodu lekarza.

Kolejne poważne konsekwencje pojawiają się na gruncie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), która określa (art. 1) m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Zgodnie bowiem z pojęciem „działalność lecznicza” w art. 3 ust. 1 i 2 tejże ustawy, „1. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. 2. Działalność lecznicza może również polegać na: 1) promocji zdrowia lub 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.”⁴³ Wykluczenie z pojęcia świadczeń zdrowotnych świadczeń niemających celu leczniczego (w tym zabiegów nieterapeutycznych chirurgii plastycznej) oznaczałoby, że przedsiębiorcy, w ramach podmiotów, w których prowadzone są zabiegi operacyjne nieterapeutyczne nie podlegają ustawie o działalności leczniczej, tym samym pod nadzór przewidziany przepisami ustawy oraz co równie ważne, pod wymagania względem pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą opisane w art. 22 DziałLeczU.

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2013, poz. 26) (akt utracił moc)

⁴³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ..., op. cit.

Po raz kolejny autor niniejszej pracy nie może uznać za racjonalne, że osoba o kwalifikacjach lekarza specjalisty chirurgii plastycznej:

- nie wykonując zawodu lekarza, a zatem nie podlegając odpowiedzialności zawodowej (pomimo zdobycia tych kwalifikacji na mocy ustawy regulującej *de facto* wykonywanie tego zawodu),
- w podmiocie prawnym nie zarejestrowanym jako podmiot leczniczy,
- w pomieszczeniach bez wymagań określonych przez ustawę,
- bez warunków ubezpieczenia i odpowiedzialności cywilnej przewidzianych przez ustawę,
- bez nadzoru przewidzianego przez ustawę dla tej specyficznej grupy świadczeń mającej znaczenie dla zdrowia i życia ludzi,

mogłyby przeprowadzić legalny zabieg operacyjny w ramach chirurgii plastycznej estetycznej na człowieku, który pozbawiony byłaby praw i ochrony prawnej przysługującej pacjentowi na mocy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które to prawa zostały wypracowane przez dziesiątki lat w kontrze do paternalizmu medycznego, w szczególności lekarskiego.

Tak drastyczny pogląd prezentuje jednak P. Szymańska vel Szymanek, która wskazuje, że w zakresie znaczeniowym pojęcia celu terapeutycznego „nie znajdują się więc zabiegi mające na celu usunięcie zmiany, która, choć nie zaburza funkcjonowania organizmu, wpływa negatywnie na samopoczucie pacjenta i jego samoocenę. Podobnie nie będzie zabiegiem leczniczym ingerencja, która ma za zadanie usunąć defekt urody uniemożliwiający wykonywanie danej pracy, np. w aktorstwie lub modelingu. Oznacza to, że zabiegi z chirurgii estetycznej są wykonywane jedynie w celu poprawy wyglądu pacjenta, nie ma do nich natomiast wskazań medycznych. Dlatego też nie będą do nich miały zastosowania regulacje przewidziane przez ustawę z 5.12.1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawę 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w których jest mowa o udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a więc takiego, które ma cel leczniczy.”⁴⁴

Na brak ochrony prawnej dla osób korzystających z lekarskich świadczeń nieterapeutycznych w Polsce, które przysługują na mocy ustawy pacjentom określanym definicją tej ustawy, wskazał jednak również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 30 maja 2016 r. (VII SA/Wa 385/16), który oddalił skargę

⁴⁴ P. Szymańska vel Szymanek, *Przeprowadzanie ...* op. cit., s. 63

na decyzję Rzecznika Praw Pacjenta w przedmiocie odmowy wszczęcia postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, uznając co prawda, że nie uprawdopodobniono pozbawienia lub ograniczenia zbiorowego prawa pacjentów, ale jednocześnie wskazał, że zakres sprawy objęty wnioskiem pozostawał w ogóle częściowo poza kompetencją organu z uwagi na charakter usług świadczonych przez podmiot leczniczy. Sąd w uzasadnieniu faktycznym wskazał, że z wyjaśnień Rzecznika Praw Pacjenta wynika „iż ocena czy doszło do udzielania świadczenia zdrowotnego każdorazowo będzie uzależniona od tego, czy dany zabieg ma charakter terapeutyczny czy pozaterapeutyczny. Natomiast Rzecznik Praw Pacjenta może wszcząć postępowania tylko w przypadku, w którym doszło do naruszenia prawa osoby fizycznej, która stosownie do przepisów powyższych nosi status pacjenta, a zatem uczestniczyła w zabiegu o charakterze terapeutycznym. W niniejszej sprawie zgromadzony materiał dowodowy wskazuje, iż oferta podmiotu leczniczego dotyczy zabiegów pozaterapeutycznych, które nie są kwalifikowane jako świadczenia zdrowotne. Tym samym, w przypadku wszczęcia postępowania wyjaśniającego w zakresie świadczeń pozaterapeutycznych, Rzecznik Praw Pacjenta działałby niezgodnie ze swoją właściwością (...) Rozwijając przedstawione zarzuty skarżąca nie zgodziła się z organem, iż zabiegi nie mające celu terapeutycznego nie mieszczą się w definicji świadczeń zdrowotnych zawartej w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Brak jest bowiem podstaw do uznania, że osoba poddająca się zabiegom medycznym, nawet o poważnym przebiegu, wykonywanym w znieczuleniu ogólnym, nie może być traktowana jako pacjent o ile zabieg ten jest wykonywany ze względów pozazdrowotnych. Takie rozumienie świadczeń zdrowotnych jest, zdaniem skarżącej sprzeczne z definicją świadczenia zdrowotnego zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej, gdyż zabiegi chirurgii plastycznej, nawet gdy wykonywane są w celu poprawienia wyglądu, mogą być podyktowane względami zdrowotnymi.” W uzasadnieniu prawnym, sąd podzielił jednak stanowisko organu „iż zabiegi z zakresu medycyny estetycznej co do zasady nie mieszczą się w pojęciu świadczenia zdrowotnego w rozumieniu powyższych przepisów. Mają one na ogół na celu poprawienie wyglądu zewnętrznego lub usunięcie wad urody. W pewnych przypadkach świadczenia z zakresu medycyny estetycznej mogą jednak służyć poprawie

lub nawet ratowaniu zdrowia, ale takie ustalenia muszą być dokonane w każdym indywidualnym przypadku.”⁴⁵

Odmienny pogląd uznający zabiegi nieterapeutyczne jako świadczenia zdrowotne prezentują D. Karkowska i B. Kmieciak oraz L. Bosek w komentarzach (2020 i 2021) do PrPacjRPPU. Słusznie zauważają D. Karkowska i B. Kmieciak absurdalność sytuacji, w której osoba wykonująca zawód medyczny wykonując ten sam rodzaj świadczenia u dwóch różnych osób (u jednej w celu leczniczym u drugiej bez tego celu) odnośnie do pierwszej osoby udzieliła świadczenia zdrowotnego pacjentowi, a odnośnie do drugiej osoby nie udzieliła świadczenia zdrowotnego i osobie tej odmawia się statusu pacjenta w rozumieniu komentowanej ustawy. Autorzy podkreślają, że „bezrefleksyjne kontynuowanie wyżej wskazanego stanowiska jest anachronizmem, ponieważ możliwość ochrony na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powinna mieć miejsce zawsze, gdy dochodzi do interwencji przerywania ciągłości tkanek u człowieka przez osoby wykonujące zawody medyczne z użyciem rzeczowych świadczeń zdrowotnych (produktów leczniczych i wyrobów medycznych), ale również w zakresie innych zabiegów oddziałujących na zdrowie człowieka – w zakresie czynności niezakwestionowanych przez medyczne towarzystwa naukowe i powszechnie akceptowanych.”⁴⁶ Autorzy uznają również, że motywacje do przeprowadzenia tych zabiegów nie mogą być oceniane z punktu widzenia, czy anomalia ma charakter wrodzony, powypadkowy, czy wynika też np. z procesów starzenia się skóry lub kompleksów. W ich ocenie dotychczasowe stanowiska doktryny i judykatury w zakresie definiowania konkretnego świadczenia jako świadczenia zdrowotnego lub odmowy takiej kwalifikacji wymagają zweryfikowania. Stawiają oni tezę, słuszną zdaniem autora i zgodną ze wcześniejszym dowodzeniem, że „każde świadczenia udzielane człowiekowi przez osoby wykonujące zawody medyczne mieszczą się w definicji świadczenia zdrowotnego, jeżeli zostały przeprowadzone z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej, produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz w warunkach wymagających zachowania wymagań fachowych i sanitarnych oraz zapewnienia bezpieczeństwa zasad aseptyki i antyseptyki. W przeciwnym razie należałoby przyjąć, iż przykładowo lekarz wykonujący zabieg operacyjny w ramach chirurgii estetycznej nie wykonuje zawodu medycznego. Jednocześnie należy podkreślić, iż zakres przedmiotowy definicji obecnie uregulowanych w Polsce zawodów medycznych w sposób przykładowy

⁴⁵ Wyrok WSA w Warszawie z 30.05.2016 r., VII SA/Wa 385/16, LEX nr 2113957

⁴⁶ D. Karkowska, B. Kmieciak [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta ...* op. cit., komentarz do art. 3

określa zakres czynności zawodowych, jednak zawsze istotą zawodu medycznego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Docelowym kierunkiem wykładni definicji świadczenia zdrowotnego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. jest przyjęcie, że jeżeli wykonywane świadczenie spełnia przesłanki podmiotowe i przedmiotowe tej definicji – to mamy do czynienia ze świadczeniem zdrowotnym wykonywanym osobie mającej status pacjenta w rozumieniu komentowanej ustawy. W przeciwnym razie pozbawiamy te osoby ochrony z tytułu komentowanej ustawy.”

Również wątpliwości w tym temacie nie ma drugi autor, L. Bosek, który poza tym, że wskazuje, iż przepisy rozdziału 5 PrPacjRPPU mają charakter *ius cogens*, co oznacza, że prawo pacjenta do wyrażenia zgody albo odmowy jej wyrażenia nie może być wyłączone, nawet w sytuacji, gdy zabieg przeprowadzany jest na podstawie umowy, to podkreślenia według autora wymaga fakt, że przepisy te dotyczą udzielania wszystkich świadczeń zdrowotnych, zarówno o charakterze leczniczym, jak i nieleczniczym, zatem wymóg prawidłowego udzielenia zgody stanowi przesłankę legalności również zabiegów kosmetycznych⁴⁷.

Autor niniejszej pracy zdecydowanie przychylił się do poglądów wskazujących, że każdemu człowiekowi, zwracającemu się o udzielenie świadczeń lub korzystającemu ze świadczeń udzielanych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osobę wykonującą zawód medyczny należy się ochrona prawna zwiększająca jego autonomię i będąca odpowiedzią na funkcjonujący paternalizm medyczny, któremu autor niniejszej pracy postanowił poświęcić fragment dalszej części tejże pracy. Zdaniem autora, można by również przyjąć, że przepisami odrębnymi regulującymi zasady wykonywania działań medycznych, o których mowa w definicji świadczenia zdrowotnego: „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”, są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566 ze zm.), które poprzez wprowadzenie programów specjalizacji lekarskich i określenie tym samym podmiotów uprawnionych do udzielania określonej grupy świadczeń, w tym świadczeń nieterapeutycznych z zakresu chirurgii plastycznej, określiły zasady wykonywania takich działań.

⁴⁷ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Komentarze Becka, 2020, Legalis/el 2020 – komentarz do art. 15

Ustawa określająca prawa pacjenta w Polsce ma w założeniu zwiększać autonomię jednostki, chronić przed paternalizmem medycznym oraz chronić słabszą jednostkę jaką jest pacjent w systemie ochrony zdrowia. Pozbawienie ochrony prawnej osób korzystających z lekarskich świadczeń nieterapeutycznych (należy zaznaczyć na marginesie, że takie świadczenia nieterapeutyczne pojawiają się nie tylko w chirurgii plastycznej a również innych specjalnościach, jak chociażby ginekologii i położnictwie czy urologii, w zakresie metod antykoncepcji, protetyce i innych), w wyniku zawężonego przyjęcia określonej definicji, oznaczałoby, że niezwłocznie należałoby przygotować ustawę o działalności medycznej nielecniczej, ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentyści udzielających świadczeń nieterapeutycznych i ustawę o ochronie praw klienta korzystającego z usług medycznych niemających charakteru leczniczego, które byłyby w zasadzie dokładną kopią obowiązujących aktów prawnych.

Autor w dalszej części niniejszej pracy, poprzez analizę literatury przedmiotu, orzecznictwa sądowego i doniesień naukowych udowodni postawioną na wstępie tezę. Brak określonego, specyficznego standardu uzyskiwania świadomej zgody na zabiegi operacyjne w chirurgii plastycznej, wpływa na poziom bezpieczeństwa prawnego chirurgów plastycznych, niezależnie od tego, czy zabiegi nieterapeutyczne uznamy za świadczenia zdrowotne a osoby korzystające z tych świadczeń za pacjentów. Z uwagi jednak na konieczność przygotowania na potrzeby niniejszej pracy odpowiedniej rangi przepisów (niezależnej ustawy lub aktu wykonawczego do istniejącej już ustawy), kierując się omówionymi powyżej komentarzami do ustaw, przemawiającymi, co słusznym zdaniem autora niniejszej pracy, za uznaniem tych świadczeń za świadczenia zdrowotne lub w razie odmiennej rzeczywistości prawnej jako postulat *de lege ferenda* ustanowienia przepisów odrębnych regulujących zasady wykonywania zabiegów nieterapeutycznych w chirurgii plastycznej, a tym wtedy spełnienia wymagań definicyjnych świadczenia zdrowotnego, postanawia przyjąć, że:

- zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej są świadczeniami zdrowotnymi,
- chirurg plastyczny przeprowadzający te zabiegi wykonuje zawód lekarza,
- osoba zwracająca się lub korzystająca z tych świadczeń jest pacjentem,
- zabiegi te mogą zostać przeprowadzone wyłącznie w podmiocie leczniczym.

Wobec powyższego, należy wskazać, że przepisy art. 22 ust. 5 DziałLeczU dają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia możliwość określania, w drodze rozporządzenia, standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność

leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, który poniższymi aktami ustanowił już część obecnie obowiązujących standardów organizacyjnych:

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. poz. 271),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1194),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 392 z późn. zm.),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz. U. poz. 834),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756 z późn. zm.),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. poz. 2435).

Właściwe więc wydaje się, aby standard organizacyjny uzyskiwania zgody na świadczenia zdrowotne w chirurgii plastycznej przygotowany został jako projekt rozporządzenia wykonawczego do tego właśnie przepisu ustawy.

* * *

Chirurgia plastyczna to specjalność medyczna, która obejmuje naprawę, odbudowę lub korektę fizycznych defektów w postaci lub funkcji skóry, układu mięśniowo-szkieletowego, struktur czaszkowo-twarzowych, dłoni, kończyn, piersi, tułowia, zewnętrznych narządów płciowych lub kosmetyczną poprawę tych obszarów. Minimalny okres szkolenia dla specjalizacji z chirurgii plastycznej dla lekarza nie posiadającego odpowiedniej specjalizacji wynosi w Polsce 6 lat, a na dzień 31 grudnia 2022 roku w Polsce zarejestrowanych było 287 chirurgów plastycznych. Chirurgia

plastyczna często znajduje się w czołówce innowacyjnych technik chirurgicznych, a więc istotne znaczenie w tej specjalności mają zagadnienia etyczne, w szczególności zagadnienie autonomii i jej znaczenia dla świadomej zgody. Autor niniejszej pracy dokonał podziału chirurgii plastycznej na chirurgię rekonstrukcyjną i chirurgię estetyczną z uwzględnieniem wymiaru terapeutycznego i nieterapeutycznego oraz zdefiniował je w oparciu o definicje podane przez American Board of Plastic Surgery, American Society of Plastic Surgeons oraz International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Pomimo pozornej łatwości w określeniu, że rekonstrukcyjna chirurgia plastyczna to rodzaj chirurgii plastycznej mający na celu przywrócenie wyglądu i funkcji uszkodzonej części ciała, podczas gdy estetyczna chirurgia plastyczna koncentruje się na poprawie wyglądu; procedury terapeutyczne mają na celu zdiagnozowanie, leczenie lub wyleczenie stanu, podczas gdy procedury nieterapeutyczne są wykonywane wyłącznie z powodów związanych z wyglądem, z uwagi na przenikalność procedur chirurgii estetycznej w procedurach chirurgii rekonstrukcyjnej, co jest również podkreślane we wskazanej powyżej literaturze przedmiotu, autor niniejszej pracy zdecydował się przyjąć w badaniu ankietowym pojęcia zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych. W I rozdziale niniejszej pracy, dokonano także analizy legalności nieterapeutycznych zabiegów i czynności w chirurgii plastycznej, które w doktrynie budzą kontrowersje. Brak jasnych regulacji prawnych doprowadził do różnych opinii na temat zasadności takich procedur. Autor przedstawia różne poglądy na ten temat oraz omawia warunki niezbędne do legalnego przeprowadzenia zabiegu pozaterapeutycznego, w tym w szczególności aspekt niedopuszczalności ponadprzeciętnego ryzyka. Podkreślono również znaczenie świadomej zgody, kwalifikacji lekarzy oraz ryzyka związanego z takimi procedurami. Niezależnie od tego, czy zabiegi pozaterapeutyczne zaliczamy do świadczeń zdrowotnych, a ich odbiorców do pacjentów, brak jasnego i zwięzłego standardu uzyskiwania świadomej zgody w zabiegach chirurgii plastycznej negatywnie wpływa na bezpieczeństwo prawne chirurgów plastycznych. Jednak ze względu na konieczność umiejscowienia projektowanego standardu organizacyjnego, w niniejszej pracy przyjęto założenie, że pozaterapeutyczne zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej są rzeczywiście świadczeniami zdrowotnymi, a projektowany standard organizacyjny uzyskiwania zgody zostanie określony jako akt wykonawczy do art. 22 ust. 5 DziałLeczU.

Wobec powyższego, naturalnym wydaje się więc konieczność omówienia norm prawnych w zakresie uzyskania zgody na procedury medyczne o podwyższonym ryzyku

w Polsce, warunków skuteczności tej zgody oraz samego zagadnienia autonomii pacjenta i paternalizmu medycznego, które nadało tym normom odpowiedni kontekst, co też autor dokonuje w kolejnym rozdziale.

ROZDZIAŁ II – NORMY PRAWNE W ZAKRESIE UZYSKIWANIA ZGODY

2.1 PATERNALIZM LEKARSKI I AUTONOMIA WOLI PACJENTA

Instytucja zgody na świadczenie zdrowotne jest urzeczywistnieniem autonomii pacjenta, poszanowaniem jego woli i gwarancją podstawowego prawa człowieka, jakim jest prawo do samostanowienia. Historycznie, poszanowanie podmiotowości pacjenta i uznanie jego autonomii do decydowania o sobie nie było praktycznie brane pod uwagę, a sama relacja między pacjentem a lekarzem opierała się na całkowitej podległości. Już w średniowieczu przyjęto, że sztuka medyczna jest darem od Boga, a lekarz nie powinien udzielać pacjentowi informacji o stanie zdrowia ani tym bardziej pytać o zgodę na leczenie⁴⁸. Dekadentyzm paternalizmu w medycynie związany był w działalnością filozofów i encyklopedystów w XVIII wieku oraz nowymi ideami politycznymi i socjalnymi XIX wieku, które m.in. przyznawały człowiekowi prawo do życia w godności i wolności⁴⁹, a także z tragicznymi doświadczeniami systemów totalitarnych, w tym wszelkiego rodzaju eksperymentów medycznych na ludziach czy nadużyć w szczególności w zakresie opieki psychiatrycznej⁵⁰. Szacunek do autonomii stał się jedną z konstytutywnych zasad nowożytnej doktryny praw człowieka⁵¹.

Wnioski przedstawiające trwającą jednak nadal dyskusję co do zasadności paternalizmu lekarskiego w leczeniu pacjentów prezentują autorzy artykułu „How to reveal disguised paternalism: version 2.0”⁵², którzy w 2020 roku dokonali systematycznego przeglądu literatury na temat paternalizmu medycznego w etyce lekarskiej. Celem badania było przedstawienie kompleksowego przeglądu koncepcji paternalizmu medycznego i jego różnych form oraz ocena argumentów przemawiających za i przeciw paternalizmowi medycznemu w podejmowaniu decyzji przez pacjenta pod koniec jego życia. Autorzy ocenili argumenty za i przeciw paternalizmowi medycznemu.

⁴⁸ J. Pacian, A. Pacian, T.B. Kulik, P. Flieger, K. Kowalczyk, Regulacje prawne dotyczące zgody pacjenta na czynność medyczną, *Przegląd Prawa Publicznego*, nr 7-8/2012, s. 9

⁴⁹ A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, Wolters Kluwer Polska, s. 84

⁵⁰ J. Pacian, A. Pacian, T.B. Kulik, P. Flieger, K. Kowalczyk, *Regulacje...* op. cit., s. 10

⁵¹ A. Fiutak, *Odpowiedzialność ...*, op. cit. s. 87

⁵² Lynøe N, Engström I, Juth N. How to reveal disguised paternalism: version 2.0. *BMC Med Ethics*. 2021 Dec 28;22(1):170. doi: 10.1186/s12910-021-00739-8. PMID: 34961487; PMCID: PMC8712205, s. 1-8

Zwolennicy paternalizmu medycznego argumentują, że konieczna jest ochrona pacjentów przed krzywdą, promowanie ich dobra oraz zapewnienie skuteczności i wydajności leczenia. Przeciwnicy paternalizmu medycznego argumentują, że narusza on autonomię i godność pacjenta oraz że ma on prawo do decydowania o własnym zdrowiu. Autorzy doszli do wniosku, że paternalizm medyczny jest zagadnieniem złożonym i kontrowersyjnym, a w piśmiennictwie nie ma wyraźnego konsensusu co do jego dopuszczalności czy moralności. Zauważyli również, że argumenty za i przeciw paternalizmowi medycznemu nie są absolutne i że do podejmowania świadomych decyzji etycznych w praktyce klinicznej konieczne jest zniuansowane zrozumienie problemu.

Tradycyjne, paternalistyczne podejście do pacjenta, uwidocznione zostało w opublikowanym w 2022 roku artykule „Patient-centred care and patient autonomy: doctors' views in Chinese hospitals” z badania przeprowadzonego wśród 614 lekarzy oddziałów chirurgii i chorób wewnętrznych w Jinan w prowincji Shandong w Chinach⁵³. Badanie miało na celu ocenę poglądów i praktyk lekarzy w chińskich szpitalach publicznych dotyczących opieki skoncentrowanej na pacjencie. Ponad jedna czwarta lekarzy podejmowała decyzje medyczne bez uwzględnienia preferencji pacjentów i nie zgadzała się z zaangażowaniem pacjentów w proces planowania. Niepokojący jest wysoki odsetek lekarzy (ponad 20%), którzy nie dostrzegali wagi konsultacji z pacjentem przed ustaleniem postępowania diagnostycznego i leczniczego. Badanie wykazało również, że ponad połowa lekarzy nie wierzyła w zdolność pacjentów do podejmowania racjonalnych decyzji i nie wierzyła, że lepsze wyniki można osiągnąć, angażując ich w proces planowania leczenia. Wspiera to tradycyjne paternalistyczne podejście do opieki zdrowotnej, które stawia lekarzy w centrum uwagi i nie bierze pod uwagę preferencji pacjentów.

Niezwykłe ciekawy przykład konsekwencji paternalizmu medycznego w prawie karnym został opisany w artykule „Physician autonomy and patient rights: lessons from an enforced blood transfusion and the role of patient blood management”⁵⁴ opublikowanym w 2021 roku. Koncentruje się on na napięciu między paternalizmem medycznym, a prawami pacjenta w procesie podejmowania decyzji medycznych,

⁵³ Liang Z, Xu M, Liu G, Zhou Y, Howard P. *Patient-centred care and patient autonomy: doctors' views in Chinese hospitals*. BMC Med Ethics. 2022 Apr 8;23(1):38. doi: 10.1186/s12910-022-00777-w. PMID: 35395761; PMCID: PMC8994393, s. 1-12

⁵⁴ Bolcato M, Shander A, Isbister JP, Trentino KM, Russo M, Rodriguez D, Aprile A. *Physician autonomy and patient rights: lessons from an enforced blood transfusion and the role of patient blood management*. Vox Sang. 2021 Nov;116(10):1023-1030. doi: 10.1111/vox.13106. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33826768; PMCID: PMC9291028, s. 1023-1030

szczególne w kontekście transfuzji krwi. Artykuł zawiera analizę etyczną i medyczo-prawną orzeczenia z dnia 30 maja 2018 r. wydanego przez Sąd Termini Imerese (Palermo) (sygn. 465) i potwierdzony apelacją w dniu 11 listopada 2020 r., który wobec braku podobnych historycznych precedensów w Europie skazał lekarza za przestępstwo napaści z użyciem przemocy za nakazanie przeprowadzenia transfuzji krwi u pacjenta, który odmawiał transfuzji krwi ze względów religijnych. Według autorów, odnosząc się do przestępstwa napaści, orzeczenie to jest bardzo interesujące, bowiem stanowi precedens prawny w europejskich jurysdykcjach, w których przymus poddania się transfuzji krwi pomimo sprzeciwu wyrażonego przez pacjenta spełnia prawną definicję przestępstwa napaści w rozumieniu prawa karnego. Autorzy sugerują ponadto, że świadczeniodawcy powinni priorytetowo traktować autonomię pacjenta i świadomą zgodę przy podejmowaniu decyzji medycznych, w szczególności w przypadku istniejących regulacji prawnych związanych z tzw. „testamentem życia”.

Wzmocnienie autonomii pacjenta można zaobserwować w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej po wyroku w sprawie Montgomery⁵⁵, który ustanowił precedens w tym zakresie. Pani Montgomery, kobieta z cukrzycą typu 1, argumentowała, że nie zaproponowano jej planowego cięcia cesarskiego i gdyby była świadoma ryzyka dystocji barkowej związanej z porodem drogami natury u matki z cukrzycą, zdecydowałaby się na to. Jej położnik stwierdził, że nie zostało to zaoferowane, ponieważ ryzyko wystąpienia dystocji barkowej podczas porodu kobiety z cukrzycą wynosi tylko 9–10%, przy jednoczesnym niskim ryzyku uszkodzenia dziecka. Jej położnik powiedział, że nie wspomniał o ryzyku, ponieważ gdyby miał taką możliwość, każda kobieta z cukrzycą zdecydowałaby się na cesarskie cięcie, co nie byłoby w ich najlepszym interesie. Pomimo początkowego uniewinnienia w sądach szkockich, Sąd Najwyższy Wielkiej Brytanii (UKSC) orzekł, że relacja lekarz-pacjent ewoluowała. Kluczowymi punktami było to, że „pacjenci mają prawa i powinni być postrzegani jako konsumenci dokonujący wyborów” oraz że „lekarze mają obowiązek upewnić się, że pacjenci są świadomi wszelkich istotnych zagrożeń związanych z zalecanym leczeniem i rozsądnymi alternatywnymi metodami leczenia”. Wyrok ten został omówiony w artykule “Documenting the process of patient decision making:

⁵⁵ UK Supreme Court, Montgomery (Appellant v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland)), 2015, <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0136-judgment.pdf>, [dostęp dnia: 10 lutego 2023 r.]

a review of the development of the law on consent”⁵⁶, w którym dokonano przeglądu ewolucji prawa brytyjskiego dotyczącego zgody w odniesieniu do podejmowania decyzji przez pacjenta. Omówiono w nim, jak zmieniał się proces uzyskiwania świadomej zgody od pacjentów na przestrzeni czasu, ze szczególnym uwzględnieniem prawnych aspektów dokumentowania procesu podejmowania decyzji. W artykule podkreślono znaczenie zapewnienia, że pacjenci są w pełni poinformowani o możliwościach leczenia oraz potencjalnym ryzyku i korzyściach, tak aby mogli podjąć świadomą decyzję dotyczącą opieki. W artykule stwierdza się, że personel medyczny musi rozumieć wymogi prawne dotyczące świadomej zgody i mieć jasne procesy dokumentowania procesu decyzyjnego. Autorzy twierdzą, że wyrok w sprawie Montgomery może spowodować wzrost liczby sporów sądowych w ciągu najbliższych kilku lat, ale stanowi uznanie sekularnej zmiany w roli medycyny, która zachodzi od wielu lat.

Zagadnienie autonomii pacjentów jest również przedmiotem badań naukowych w dyscyplinach medycznych. J. Molina-Mula i J. Gall-Estrada przeprowadzili badanie wpływu relacji pielęgniarka-pacjent na jakość opieki i autonomię pacjenta w podejmowaniu decyzji, co opisali w artykule *Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making*⁵⁷. Omówiono w nim związek między jakością opieki świadczonej przez pielęgniarkę a zdolnością pacjenta do podejmowania samodzielnych decyzji. Autorzy przeprowadzili trzynaście wywiadów pogłębionych z pielęgniarkami i przeanalizowali 61 484 kartotek pielęgniarskich z oddziałów chorób wewnętrznych i oddziałów specjalistycznych szpitala w latach 2015–2016. Dodatkowo dokonali przeglądu istniejącego piśmiennictwa na ten temat i stwierdzili, że pozytywna relacja pielęgniarka-pacjent może poprawić jakość opieki i zwiększyć autonomię pacjenta w podejmowaniu decyzji. Dodatkowo w badaniu podkreślono znaczenie komunikatywności i umiejętności interpersonalnych pielęgniarki, a także jej zdolności do angażowania pacjenta w proces podejmowania decyzji. Autorzy doszli do wniosku, że wspierająca i pełna szacunku relacja pielęgniarka-pacjent może prowadzić do lepszych wyników i satysfakcji pacjentów.

⁵⁶ Choudry MI, Latif A, Hamilton L, Leigh B. *Documenting the process of patient decision making: a review of the development of the law on consent*. *Future Hosp J*. 2016 Jun;3(2):109-113. doi: 10.7861/futurehosp.3-2-109. PMID: 31098199; PMCID: PMC6465837, s. 109-113

⁵⁷ Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. *Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 29;17(3):835. doi: 10.3390/ijerph17030835. PMID: 32013108; PMCID: PMC7036952, s. 1-21

W widoczny sposób, w zakresie zmiany podejścia do autonomii pacjenta, zmieniły się również regulacje prawne w Polsce. Warto tutaj wskazać, że ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza⁵⁸ w ogóle nie przewidywała udzielania pacjentom informacji o stanie zdrowia a jedynie uzyskanie zgody na zabieg operacyjny co określał art. 17 ust. 1 tej ustawy: „Dokonanie zabiegu operacyjnego wymaga zgody chorego, jeżeli zaś chodzi o małoletnich i osoby dotknięte chorobą psychiczną lub niedorozwojem psychicznym – zgody ustawowego przedstawiciela bądź faktycznego opiekuna”. Orzecznictwo Sądu Najwyższego *a casu ad casum* precyzowało na podstawie tego przepisu wymagania co do cech tejże zgody. W starszej judykaturze ukształtował się pogląd dotyczący zakresu informacji lekarskiej zarysowany w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r.⁵⁹, w którym Sąd Najwyższy zważył, że: „Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, ażeby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać. W związku z tym lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykłe jego następstwa, natomiast nie potrzebuje, a często nawet ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami, nie objętymi normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które w szczególnych wypadkach powikłań mogą wystąpić.” Aktualnym normom prawnym w zakresie uzyskiwania zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych poświęcona zostanie dalsza część niniejszego rozdziału pracy.

Paternalizm medyczny odnosi się do przekonania, że lekarze powinni podejmować decyzje w imieniu swoich pacjentów, nawet jeśli oznacza to unieważnienie preferencji pacjenta. Koncepcja opiera się na założeniu, że pracownicy medyczni są ekspertami w swojej dziedzinie i dlatego są lepiej przygotowani do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia pacjenta niż sam pacjent. Natomiast autonomia woli pacjenta to przekonanie, że pacjent powinien mieć prawo do samodzielnego decydowania o swoim zdrowiu, nawet jeśli oznacza to lekceważenie porad lekarzy. Pogląd ten opiera się na założeniu, że pacjenci mają prawo do kontroli nad własnym ciałem i decydowania o własnym zdrowiu. Paternalizm medyczny od dawna jest kwestią kontrowersyjną, z argumentami za i przeciw tej praktyce. Zwolennicy paternalizmu medycznego

⁵⁸ Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1950 nr 50 poz. 458)

⁵⁹ Wyrok SN z 20.11.1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980, nr 4, poz. 81

argumentują, że lekarze są lepiej przygotowani do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia pacjenta i że mają obowiązek chronić swoich pacjentów przed krzywdą. Przeciwnicy paternalizmu medycznego argumentują, że pacjenci mają prawo do decydowania o własnym zdrowiu, a lekarze powinni szanować te decyzje. W Europie istnieje tendencja do zwiększania autonomii pacjentów. Znajduje to odzwierciedlenie w rosnącym znaczeniu, jakie przywiązuje się do świadomej zgody i prawa pacjentów do decydowania o własnym zdrowiu. W Polsce trend był podobny, z rosnącym naciskiem na autonomię pacjenta i prawo do decydowania o własnym zdrowiu, a normy prawne w tym zakresie były sukcesywnie wzbogacane, co autor niniejszej pracy postanowił przedstawić w następnej jej części.

2.2 NORMY PRAWNE W ZAKRESIE ZGODY PACJENTA W POLSCE

Na kontynencie europejskim, za najważniejsze dokumenty w obszarze praw pacjenta należy uznać Europejską Konwencję Bioetyczną oraz Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 Karty Praw Podstawowych w Unii Europejskiej „każdy ma prawo do poszanowania jego integralności fizycznej i psychicznej”. Z kolei w art. 3 ust. 2 przewidziano, że: „W dziedzinach medycyny i biologii muszą być szanowane w szczególności: a) swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej, wyrażona zgodnie z procedurami określonymi przez ustawę; b) zakaz praktyk eugenicznych, w szczególności tych, których celem jest selekcja osób; c) zakaz wykorzystywania ciała ludzkiego i jego poszczególnych części jako źródła zysku; d) zakaz reprodukcyjnego klonowania istot ludzkich”⁶⁰. Zgodnie na leczenie poświęcony został II rozdział konwencji z dnia 19 listopada 1994 r. o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie podpisana dnia 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo. Autonomii woli pacjenta poświęcono rozdział II Konwencji (artykuły od 5 do 9) potwierdzając dominujący na kontynencie model przeciwny modelowi paternalistycznemu. W szczególności, regulacje dotyczące swobodnej i świadomej zgody na interwencję medyczną przedstawiono w artykule 5: Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej

⁶⁰ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE 2016 C 202)

i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba poddana interwencji może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę⁶¹. W kolejnych artykułach przedstawiono ochronę osób niezdolnych do wyrażenia zgody (art. 6), ochronę osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 7), nagłe wypadki (art. 8) i życzenia wcześniej wyrażone (art. 9). Polska podpisała konwencję już w 1999 roku, jednakże do tej pory jej nie ratyfikowała. Pomimo braku ratyfikacji, stanowi ona istotną wskazówkę interpretacyjną wykładni prawa polskiego, na co uwagę zwrócił Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05⁶². Sąd Najwyższy odniósł się w nim do art. 9 tejże konwencji, zgodnie z którym, „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli”. W tym samym postanowieniu Sąd Najwyższy wskazał na to, na co do tej pory wskazuje autor niniejszej pracy: „(...) w demokratycznym państwie prawnym wolność jest chroniona w sposób szczególny, w tym także wolność życia prywatnego oraz autonomia dokonywanych wyborów. Wolność jest także jedną z fundamentalnych zasad współczesnej doktryny praw człowieka (...) Jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia. Refleksem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego, stanowiąca jedną z przesłanek legalności czynności leczniczych.”

Omawiając instytucję zgody pacjenta w polskich regulacjach prawnych należy w pierwszej kolejności odnieść się do ustawy zasadniczej, która w rozdziale II wskazuje przepisy w zakresie wolności praw i obowiązków człowieka i obywatela, w szczególności art. 30, który wskazuje, że: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.” oraz art. 39 w brzmieniu: „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody.”⁶³

⁶¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny – Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, otwarta do podpisu 4.04.1997 r., CETS nr 164

⁶² Postanowienie SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137

⁶³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

Szczególne zasady wyrażania lub odmowy wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju zawarte zostały w wielu aktach prawnych, w tym między innymi we wskazanych poniżej:

- 1) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.),
- 2) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.),
- 3) ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 168 z późn. zm.),
- 4) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn. zm.),
- 5) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123),
- 6) ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2134 z późn. zm.),
- 7) ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280).
- 8) ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1575),
- 9) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2301),
- 10) ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 172),
- 11) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 165),
- 12) ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1749 z późn. zm.),
- 13) ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

Przedstawianie pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia oraz informowanie pacjenta o jego prawach wydaje się być już standardem prawnym w Polsce. Dla przykładu prawa pacjenta, w tym w szczególności omawiane wcześniej prawo do bycia poinformowanym zostały *a priori* wpisane do jednego z najnowszych aktów prawnych regulujących zawody medyczne jakim jest ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie

fizjoterapeuty⁶⁴. Zgodnie z art. 9 tejże ustawy, fizjoterapeuta zobowiązany jest m.in. „informować pacjenta o jego prawach określonych w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” oraz „udzielać informacji pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie bliskiej lub opiekunowi faktycznemu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych”.

Jeszcze nowszym aktem prawnym jest ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280) (dalej również jako „u.m.l.”), która uchyliła ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2162). Zgodnie z art. 23 u.m.l. diagnosta laboratoryjny może wykonywać czynności medycyny laboratoryjnej po uzyskaniu zgody na ich wykonanie na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wykonywanie tych czynności bez rzeczowej zgody jest dopuszczalne, jeżeli konieczne jest niezwłoczne wykonanie badań diagnostycznych, a ze względu na stan zdrowia lub wiek pacjent nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. W przypadku wystąpienia takich okoliczności, decyzję o wykonaniu czynności medycyny laboratoryjnej diagnosta laboratoryjny podejmuje na pisemne zlecenie lekarza lub lekarza dentystry leczącego pacjenta, odnotowane w dokumentacji medycznej tego pacjenta⁶⁵. Należy zwrócić uwagę, że z u.m.l. zniknęło uprawnienie diagnosty laboratoryjnego do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej bez konieczności uzyskania zgody pacjenta, jeśli zabieg lub czynność ta została zlecona przez lekarza. Wyjątek od wymogu uzyskania zgody pacjenta przedstawiony był wcześniej w art. 25 uchylonej ustawy w brzmieniu: „Zgoda, o której mowa w art. 22, nie jest wymagana w przypadku wykonywania przez diagnostę laboratoryjnego zabiegów i czynności diagnostyki laboratoryjnej przeprowadzanych na zlecenie lekarskie”. Zupełną nowością jest wprowadzenie obowiązków informacyjnych wobec pacjentów analogicznie do ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 168 z późn. zm.). Zgodnie z art. 24 u.m.l. „Diagnosta laboratoryjny jest obowiązany na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: 1) informować pacjenta o jego prawach określonych w tej ustawie; 2) udzielać

⁶⁴ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 168 z późn. zm.)

⁶⁵ Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280)

informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez niego uprawnieniami; 3) zachowywać w tajemnicy informacje związane z pacjentem, uzyskane od lekarza lub lekarza dentysty leczącego pacjenta w związku z wykonywaniem zawodu.” Jak słusznie wskazuje w komentarzu praktycznym M. Łokaj „zapis ten, jednak, należy ocenić jako bardzo ubogi w zestawieniu z treścią wcześniejszej ustawy, gdzie zagadnienie tajemnicy zawodowej diagnosty uregulowane zostało wprost w ramach odrębnego przepisu, tj. jej art. 29 u.d.l.”⁶⁶

Konstrukcje prawne dotyczące oświadczenia woli pacjenta, wzmacniające jego autonomię w podejmowaniu decyzji w oparciu o pełną informację o stanie zdrowia stają się pewnym standardem we wszystkich nowych aktach prawnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Polsce, ograniczającym model paternalizmu medycznego. O tyle o ile paternalizm medyczny mógł kojarzyć się w pierwszej kolejności z wykonywaniem zawodu lekarza, to jego ograniczanie stosowane jest również wobec innych zawodów medycznych. Na potrzeby jednak realizacji celu niniejszej pracy, jej autor dokona szczegółowej analizy instytucji zgody pacjenta przy udzielaniu świadczeń przez lekarzy w kontekście Kodeksu Etyki Lekarskiej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

Według art. 15 KEL, „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem”⁶⁷. Kodeks Etyki Lekarskiej w zakresie uzyskiwania zgody jest lakoniczny w stosunku do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.), jednak to przepisy prawa powszechnie obowiązującego mają oczywiście pierwszeństwo wobec postanowień KEL.

⁶⁶ M. Łokaj, *Uprawnienia i obowiązki diagnosty laboratoryjnego w świetle ustawy o medycynie laboratoryjnej*, LEX/el. 2022

⁶⁷ Kodeks Etyki Lekarskiej, uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej z późn. zm.

W pierwszej z nich, instytucja zgody została zawarta w przepisach artykułów 32-34⁶⁸. Już przepisy art. 32 ust. 1 ZawLekU wskazują, że „lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”, co jest wyrazem przyjętego prawnie modelu partnerstwa między lekarzem a pacjentem. Ustawodawca w art. 34 przewidział specjalną, pisemną formę zgody pacjenta na zabieg operacyjny oraz metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, a ust. 2 tego artykułu wskazał, że przed wrażeniem zgody na procedurę medyczną o podwyższonym ryzyku lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi informacji przedstawionych w art. 31 tej samej ustawy. Porównując przepisy ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza z ustawą obecnie obowiązującą, można zwrócić uwagę na wyraźny rozwój instytucji zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne w Polsce. Udzielenie informacji pacjentowi nie jest sugestią, a obowiązkiem prawnym, bowiem jak zapisał ustawodawca w art. 31 ZawLekU „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”. Samo pojęcie przystępności przekazywanych pacjentom informacji oraz świadomości zgody, autor niniejszej pracy przedstawił w dalszych jej częściach.

Regulacje dotyczące uzyskania zgody pacjenta zostały również przedstawione w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶⁹. Ustawa ta ma charakter aktu normatywnego, którego zadaniem miało być uporządkowanie w polskim systemie prawnym kwestii praw pacjenta, w tym sformułowania najważniejszych praw pacjenta⁷⁰. Prawa pacjenta wynikają z ogólnych praw człowieka i obywatela, które są zakorzenione w konstytucyjnym uznaniu niezbywalnej godności człowieka. Ustawa została stworzona, aby uregulować te prawa, odpowiadając na potrzeby zarówno pacjentów, jak i profesjonalistów medycznych⁷¹. Ustawa określiła ponadto instytucję gwaranta przestrzegania praw pacjenta jakim jest

⁶⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty ... op. cit.

⁶⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta ... op. cit.

⁷⁰ Uzasadnienie do projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, <http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/opisy/283.htm> [dostęp dnia: 6 lutego 2023 r.]

⁷¹ M. Urbaniak, *Prawa pacjenta jako prawa człowieka* [w:] A. Hauser, M. Urbaniak (red.), *Ochrona praw człowieka*, Okręgowa Izba Radców Prawnych w Poznaniu, Poznań 2019, s. 227

Rzecznik Praw Pacjenta. Jak wskazuje M. Urbaniak w analizie sprawozdania dotyczącego przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za 2018 rok, prawami pacjenta nieprzeznaczonymi w stopniu średnim było prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.⁷² W rozdziale 5 PrPacjRPPU ustawodawca przedstawił zasady wyrażania zgody lub sprzeciwu na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Przepisy dotyczące instytucji zgody pacjenta zostały zaprojektowane w podobny sposób co w ZawLekU, bowiem w art. 16 PrPacjRPPU, ustawodawca wskazał, że „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”. Takie same wymogi w stosunku do formy zgody nadano, w art. 18 PrPacjRPPU, zgodzie na zabieg operacyjny albo zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Również, jak w ZawLekU, ustawodawca wskazał, że wyrażenie zgody musi być co do zasady poprzedzone uzyskaniem informacji o stanie zdrowia. Przepisy rozdziału 5 PrPacjRPPU mają charakter *ius cogens*, co oznacza, że prawo pacjenta do wyrażenia zgody albo odmowy jej wyrażenia nie może być wyłączone, nawet w sytuacji, gdy zabieg przeprowadzany jest na podstawie umowy. Ponownego podkreślenia wymaga tutaj fakt, o którym autor wspominał już w I rozdziale niniejszej pracy, że przepisy te dotyczą udzielania wszystkich świadczeń zdrowotnych, zarówno o charakterze leczniczym, jak i nieleczniczym, zatem wymóg prawidłowego udzielenia zgody stanowi przesłankę legalności również zabiegów kosmetycznych⁷³.

W polskim systemie prawa, konieczność uzyskania zgody pacjenta na zabieg leczniczy została uregulowana ponadto w przepisach karnych. Zgodnie z dyspozycją art. 192 §1 Kodeksu Karnego: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”⁷⁴. Na podstawie tego też artykułu, penalizacji podlegać będzie również przeprowadzenie zabiegu nawet w przypadku, gdy zgoda została wyrażona, ale nie jest ona skuteczna, na przykład z powodu braku udzielenia pacjentowi wymaganych lub udzielenia niewystarczających informacji⁷⁵. W kontekście analizowanego zagadnienia zgody

⁷² M. Urbaniak, *Monitorowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia* [w:] D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego. Tom III. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, C.H. Beck, Warszawa 2021. s. 912

⁷³ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta ...* op. cit. – komentarz do art. 15

⁷⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny ..., op. cit.

⁷⁵ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit., komentarz do art. 15

pacjenta jako oświadczenia woli, należy wskazać za D. Karkowską i B. Kmieciami, że odpowiedzialność karną będą rodzic następujące przypadki:

- 1) „zabieg podjęty wbrew wyraźnemu sprzeciwowi (chyba że zachodzi jedna z sytuacji dozwolonego leczenia przymusowego);
- 2) zabieg podjęty przy braku oświadczenia woli (chyba że zachodzi sytuacja z art. 33 lub 35 ZawLekU);
- 3) zabieg wykonany z przekroczeniem zakresu zgody (chyba że zachodzi sytuacja z art. 35 ZawLekU);
- 4) zabieg podjęty na podstawie zgody rażąco wadliwej.”⁷⁶

Przepisy te w kontekście chirurgii plastycznej zostały już szczegółowo omówione w podrozdziale dotyczącym legalności nieterapeutycznych zabiegów chirurgii plastycznej. Jednym z najistotniejszych zagadnień omawiania norm prawnych w zakresie uzyskiwania zgody na procedury medyczne o podwyższonym ryzyku, jest natomiast ustalenie warunków jej skuteczności, czemu autor niniejszej pracy postanowił poświęcić następną jej część.

2.3 SKUTECZNOŚĆ ZGODY

Ustawodawca jak do tej pory zdefiniował pojęcie zgody jedynie w stosunku do świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123)⁷⁷, zgoda oznacza „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”.

Według K. Baron, zgoda pacjenta na procedurę medyczną jest zdarzeniem cywilnoprawnym, które poprzez oświadczenie woli zmierza do wywołania skutków prawnych. Zdarzeniem cywilnoprawnym jest okoliczność, z którą hipotezy norm wiążą określone w dyspozycjach norm konsekwencje cywilnoprawne. W omawianej sytuacji, normy te przedstawione zostały w obu omówionych poniżej aktach prawnych. Zgoda

⁷⁶ D. Karkowska, B. Kmieciami [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta ...*, op. cit., komentarz do art. 16

⁷⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123)

pacjenta jest czynnością prawną, która, aby mogła zostać uznana za skuteczną musi spełnić szereg warunków:

- posiadanie przez osobę udzielającą zgody kompetencji do jej udzielenia,
- wyrażenie zgody przez osobę znajdującą się w odpowiednim stanie zdrowia fizycznego i psychicznego (w sytuacji, gdy osoba ta jest osobą uprawnioną do wyrażenia zgody),
- czynność stanowiąca przedmiot zgody nie sprzeciwia się ustawie lub zasadom współżycia społecznego,
- zgoda musi zostać wyrażona przez pacjenta, który jest skutecznie poinformowany o okolicznościach faktycznych dotyczących zarówno swojego stanu zdrowia, jak i planowych procedur medycznych,
- zgoda musi dotyczyć określonej procedury medycznej,
- zgoda musi mieć charakter uprzedni,
- zgoda musi zostać wyrażona w przewidzianej prawej formie⁷⁸.

Czynność prawna jest to „skonstruowana przez system prawny czynność konwencjonalna podmiotu prawa cywilnego, której treść określa – co najmniej w podstawowym zakresie – konsekwencje prawne tego zdarzenia prawnego”⁷⁹. Jak wskazał bowiem ustawodawca w art. 56 Kodeksu cywilnego, „czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów”⁸⁰. Ustawodawca w art. 60 wprowadził zasadę swobody formy oświadczenia woli. Zgodnie z regułą ogólną „z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej (oświadczenie woli)”⁸¹. „Dopuszczalne jest zatem uzewnętrznienie woli przez podmiot prawa cywilnego w każdy dowolny sposób. Oświadczenie woli może zostać złożone za pomocą znaków językowych, w szczególności ustnie lub pisemnie, jak i znaków pozajęzykowych, np. poprzez podanie

⁷⁸ K. Baron, *Zgoda pacjenta*, Prokuratura i Prawo, nr 9, Warszawa 2010, s. 45

⁷⁹ Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne – część ogólna*, C.H. Beck, wyd. 14, Warszawa 2017, s. 226

⁸⁰ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 z późn. zm.)

⁸¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny ... op. cit.

dłoni przez strony umowy na znak osiągnięcia konsensusu, ujawniających wolę tak, że staje się dostatecznie zrozumiała dla odbiorcy”.⁸²

Zagadnienie kwalifikowalności zgody pacjenta jako oświadczenia woli przeanalizowali D. Karkowska i B. Kmieciak w komentarzu do art. 15 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jak wskazują już we wprowadzeniu, w doktrynie prawa istnieją niejednoznaczne stanowiska co do natury prawnej zgody pacjenta. Według przywołanej przez autorów M. Świdorskiej, zgoda pacjenta nie jest typowym przykładem czynności prawnej, gdyż nie zmierza do wywołania określonych skutków prawnych. Stanowi za to wyraz prawa do dysponowania swoim ciałem. Stanowi ona autonomiczne, jednostronne oświadczenie woli o charakterze upoważniającym i odwoływalnym.⁸³ Autorzy komentarza przedstawiają postanowienie Sądu Najwyższego, który, poddając ocenie istotę prawną zgody pacjenta, wskazał, iż: „Wydaje się, że można bronić poglądu kwalifikującego zgodę pacjenta jako oświadczenia woli, bowiem jej wyrażenie jest zdarzeniem, które zmierza do wywołania skutku prawnego w postaci uchylecia bezprawności działania lekarza dokonującego zabiegów, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy”⁸⁴. Co istotne, prezentują również wyrok z dnia 11 kwietnia 2006 r., w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Przyjęcie, że zgoda pacjenta na zabieg operacyjny jest przejawem woli podobnym do oświadczenia woli, oznacza, że do tego przejawu woli znajdują odpowiednie zastosowanie przepisy dotyczące oświadczeń woli oraz czynności prawnych. W szczególności w grę wchodzi przepisy regulujące skutki złożenia wadliwego oświadczenia woli (art. 82 i n. k.c.) oraz normujące formę czynności prawnych (art. 73 i n. k.c.)”⁸⁵

Polskie prawo nie zawiera regulacji dotyczących oświadczeń woli pro futuro, czyli składanych zanim powstała konieczność dokonania zabiegu medycznego. Złożenie takiego oświadczenia nie jest zakazane, ale brak jest norm nakazujących lekarzowi respektowanie takiego oświadczenia⁸⁶. Jak wskazuje aktualna teza postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. (III CK 155/05) „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania

⁸² M. Maciejewska-Szałas [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2022, komentarz do art. 60

⁸³ D. Karkowska, B. Kmieciak [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta ...*, op. cit., komentarz do art. 16 [za:] M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 29–30

⁸⁴ Postanowienie SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05 ..., op. cit.

⁸⁵ Wyrok SN z 11.04.2006 r., I CSK 191/05, OSNC 2007, nr 1, poz. 18

⁸⁶ B. Kmieciak [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, komentarz do art. 17 i art. 18

lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza - jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny - wiążące.”⁸⁷ Zagadnienie to dotyczy jednak sprzeciwu wobec wykonania interwencji medycznej, w szczególności w przypadku oświadczeń składanych przez członków Strażnicy – Towarzystwa Biblijnego i Traktatowego, reprezentującego Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy, a nie zgody na jej wykonanie, jak w przypadku omawianych w niniejszej pracy planowych zabiegów operacyjnych.

2.3.1 Podmiot zgody

Analizę norm dotyczących zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych należy zacząć od uprawnienia do wyrażenia zgody lub sprzeciwu. Normy te kształtują głównie przepisy ZawLekU oraz PrPacjRPPU. Polski ustawodawca zdecydował się na dokonanie podziału na dwa kluczowe rodzaje świadczeń medycznych:

- badanie lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych (które nie niosą za sobą zwiększonego ryzyka dla pacjenta),
- zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (dalej również jako „leczenie stwarzające podwyższone ryzyko)

Ustawodawca w przepisach art. 32-34 ZawLek oraz art. 17-19 PrPacjRPPU określających największą część świadczeń zdrowotnych, przewidział w zasadzie trzy rodzaje zgód:

- 1) wyłączna:
 - na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych udzielona przez pacjenta pełnoletniego (art. 32 ust. 1 ZawLekU oraz art. 17 ust. 1 PrPacjRPPU),
 - na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu zgody pisemnej (art. 34 ust.1 ZawLekU);
- 2) równoległa – udzielona przez:
 - przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (jeśli świadczeniem jest badanie) i pacjenta, który ukończył 16 lat (art. 32 ust. 5 ZawLekU),

⁸⁷ Postanowienie SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05 ..., op. cit.

- przedstawiciela ustawowego i pacjenta, który ukończył 16 lat – w zakresie leczenia stwarzającego podwyższone ryzyko (art. 34 ust. 4 ZawLekU),
 - przedstawiciela ustawowego i pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego, jeśli ten, jest w stanie rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania (art. 32 ust. 4 ZawLekU);
- 3) zastępcza – udzielona przez:
- opiekuna faktycznego:
 - w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania pacjenta małoletniego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody (art. 32 ust. 3 ZawLekU),
 - w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody w sytuacji braku przedstawiciela ustawowego (art. 17 ust. 2 PrPacjRPPU);
 - przedstawiciela ustawowego – w sytuacji, gdy:
 - pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (art. 32 ust. 2 ZawLekU oraz art. 17 ust. 2 PrPacjRPPU),
 - pacjent jest całkowicie ubezwłasnowolniony (art. 17 ust. 2 PrPacjRPPU),
 - pacjent jest całkowicie ubezwłasnowolniony i nie jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinii w sprawie badania (art. 32 ust. 3 ZawLekU),
 - w zakresie leczenia stwarzającego podwyższone ryzyko - pacjent jest małoletni, ubezwłasnowolniony bądź niezdolny do świadomego wyrażenia pisemnej zgody – (art. 34 ust. 3 ZawLekU);
 - sąd opiekuńczy – w sytuacji, gdy:
 - pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe (art. 32 ust. 2 ZawLekU),
 - pacjent jest małoletni, ubezwłasnowolniony bądź niezdolny do świadomego wyrażenia pisemnej zgody a nie ma przedstawiciela ustawowego lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – w zakresie leczenia stwarzającego podwyższone ryzyko (art. 34 ust. 3 ZawLekU),

- pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody (art. 32 ust. 6 ZawLekU oraz art. 17 ust. 3 PrPacjRPPU),
 - przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się leczenie stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, a jest ono niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 34 ust. 6 ZawLekU);
- lekarza:
- do przeprowadzenia badania, w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody i nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego lub porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe (art. 32 ust. 8 ZawLekU),
 - do przeprowadzenia badania lub udzielenia pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego, jeśli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 33 ust. 1 ZawLekU) z zastrzeżeniem, że decyzję o podjęciu czynności medycznych w takich okolicznościach, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem (art. 33 ust. 2 ZawLekU),
 - na przeprowadzenie badań oraz do leczenia stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta, bez zgody pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności (art. 34 ust. 7 oraz art. 34 ust. 7 w związku z art. 32 ust. 9 ZawLekU).

W praktyce szpitalnej, co obserwował autor niniejszej pracy, problemem jest wyrażanie zgody na zabiegi operacyjne i inne procedury medyczne o podwyższonym ryzyku u osoby małoletnich, w sytuacji, gdy rodzice małoletniego przebywają za granicą. Wątpliwości co do możliwości udzielenia pełnomocnictwa opiekunowi faktycznemu do wykonywania czynności w jego imieniu rozwiązał Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 13 maja 2015 r., w którym w odniesieniu do tezy: „Niedopuszczalność udzielenia przez rodzica pełnomocnictwa ogólnego do wykonywania wszystkich czynności z zakresu władzy rodzicielskiej (w tym blankietowej zgody na wykonywanie zabiegów medycznych) nie budzi wątpliwości. Rodzice dziecka sprawują władzę rodzicielską osobiście na zasadzie wyłączności w zakresie pieczy nad osobą dziecka, zarządu jego majątkiem i reprezentacji (art. 95 § 1, 96 i 98 § 1 k.r.o.), chociaż nie jest wyłączona możliwość posługiwania się przy jej wykonywaniu innymi osobami, jeżeli takie rozwiązanie służy dobru dziecka, a rodzice nie rezygnują z ingerencji w podstawowych sprawach dotyczących jego osoby.” wskazał, że „Przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka może udzielić pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody przewidzianej w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (jedn. tekst: Dz.U. z 2015 r., poz. 464).”⁸⁸

Analizowane przepisy art. 32-34 ZawLek oraz art. 17-19 PrPacjRPP wskazują na grupy pacjentów:

- małoletnich,
- małoletnich, powyżej 16 roku życia,
- pełnoletnich,
- ubezwłasnowolnionych,
- chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo,
- niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.

Jak wskazuje D. Karkowska⁸⁹, polskie ustawodawstwo odnoszące się do tematu ochrony zdrowia w znacznej większości wypadków nie wypowiada się w sposób bezpośredni o osobach w grupie wiekowej do 13 roku życia poza wyjątkiem, który można spotkać w ustawie o planowaniu rodziny i dotyczy on zagadnienia przerwania ciąży, bowiem jak wskazano w art. 4a ust. 4 „(...) W przypadku małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. W przypadku małoletniej poniżej

⁸⁸ Uchwała SN z 13.05.2015 r., III CZP 19/15, OSNC 2016, nr 5, poz. 59

⁸⁹ D. Karkowska, B. Kmiecik [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta ...*, op. cit., komentarz do art. 17 i art. 18

13 roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerwania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego”⁹⁰.

W kolejnej grupie wiekowej, tj. od 13 roku życia ustawodawca wypowiedział się w odniesieniu do:

- zabiegów przerwania ciąży – wskazywany już powyżej art. 4a ust. 4 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1575),
- eksperymentów medycznych – art. 25 ust. 3ZawLekU,
- transplantacji – art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2134 z późn. zm.),

Warte omówienia wobec celu niniejszej pracy jest zagadnienie problematyki wieku pacjentów korzystających z usług medycznych w zakresie chirurgii plastycznej. Pozornie marginalizowany problem ma odmienny obraz w danych statystycznych prezentowanych przez American Society of Plastic Surgery. W 2020 roku, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, wykonano prawie 88 tys. procedur chirurgicznych estetycznych oraz prawie 230 tys. procedur estetycznych małoinwazyjnych wśród osób w wieku 13-19 lat. Osoby w wieku 13-19 lat korzystały najczęściej z procedur chirurgicznych:

- zmiana kształtu nosa (rhinoplastyka) – 45 tys. procedur chirurgii estetyczne rocznie,
- chirurgia uszu (otoplastyka) – 17 tys. procedur chirurgii estetycznej rocznie,
- korekcja powiek (blepharoplastyka) - 5 tys. procedur chirurgii estetycznej rocznie,
- powiększanie piersi (plastyka piersi) – 3 tys. procedur chirurgii estetycznej rocznie,

⁹⁰ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1575)

- implant policzkowy (powiększanie szczęki) – 3 tys. procedur chirurgii estetycznej rocznie.⁹¹

Należy również zwrócić uwagę, że dane te pochodzą z roku, w którym na świecie wybuchła pandemia COVID-19. Pełne dane przedstawiono w tabeli 2 poniżej.

Tabela 2 – Rozkład procedur chirurgicznych estetycznych wśród pacjentów w wieku 13-19 lat w roku 2020 w Stanach Zjednoczonych

Zabiegi chirurgiczne estetyczne	Wiek 13-19, 2020 rok
Zmiana kształtu nosa (rhinoplastyka)	44 686
Chirurgia uszu (otoplastyka)	17 340
Korekcja powiek (blepharoplastyka)	5 301
Powiększanie piersi (plastyka piersi)*	3 233
Implant policzkowy (powiększenie szczęki)	3 003
Redukcja piersi u mężczyzn (ginekomastia)*	2 823
Powiększanie podbródka (mentoplastyka)	2 517
Liposukcja	2 346
Dermabrazja	2 152
Redukcja piersi (tylko pacjentki estetyczne)*	1 843
Podniesienie piersi (mastopeksja)*	1 006
Labioplastyka*	879
Powiększanie ust (inne niż materiały do iniekcji)	331
Plastyka brzucha (abdominoplastyka)*	166
Lifting czoła	74
Usunięcie implantu piersi (tylko pacjentki z augmentacją)*	64
Lifting szyi	46
Podnoszenie ud*	46
Lifting dolnej części ciała*	43
Unoszenie ramion*	25
Lifting pośladków*	12
Łącznie	87 966

*liczba zabiegów wykonanych wyłącznie przez chirurgów będących członkami ASPS. ASPS obejmuje ponad 93% wszystkich chirurgów plastycznych w Stanach Zjednoczonych

źródło: American Society of Plastic Surgeons, *Plastic Surgery (...) op. cit.*

Jak widać z opracowania przedstawionego powyżej, zagadnienie wieku pacjentów korzystających z chirurgii plastycznej w odniesieniu do podmiotów uprawnionych do udzielania świadomej zgody na leczenie o podwyższonym ryzyku na

⁹¹ American Society of Plastic Surgeons, *Plastic Surgery Statistics Report 2020*, <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics> [dostęp dnia: 13 lutego 2022 r.]

gruncie polskich przepisów jest warte poświęcenia dodatkowej uwagi. Podmiotom uprawnionym do wyrażenia zgody na czynności kosmetyczne (estetyczne) uwagę poświęcili M. Boratyńska i R. Kubiak wskazując, że tematyki zgody zastępczej nie można generalizować i wymaga ona dogłębniejszej analizy w kontekście opiekunów faktycznych, przedstawicieli ustawowych i opiekunów prawnych. Wyłączają oni całkowicie uprawnienia opiekuna faktycznego twierdząc, że przepisy art. 32. ust. 3 ZawLekU przyznają kompetencję opiekunom wyłącznie w przypadku potrzeby przeprowadzenia badania, a zatem konstrukcja ta nie ma zastosowania do czynności nieterapeutycznych. W obszarze uprawnień przedstawicieli ustawowych, autorzy odnoszą się do art. 95 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który obliguje rodziców do tego, by sprawowali władzę rodzicielską z poszanowaniem godności i praw dziecka oraz w taki sposób, jak tego wymagają dobro dziecka i interes społeczny i w odniesieniu do tego przyjmują, że „rodzice powinni powstrzymać się od wyrażenia zezwolenia na takie zabiegi, które mogą być szkodliwe dla małoletniego, a wręcz dla niego groźne, np. zbyt wczesne implantacje piersi u kilkuletnich dziewczynek, usuwanie żeber w celu sprofilowania sylwetki itd. Takie postępowanie rodziców może uzasadniać nie tylko ograniczenie albo wręcz pozbawienie władzy rodzicielskiej (art. 111 k.r.o.), lecz także odpowiedzialność karną (np. za narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 160 § 2 albo 3 k.k.). Ponadto zgoda na taki zabieg będzie nieskuteczna prawnie, a tym samym interwencja ta będzie nielegalna.”⁹² Powyższe poglądy autorów, w szczególności w zakresie zezwolenia rodziców na wykonanie szkodliwego dla pacjenta zabiegu operacyjnego, mogą być jednak, zdaniem autora niniejszej pracy, niezestawione z tym, że wykonanie szkodliwego zabiegu operacyjnego u pacjenta byłoby *de facto* sprzeczne z polskim prawem i etyką zawodu lekarza. M. Boratyńska i R. Kubiak jeszcze wężiej definiują uprawnienia opiekuna prawnego ze względu na to, że nie łączą go z podopiecznym więzi pokrewieństwa i wynikające stąd węzły uczuciowe. Przyjmują oni, że opiekun prawny może skutecznie wyrazić zgodę jedynie na zabieg czysto kosmetyczny małoinwazyjny i niepowodujący poważniejszych skutków dla wyglądu podopiecznego⁹³.

⁹² M. Boratyńska, R. Kubiak, *Podmioty uprawnione do wyrażenia zgody* [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, s. 798

⁹³ ibidem, s. 798

Równie istotne wydaje się, poruszane przez tych samych autorów, zagadnienie znaczenie stanu psychofizycznego osoby wyrażającej zgodę, w szczególności w kontekście zaburzeń psychicznych skutkujących wyłączeniem skuteczności ich aprobaty (np. cierpiące na dysmorfofobię). Według autorów monografii, w takim wypadku, np. w przypadku osoby wielokrotnie zgłaszającej się na operację plastyczną, potrzebna będzie konsultacja psychiatryczna lub psychologiczna, ukierunkowana na ustalenie, czy zainteresowany jest władny udzielić prawnie relewantnej zgody⁹⁴. Abstrahując mało uzasadnione twierdzenia co do szkodliwości zabiegów operacyjnych u pacjentów małoletnich, w odniesieniu do potencjalnych konsekwencji na gruncie Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (art. 111 k.r.o.) oraz przytoczonych przez autorów przepisów art. 160 § 2 albo 3 k.k., wydaje się jednak, że projektowany standard organizacyjny powinien uwzględnić szczegółowe wskazanie podmiotów uprawnionych do wyrażenia zgody zastępczej oraz obowiązkową ocenę stanu psychicznego pacjenta pod kątem wystąpienia ewentualnych zaburzeń psychicznych istotnych dla chirurgii plastycznej, które mogą wpłynąć na fakt udzielenia prawnie relewantnej zgody.

2.3.2. Forma zgody

Ważnym aspektem wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest jej forma. Co do zasady, zgoda albo odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego mogą być, w zależności od sytuacji, wyrażone:

- ustnie lub przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się procedurze medycznej,
- pisemnie.

Zwykła forma (ustna lub dorozumiana) przewidziana jest do wszystkich świadczeń, które nie wymagają formy kwalifikowanej (pisemnej). Została ona określona w art. 32 ust. 7 ZawLekU w brzmieniu: „Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym” oraz w art. 17 ust. 4 PrPacjRPPU w brzmieniu: „Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom

⁹⁴ ibidem, s. 798

proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli”. Oznacza to, że zgodę można wyrazić ustnie albo w sposób dorozumiany (*per facta concludentia*). Zgoda dorozumiana może być przyjęta wtedy, gdy chodzi o świadczenia zdrowotne pozbawione ryzyka.

Z punktu widzenia przedmiotu niniejszej pracy, istotniejszą formą uzyskania zgody jest pisemna zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Taka forma jest wymagana przy:

- zabiegach operacyjnych,
- procedurach terapeutycznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta,
- procedurach diagnostycznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Powyższe rodzaje świadczeń wynikają zarówno z przepisów ZawLekU jak i PrPacjRPPU. Przepisy te odnajdziemy kolejno w art. 34 ust. 1 ZawLekU w brzmieniu: „Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody” oraz w art. 18 ust. 1 PrPacjRPPU w brzmieniu: „W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.”

Zgodnie z poglądem D. Karkowskiej, zaliczenie procedury medycznej do ustawowej kategorii procedur, dla których przewidziana została pisemna forma uzyskania zgody zależy od oceny konkretnego przypadku. Ocena ta może być związana z okolicznościami takimi jak np. stan zdrowia pacjenta, odporność organizmu, wiek, przebyte interwencje niosące za sobą dodatkowe ryzyko dla pacjenta⁹⁵.

Na temat ważności zgody wyrażonej przez pacjenta w innej formie niż przewidziana przepisami obu ustaw wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r.⁹⁶ wskazując, że (aktualna teza): „Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny (art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jedn. tekst: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) nie powoduje nieważności zgody. Skutki niezachowania wymaganej formy określa art. 74 k.c.”. W argumentacji prawnej Sąd Najwyższy wskazuje, że: „Przyjęcie, że zgoda pacjenta na zabieg operacyjny jest przejawem woli podobnym do oświadczenia woli oznacza, iż do tego przejawu woli znajdują

⁹⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, s. 436-437

⁹⁶ Wyrok SN z 11.04.2006 r., I CSK 191/05 ..., op. cit.

odpowiednie zastosowanie przepisy dotyczące oświadczeń woli oraz czynności prawnych. W szczególności w grę wchodzi przepisy regulujące skutki złożenia wadliwego oświadczenia woli (art. 82 i nast. k.c.) oraz normujące formę czynności prawnych (art. 73 i nast. k.c.). Wobec nieuregulowania w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty skutków prawnych niezachowania pisemnej formy zgody pacjenta na zabieg operacyjny oraz na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej zwiększone ryzyko dla pacjenta, należy sięgnąć do art. 74 § 1 k.c. Zgodnie z tym przepisem, zastrzeżenie formy pisemnej bez rygoru nieważności ma tylko ten skutek, że w razie niezachowania zastrzeżonej formy nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności, przy czym reguła ta nie ma zastosowania, gdy zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków prawnych. Wyjątki od tej reguły przewidziane zostały w art. 74 § 2 k.c.”, tj.: „Jednakże mimo niezachowania formy pisemnej, dokumentowej albo elektronicznej przewidzianej dla celów dowodowych dowód z zeznań świadków lub z przesłuchania stron jest dopuszczalny, jeżeli obie strony wyrażą na to zgodę, żąda tego konsument w sporze z przedsiębiorcą albo fakt dokonania czynności prawnej jest uprawdopodobniony za pomocą dokumentu”. Oznacza to, że niezachowanie formy pisemnej pociąga za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie, nie eliminując skutków prawnych samej zgody.

W zakresie niezachowania pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny, można znaleźć dwie interesujące glosy M. Nesterowicza. W pierwszej z nich, glosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r.⁹⁷ autor wskazuje, że podpis pacjenta w historii choroby składany w izbie przyjęć, w rubryce zakończonej stwierdzeniem „Zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny” nie odpowiada często rzeczywistej woli, zwłaszcza dlatego, że nie istnieje możliwość pełnego ustalenia rodzaju leczenia w chwili jego składania. Jak słusznie wskazuje autor glosy „formalna zgoda pacjenta, udzielona w chwili przyścia do szpitala, nie obejmuje z zasady późniejszych, poważnych zabiegów, wskutek czego lekarz działa poza jej zakresem, czyli działa bez zgody”. M. Nesterowicz przytacza również orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 1972 r. I CR 463/72, LexisNexis nr 4005876, w którym Sąd zajął stanowisko, że „brak sprzeciwu pacjenta lub też złożony przez niego

⁹⁷ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., – niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny* [w:] *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014

automatycznie podpis na dokumencie stwierdzającym historię choroby nie może być potraktowany jako zgoda na zabieg.”. W glosowanej sprawie powódka twierdziła, że „wyraziła jedynie zgodę na usunięcie macicy, tymczasem bez jej zgody rozszerzono zakres operacji i usunięto także przydatki. Oceny sądów były rozbieżne. Nie zachodził tu stan, gdy diagnozę lekarz mógł postawić dopiero w trakcie operacji. W procesie konieczny był więc dowód, że powódka została poinformowana o konieczności usunięcia przydatków i wyraziła na to zgodę.” Tak jak zostało to wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego, w procesie dotyczącym wyrażenia zgody na zabieg medyczny, ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji spoczywa na lekarzu. W takim przypadku, brak formy pisemnej nie powoduje nieważności zgody i bezprawności działania lekarza, ale z uwagi na cele dowodowe, zaleca się, aby zgoda pacjenta była wyrażona na piśmie. Lekarz musi przedstawić dowody, że pacjent był odpowiednio poinformowany i wyraził zgodę na zabieg. W tym konkretnym przypadku, skoro powódka była badana podczas dwóch wizyt lekarskich oraz informowana o zakresie zabiegu przed operacją, warto byłoby uzyskać od niej "poinformowaną" zgodę na piśmie, aby uniknąć wątpliwości i procesów sądowych. Co bardzo istotne dla celu niniejszej pracy, M. Nestorowicz wskazał, że stosowanie standardowych formularzy zgody („permission sheet”) z wyszczególnieniem różnych badań diagnostycznych i zabiegów operacyjnych, tak jak jest to realizowane w praktyce amerykańskiej oraz w niektórych innych krajach (Anglii, Niemczech, Kanadzie) powinno być realizowane również w Polsce, bowiem „wadliwie i nieprawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna pacjenta (naruszająca wymogi formalne, pełna luk, zawierająca zapisy lakoniczne i niepełne lub dokonane ex post po dłuższym czasie, niezgodna z dokumentacją zbiorczą itp.) utrudnia i przedłuża postępowanie dowodowe i pogarsza sytuację prawną lekarza w procesach sądowych”. Istotnym jest tutaj również wskazanie, że „nie zachodził tutaj stan, gdy diagnozę lekarz mógł postawić dopiero w trakcie operacji”. Jak wskazuje autor glosy, tego dotyczył wyrok Sądu Najwyższego dnia 29 grudnia 1969 r. (II CR 551/69, LexisNexis nr 296039, OSPiKA 1971, nr 6, poz. 118,) gdzie uznano odpowiedzialność lekarza (szpitala), który otrzymał zgodę pacjentki na operację guza na lewych przydatkach, usunął zaś prawe przydatki i macicę. Sąd Najwyższy orzekł: „Jeżeli lekarz operujący stwierdzi po otwarciu jamy brzusznej inny stan rzeczy, niż wynikał z badań klinicznych, może on w pewnych wypadkach przekroczyć zakres zgody na zabieg udzielony przez pacjenta. Może to jednak nastąpić tylko w wypadkach szczególnych, gdy nieprzeprowadzenie koniecznego

zabiegu groziłoby życiu pacjenta, albo gdy chodzi o nieznaczną, a niezbędną korekturę projektowanego zabiegu”.⁹⁸

Ad vocem do poglądu M. Nesterowicza dotyczącego dobrej praktyki m.in. amerykańskiej w zakresie usystematyzowanych formularzy świadomych zgód pacjenta, autor niniejszej pracy pragnie wskazać, że z jego wieloletniego doświadczenia w zakresie m.in. tworzenia właśnie takich formularzy wynika, że standard ten jest w praktyce realizowany również w polskich szpitalach. Formularze te niewątpliwie są różnej jakości, objętości, struktury etc., ale przygotowywane są systematycznie dla coraz większej liczby zabiegów operacyjnych.

Problematyka ciężaru dowodu istotna jest również w kwestii spełnienia obowiązku informacyjnego wobec pacjenta. Jak wskazuje M. Sadowska⁹⁹, dowód wykonania obowiązku informacyjnego spoczywa na osobie wykonującej zawód medyczny. Twierdzenie to wynika z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r.¹⁰⁰, w którym Sąd Najwyższy wskazuje, że (teza aktualna): „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 ze zm.), spoczywa na lekarzu”.

M. Sadowska, za wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16.11.2017 r. (IACa 588/17, LEX nr 2439569) określa, że dowodem mogą być odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej wraz z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne, w tym rysunki obrazujące np. technikę zabiegu oraz zeznania świadków, w tym personelu medycznego. Autorka podkreśla, że formularze świadomej zgody mogą być stosowane jako forma pomocnicza, na przykład w celu przygotowania pacjenta do rozmowy z lekarzem. Nie mogą być one jednak uznane za realizację obowiązku informacyjnego jako kluczowej przesłanki świadomego wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne.

Druga interesująca glosa M. Nesterowicza odnosi się właśnie do wyroku Sądu Najwyższego, na który powołuje się M. Sadowska. Już na wstępie, autor glosy przedstawia, że ciężar dowodu szczególne trudności sprawia „w procesach lekarskich”,

⁹⁸ Wyrok SN z 29.12.1969 r., II CR 551/69, OSPiKA 1970, nr 11, poz. 224

⁹⁹ M. Sadowska, *Zapobieganie błędom w praktyce*, Wolters Kluwer 2019, s. 113

¹⁰⁰ Wyrok SN z 17.12.2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131

co od lat podkreśla się w doktrynie polskiej i obcej¹⁰¹. M. Nestorowicz przedstawia pogląd wybitnego francuskiego specjalisty prawa medycznego R. Savatier, który pisał, abyśmy nie ulegali iluzji, bowiem przeszkoda dowodowa jest i będzie najczęściej nie do przekroczenia dla pacjenta¹⁰². Wskazuje jednocześnie, że w ostatnich latach, w orzecznictwie, a czasami w ustawodawstwie wielu państw uznaje się, że sztywne reguły dowodowe przyjęte w prawie cywilnym muszą być złagodzone w „procesach lekarskich” przez domniemania albo nawet przerzucenie ciężaru dowodu na lekarza. Autor glosy opisuje, że dochodzenie odpowiedzialności lekarzy i placówek medycznych za błąd w sztuce lekarskiej różni się w zależności od kraju. W Niemczech, jeśli pacjent poniesie szkodę, która jest typowym skutkiem błędu popełnionego przez lekarza, ciężar dowodu przesuwa się na lekarza. We Włoszech poszkodowany musi jedynie udowodnić niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania przez lekarza, a to lekarz musi udowodnić, że niewykonanie zobowiązania nie było jego winą. W Hiszpanii lekarze i personel medyczny ponoszą odpowiedzialność tylko w przypadku winy, ale dąży się do zmniejszenia ciężaru dowodu spoczywającego na pacjencie lub podzielenia go między lekarza i pacjenta. Również w Hiszpanii, Sąd Najwyższy w wyroku z 12 stycznia 2001 r. orzekł, że „ciężar dowodu informacji medycznych spoczywa na lekarzu. W głosowanej sprawie pacjentka poddała się operacji chirurgicznej szyi, podczas której przecięto nerw. O ryzyku tym nie wiedziała. Sąd Apelacyjny zasądził jej powództwo odszkodowawcze, a Sąd Najwyższy kasację pozwanego lekarza oddalił. Stwierdził, że pacjentka musi znać ryzyko operacji, aby podjąć decyzję, czy chce lub nie chce poddać się operacji. Odpowiednia informacja pozwoliłaby jej wybrać najlepsze rozwiązanie. M. Nesterowicz przytacza również interesujące w tym zakresie orzeczenia francuskie, które miały wpływ na nowelizację kodeksu zdrowia publicznego przez ustawę z 4 marca 2002 r. o prawach pacjenta i jakości systemu zdrowia (J.O. z 5 marca 2002 r.), który w art. L. 1111-2 ust. 7 przewiduje, że w razie sporu dowód udzielenia pacjentowi wymaganych informacji ciąży na lekarzu (zakładzie leczniczym). Dowód ten może być przeprowadzony wszelkimi środkami. Udowodnienie przez pacjenta, że nie został należycie poinformowany o ryzyku i skutkach zabiegu zostało uznane za trudne, a często niemożliwe i spotkało się z krytyką doktryny. Na skutek tego francuski Sąd Kasacyjny w wyroku z 25 lutego 1997 r. (Bull.

¹⁰¹ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., – ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi informacji* [w:] *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014

¹⁰² M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r. ...*, op. cit. [za:] R. Savatier, *La responsabilité médicale*, Paris 1948, s. 50

Civ. 1, nr 75) zmienił ustaloną linię orzecznictwa. „Uznał, że ten, na kim z mocy prawa lub umowy ciąży obowiązek udzielenia informacji (w danej sprawie chirurg), powinien udowodnić, że obowiązek ten spełnił. Oznacza to przerzucenie ciężaru dowodu z pacjenta na lekarza. Stanowisko to zostało podtrzymane w kolejnych orzeczeniach z 1997 i 1998 r.”¹⁰³ Ostatecznie przechodząc do sedna glosowanej sprawy, autor glosy wskazuje, że sąd pierwszej instancji przyjął odpowiedzialność szpitala wobec powoda za ujemne następstwa dwóch zabiegów okołoperacyjnych. W uwagi na oddaloną apelację pozwanego, wniósł on kasację, w której zarzucił m.in. naruszenie art. 6 kodeksu cywilnego wskutek błędnego przyjęcia, że w przedmiocie wykazania, że lekarze udzielili powodowi przystępnej informacji o zabiegu operacyjnym, ciężar dowodu spoczywa na powodzie a nie na pozwanym. Sąd Najwyższy, oddalając kasację, postawił tezę wpisującą się w przedstawioną przez autora glosy linię orzecznictwa i ustawodawstwa zagranicznego zapewniając pełniejszą ochronę poszkodowanemu pacjentowi. Autor glosy podzielił stanowisko Sądu Najwyższego, że „że zgoda pacjenta jest oświadczeniem woli, które zmierza do wywołania skutku prawnego w postaci uchylecia bezprawności działania lekarza. Skoro ustalono, że zgoda była wadliwa, gdyż nie była „objaśniona”, to była nieważna. Podstawą, oprócz obowiązku wynikającego z art. 31 ust. 1 i art. 34 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, może być art. 82 k.c., gdyż pacjent złożył swoje oświadczenie woli przy braku świadomości. Nie było więc potrzeby sięgania do przepisów o błędzie (art. 84 i 88 k.c.)”

Autor niniejszej pracy postanowił przeanalizować również poglądy dotyczące formy uzyskiwania zgody na procedury medyczne nieterapeutyczne. Według M. Boratyńskiej i R. Kubiaka, ustawodawca nie unormował w ogóle problematyki zgody na „zabiegi czysto kosmetyczne”. W opinii autorów monografii, warunki co do formy takiej zgody można dekodować na zasadzie analogii na podstawie przepisów art. 34 ust. 1 *ZawLekU* i art. 18 ust. 1 *PrPacjRPPU*, poza zabiegami o podwyższonym ryzyku dla pacjenta, „gdyż takie w przypadku czynności estetycznych w ogóle nie są dozwolone. Pozostają więc jedynie operacje i inne czynności chirurgiczne (np. plastyka brzucha, implantacja, liposukcja). W takim przypadku należy opowiedzieć się za formą pisemną zgody”.¹⁰⁴ Już początku niniejszej pracy stwierdzono, że w literaturze prawniczej

¹⁰³ *ibidem*

¹⁰⁴ M. Boratyńska, R. Kubiak, *Forma zgody [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, s. 808

w Polsce, ale nie tylko prawniczej, istnieje poważny problem z poprawnym posługiwaniem się pojęciami związanymi z chirurgią plastyczną. Jak widać w powyższym przykładzie, nie istnieje jakakolwiek możliwość przypisania twierdzeń autorów do rzeczywistych procedur chirurgii plastycznej, bowiem autorzy monografii wskazują, że zabiegi czysto kosmetyczne o podwyższonym ryzyku dla pacjenta są w Polsce niedozwolone, jednocześnie wskazują, że zgoda na czynności chirurgiczne takie jak liposukcja czy implantacja powinna przybrać formę zgody pisemnej, ale dokonują tego na zasadzie wykładni prawa. Należy tutaj wskazać, że wobec braku zdefiniowania czym dla autorów są „zabiegi czysto estetyczne”, nie istnieje możliwość odniesienia się do stwierdzenia o ich braku legalności. Zakładając jednak, że autorzy przywołując przepisy art. 34 ust. 1 ZawLekU i art. 18 ust. 1 PrPacjRPPU analizowali postępowanie lekarskie, ciężko zgodzić się z takim stwierdzeniem autorów, co już zostało wykazane w pierwszym rozdziale niniejszej pracy. Zakładając również, że autorzy pisząc o liposukcji i implantacji jako zabiegach legalnych (w kontrze do poprzedniego zdania o nielegalności zabiegów „czysto estetycznych”) mieli na myśli chirurgię plastyczną rekonstrukcyjną, czyli natury terapeutycznej, ciężko zrozumieć, dlaczego według autorów nie mają tutaj zastosowania przywoływane przepisy wprost, a dokonywana jest wykładnia na zasadzie analogii¹⁰⁵.

Zważając na ustalenia dokonane w tej części pracy, jej autor uważa, że zgoda na zabiegi operacyjne z chirurgii plastycznej, które obarczone są, co zostanie wykazane w późniejszej części pracy, większym ryzykiem pozwu, w szczególności w zakresie udowodnienia realizacji właściwego obowiązku informacyjnego, powinna być odbierana w zestawieniu z pisemnymi materiałami przedstawionymi pacjentowi, zgodnie z ich ustandaryzowaną przez przepisy formą. Jeden z najistotniejszych warunków dotyczących skuteczności wyrażonej przez pacjenta zgody na procedurę medyczną o podwyższonym ryzyku, tj. warunek pacjenta poinformowanego, został opisany przez autora niniejszej pracy w trzecim rozdziale. Świadomości pacjenta postanowiono poświęcić większą uwagę, bowiem znaczenie świadomości pacjenta w chirurgii plastycznej jest kluczowym elementem dowodzenia tezy niniejszej pracy.

¹⁰⁵ ibidem, s. 808

* * *

W rozdziale omówiono pojęcie paternalizmu medycznego i jego wpływ na system opieki zdrowotnej i autonomię pacjenta. Historycznie relacja między lekarzem a pacjentem opierała się na całkowitym podporządkowaniu się lekarzowi, nie informowaniu pacjenta o jego stanie zdrowia i nie pytaniu o zgodę na leczenie. Zmiana w kierunku poszanowania autonomii i samostanowienia pacjenta rozpoczęła się w XVIII wieku pod wpływem filozofów i encyklopedystów oraz nowych idei politycznych i społecznych XIX wieku. Omówione w rozdziale badanie przeprowadzone wśród chińskich lekarzy wykazało niespójności w ich poglądach i praktykach dotyczących opieki skoncentrowanej na pacjencie, przy czym ponad jedna czwarta lekarzy podejmuje decyzje medyczne bez uwzględnienia preferencji pacjenta. Opisano przypadek paternalizmu medycznego w prawie karnym, w którym lekarz został skazany za napaść z użyciem przemocy za zlecenie transfuzji krwi pacjentowi, który odmówił jej z powodów religijnych. Kwestia paternalizmu medycznego i autonomii pacjenta jest złożoną i trwającą debatą. Podczas gdy niektórzy opowiadają się za znaczeniem wiedzy medycznej, inni opowiadają się za prawem pacjentów do podejmowania decyzji dotyczących ich własnego zdrowia. Ostatecznie celem powinno być znalezienie równowagi między tymi dwoma aspektami, z poszanowaniem wiedzy fachowej personelu medycznego, a jednocześnie zapewnieniem pacjentom prawa do podejmowania decyzji dotyczących ich własnego zdrowia.

Konstrukcje prawne dotyczące oświadczenia woli pacjenta, wzmacniające jego autonomię w podejmowaniu decyzji w oparciu o pełną informację o stanie zdrowia stają się pewnym standardem ograniczającym model paternalizmu medycznego we wszystkich nowych aktach prawnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Polsce. W polskim prawie mamy do czynienia z dualizmem regulacji ogólnych dotyczących wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, przy czym kwestia zgody w chirurgii plastycznej w Polsce w odróżnieniu od zgody pacjenta uregulowanej w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego, nie jest szczegółowo uregulowana w przepisach. Normy prawne w zakresie uzyskiwania zgody pacjenta określają trzy rodzaje zgód: wyłączną, równoległą i zastępczą. Prawne podejście do pacjentów małoletnich korzystających z usług medycznych z zakresu chirurgii plastycznej może być znaczące, bowiem jak zaprezentowano, statystyki Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej wskazują, że w 2020 roku w Stanach Zjednoczonych wykonano

88 000 zabiegów chirurgii estetycznej i 230 000 małoinwazyjnych zabiegów estetycznych wśród osób w wieku 13-19 lat, a najczęstszymi zabiegami w tej grupie wiekowej były plastyka nosa, otoplastyka, plastyka powiek, powiększenie piersi i powiększenie szczęki.

Ważnym aspektem skuteczności zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest jej forma. Zasadniczo zgoda lub odmowa wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego może być wyrażona ustnie, poprzez zachowanie jednoznacznie wskazujące na wolę pacjenta lub na piśmie. Zwykła forma zgody (ustna lub dorozumiana) jest wystarczająca dla świadczeń zdrowotnych, które nie stwarzają istotnego ryzyka dla pacjenta, jednak pisemna zgoda jest wymagana w przypadku zabiegów chirurgicznych, zabiegów terapeutycznych obarczonych zwiększonym ryzykiem dla pacjenta oraz zabiegów diagnostycznych obarczonych zwiększonym ryzykiem dla pacjenta. Nieodchowanie pisemnej zgody pacjenta na operację nie powoduje nieważności tej zgody, ale pociąga za sobą ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie. Na podstawie analizy literatury przedmiotu dokonanej w niniejszym rozdziale wydaje się, że projektowany standard organizacyjny uzyskiwania skutecznej zgody w chirurgii plastycznej powinien uwzględnić:

- wobec spoczywającego na lekarzu ciężaru dowodu spełnienia obowiązku informacyjnego, obowiązkową, pisemną zgodę zebraną w zestawieniu z dokumentami informacyjnymi na temat proponowanego zabiegu operacyjnego (przy czym sposób realizacji udokumentowanej formy obowiązku informacyjnego zostanie przedstawiony w kolejnym rozdziale niniejszej pracy),
- specyficzne regulacje dotyczące podmiotów uprawnionych do wyrażenia zgody zastępczej i jej zakresu, w szczególności w zakresie pacjentów małoletnich,
- potencjalne wzmocnienie udokumentowania braku znaczenia wieku w kontekście skutków zdrowotnych po zabiegu operacyjnym nieterapeutycznym wykonanym u pacjenta małoletniego,
- obowiązkową zgodę wszystkich przedstawicieli ustawowych pacjenta małoletniego oraz postępowanie z pełnomocnictwem przedstawiciela ustawowego udzielonym opiekunowi faktycznemu w zakresie zabiegów nieterapeutycznych,
- obowiązkową, udokumentowaną ocenę stanu psychicznego pacjenta w zakresie potencjalnych zaburzeń psychicznych istotnych w chirurgii plastycznej mogących wpłynąć na fakt udzielenia prawnie relewantnej zgody.

Omówienie podmiotu, przedmiotu oraz warunków skuteczności zgody na procedury medyczne o podwyższonym ryzyku pozwoliło autorowi przejść do najważniejszego elementu niniejszej pracy, tj. świadomości pacjenta. Autor w kolejnym rozdziale postanowił omówić aspekty prawne procedury kształtowania tejże świadomości przed zabiegiem operacyjnym, specyfiki obowiązku informacyjnego w chirurgii plastycznej na tle dorobku orzeczniczego oraz znaczenia świadomości pacjenta w chirurgii plastycznej w sporach sądowych na tle doniesień naukowych.

ROZDZIAŁ III – ŚWIADOMA ZGODA W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

3.1 OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

W polskiej doktrynie od dawna zwraca się uwagę, że skutkiem niewykonania lub nieprawidłowego wykonania obowiązku poinformowania pacjenta o jego stanie zdrowia lub planowanej procedurze medycznej przed wyrażeniem przez niego zgody jest brak skuteczności tej zgody¹⁰⁶. Obowiązek przekazania pacjentowi informacji, które mają znaczenie do podjęcia świadomej decyzji o poddaniu się procedurze medycznej o podwyższonym ryzyku zapisany jest nie tylko w obu ustawach (ZawLekU i PrPacjRPPU), które zostaną dogłębniej omówione, ale również w art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej „Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o cele i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku”¹⁰⁷ oraz w art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej „1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. 2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. 3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.”¹⁰⁸ Zakres oraz sposób, w jaki informacja powinna zostać udzielona pacjentowi zostały określone w obu wskazanych powyżej ustawach. W pierwszej z nich, ZawLekU, ustawodawca ustanowił obowiązek informacyjny w art. 31, a w art. 34 ust. 2 wskazał, że „Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1 (tj. „Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody”) lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. Analogicznie w drugiej z nich, ustawodawca ustanowił obowiązek informacyjny w art. 9, a w art. 18 ust. 2 wskazał, że „Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 i 1a (tj. „ W przypadku zabiegu

¹⁰⁶ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit., komentarz do art. 16

¹⁰⁷ Konwencja o ochronie praw człowieka..., op. cit.

¹⁰⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej..., op. cit

operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3” oraz „W przypadku wyrażenia zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292 oraz z 2022 r. poz. 655, 830 i 974), lub przy użyciu podpisu osobistego, wymagana jest forma dokumentowa”) pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2”.

Należy zauważyć, że w sytuacji, gdy Pacjent złożył zgodę przed udzieleniem mu przystępnej informacji o skutkach zabiegu chirurgicznego, mamy do czynienia z nieskutecznością tak złożonej zgody. Wskazuje na to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 maja 2012 r. (aktualna teza)¹⁰⁹: „Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu chirurgicznego, złożona przed udzieleniem mu przystępnej informacji o skutkach tego zabiegu, nie stanowi zgody w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)”

Ustawodawca, w obu ustawach wskazał cztery rodzaje uprawnień informacyjnych:

- uprawnienia do bycia poinformowanym:
 - przynależne pacjentom pełnoletnim oraz małoletnim, którzy ukończyli 16 lat: „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.” (art. 31 ust. 1 i ust. 5 ZawLekU oraz art. 9 ust. 1 i ust. 2 PrPacjRPPU),
 - przynależne pacjentom małoletnim, którzy nie ukończyli 16 lat „Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu

¹⁰⁹ Wyrok SN z 16.05.2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885

diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.” (art. 31 ust. 7 ZawLekU. oraz art. 9 ust. 7 PrPacjRPPU);

- uprawnienia do informowania innych osób:
 - na podstawie zgody pacjenta „Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego” (art. 31 ust. 2 ZawLekU oraz art. 9 ust. 3 PrPacjRPPU),
 - bez potrzeby udzielenia zgody „jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 oraz z 2022 r. poz. 64 i 974).” (art. 31 ust. 6 ZawLekU);
- uprawnienia do zrzeczenia się prawa pacjenta do bycia poinformowanym „Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.” (art. 31 ust. 3 ZawLekU oraz art. 9 ust. 5 PrPacjRPPU) z zastrzeżeniem komentarza w dalszej części pracy;
- uprawnienia do niepoinformowania pacjenta dla jego dobra, o ile Pacjent tego nie żąda „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.” (art. 31 ust. 4 ZawLekU).

Autor niniejszej pracy przypisał przepisy obu ustaw do powyższych grup uprawnień, przy czym należy wskazać, że:

- PrPacjRPPU hipotezami obejmuje nie tylko lekarzy, ale wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny co jest wprost wyrażone w przepisach art. 9 PrPacjRPPU poza wyłącznym uprawnieniem lekarza do:
 - niepoinformowania pacjenta dla jego dobra (art. 31 ust. 4 ZawLek),
 - przekazywania informacji innym osobom w sytuacji, gdy pacjent tej zgody nie może wyrazić (art. 31 ust. 6 ZawLekU);
- przepisy PrPacjRPPU zostały skonstruowane jako prawo do bycia poinformowanym lub żądanie nieudzielania omawianych informacji, natomiast

przepisy ZawLekU zostały skonstruowane nie jako prawo pacjenta a jako obowiązek lekarza,

- przepisy PrPacjRPPU określiły dodatkowe prawo pacjenta do przedstawienia swojego zdania w zakresie przekazanych mu informacji „Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie” (art. 9 ust. 5 PrPacjRPPU).

Jak wskazuje L. Bosek za M. Świdorską, w doktrynie zwrócono uwagę, że pacjent nie może zrzec się prawa do informacji, w trzech przypadkach o odmiennym uzasadnieniu aksjologicznym:

- kiedy istnieje ryzyko zakażenia innych osób (z uwagi na ochronę osób trzecich),
- kiedy zabieg spowoduje nieodwracalny skutek np. amputacja (ochrona pacjenta przed konsekwencjami zabiegu, na temat którego nie miał pełnych informacji),
- kiedy zabieg ma charakter nielecniczy (z uwagi na fakt, że nie ma on na celu ochrony zdrowia i życia).¹¹⁰

Zgadzając się z powyższym, należy zwrócić uwagę, że projektowany standard organizacyjny powinien uwzględnić wyłączenie prawa do zrzeczenia się informacji w przypadku zabiegów nieterapeutycznych wykonywanych w ramach chirurgii plastycznej.

Zarówno przepisy art. 31 ust 1 i ust. 5 ZawLekU jak i art. 9 ust. 2 PrPacjRPPU wskazują, że informacja o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu musi być „przystępna”. Jak słusznie wskazuje za M. Świdorską L. Bosek w komentarzu do art. 16 „wymóg dostosowania sposobu przekazywania informacji do konkretnego pacjenta wyklucza tworzenie ogólnego wzoru „przeciętnego” pacjenta i dostosowywanie sposobu przekazywania informacji do takiego pacjenta”¹¹¹ M. Sadowska w monografii „Zapobieganie błędom medycznym w praktyce”¹¹², przedstawia pogląd, że w celu uzyskania świadomości zgody konieczne jest przekazywanie pacjentowi informacji

¹¹⁰ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit., komentarz do art. 16 [za:] M. Świdorska, *Zgoda pacjent na zabieg*, s. 106

¹¹¹ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit., komentarz do art. 16 [za:] M. Świdorska, *Zgoda pacjent na zabieg*, s. 106

¹¹² M. Sadowska, *Zapobieganie ...* op. cit, s. 116

w sposób przystępny i zrozumiały, unikając hermetycznego języka zawodowego opierającego się na fachowych terminach. Według autorki monografii, wypełnienie obowiązku informacyjnego ma miejsce wtedy, gdy pacjent zrozumie treść komunikatu, a nie tylko go usłyszy. Dlatego też informacje powinny być przekazane pacjentowi odpowiednio wcześniej, a sam obowiązek informacji może być realizowany podczas nawet kilku spotkań z pacjentem, jeśli tylko wymagają tego okoliczności.

Na świadomość wyrażonej przez pacjenta zgody zwracają uwagę również standardy akredytacyjne Programu Akredytacji Szpitali w grupie standardów „Prawa pacjenta”¹¹³. W standardzie nr PP 5 standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali przedstawiono zakres informacji wymaganych do przedstawienia pacjentowi przed wyrażeniem zgody na świadczenie zdrowotne: „Podstawą świadomego wyrażenia zgody jest uzyskanie zrozumiałej informacji. Informacja powinna dotyczyć: a) proponowanego sposobu leczenia, b) oczekiwanych korzyści, c) ryzyka, d) skutków odległych, e) oraz ewentualnych innych sposobów postępowania. Pacjent powinien być również poinformowany o skutkach odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia czy diagnostyki. Z wyjątkiem sytuacji szczególnych (np. pacjent nieprzytomny), wyrażenie świadomej zgody warunkuje wykonanie określonego zabiegu lub procedury. Na formularzu zgody wymagany jest podpis pacjenta, jak również podpis lekarza, który udziela informacji. Zaleca się opracowanie pisemnej informacji dla pacjenta na temat wykonywanych zabiegów i procedur. Odmowę lub brak możliwości uzyskania świadomej zgody należy odnotować w historii choroby”¹¹⁴.

Zgadając się z poglądami L. Bosek, M Świdorskiej i M. Sadowskiej, a także odnosząc się do standardu akredytacyjnego PP 5, w projektowanym standardzie organizacyjnym należy uwzględnić:

- standard przystępności przekazywanych informacji z uwzględnieniem:
 - informacji pisemnych „formularzy świadomej zgody”, nagrań audiowizualnych, materiałów typu „przed i po” i innych narzędzi zwiększających przystępność informacji,

¹¹³ R. Staszewski, S. Cofta, A. Ruszczak, *Dokumentacja medyczna w świetle akredytacji szpitali* [w:] M. Śliwka, M. Urbaniak (red.), *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, Wolters Kluwer Polska 2018, s. 52

¹¹⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2010 Nr 2, poz. 24)

- tzw. „prostego języka” zarówno w kontekście terminologii medycznej jak i prawniczej,
 - dostępności języka, którym posługuje się pacjent, w szczególności przy znaczącej turystyce medycznej w chirurgii plastycznej,
- standard zakresu czasowego, w którym informacje powinny zostać przedstawione pacjentowi do swobodnego zapoznania się przed podjęciem świadomej decyzji.

Powyższe standardy, autor postanowił uzupełnić o przegląd dorobku orzeczniczego w zakresie świadomości pacjenta w chirurgii plastycznej, co też przedstawił w następnej części tejże pracy.

3.2 ŚWIADOMOŚĆ PACJENTA W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

Jak już wskazywano powyżej, warunkiem skuteczności udzielonej zgody, a zatem legalności samej procedury medycznej jest to, żeby zgoda była „świadoma” czy też „poinformowana”.

Zważając na przedstawiony w przepisach prawa oraz wskazanych powyższej zaleceniach zakres obowiązku informacyjnego, zasadnym, na potrzeby realizacji celu niniejszej pracy, wydaje się dokładniejsze opisanie dwóch elementów tego zakresu:

- 1) proponowana i możliwe metody diagnostyczne lub lecznicze,
- 2) następstwa i możliwe następstwa zastosowania proponowanej metody diagnostycznej lub leczniczej.

Zaczynając od proponowanych i możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, według D. Hajdukiewicz i R. Tymińskiego, termin "możliwe" w odniesieniu do proponowanych lub alternatywnych metod jest nieostre i może odnosić się do różnych kategorii, takich jak:

- dostępność metod diagnostycznych lub leczniczych w danym problemie medycznym lub specyficznie u konkretnego pacjenta oraz w zakresie możliwości podmiotu leczniczego, w którym znajduje się pacjent czy możliwości medycznych w ogóle,
- odpowiedzialność finansowa Pacjenta za określone metody lecznicze lub terapeutyczne (refundacja procedury),

- „reputacja” metod diagnostycznych lub leczniczych, czyli określona skuteczność,
- dostępność eksperymentalnych metod diagnostycznych lub leczniczych.

R. Tymiński podkreśla, że kierując się zasadami wykładni prawa, z uwagi na zasadę legalizmu, należy przyjąć, że możliwości diagnostyczno-lecznicze, ze szczególnym naciskiem na „możliwości” należy określić w stosunku do danego pacjenta, leczonego w danym ośrodku. Jednocześnie, wskazuje on, że *eo ipso* istnieją co najmniej cztery warianty interpretacyjne tego przepisu:

- 1) „możliwości diagnostyczno-lecznicze u danego pacjenta, leczonego w danym ośrodku (czyli indywidualny pacjent – indywidualny ośrodek),
- 2) możliwości diagnostyczno-lecznicze u danego pacjenta, które w ogóle są możliwe (czyli indywidualny pacjent – wszystkie ośrodki medyczne),
- 3) możliwości diagnostyczno-lecznicze w danej chorobie (objawach) i w danym ośrodku (czyli określona choroba – indywidualny ośrodek),
- 4) możliwości diagnostyczno-lecznicze w danej chorobie (objawach), które w ogóle są możliwe (czyli określona choroba – wszystkie ośrodki medyczne)”¹¹⁵

Z punktu widzenia dobra pacjenta i wobec ogromnego zróżnicowania zasobów ludzkich i rzeczowych podmiotów leczniczych, lekarz powinien przedstawić Pacjentowi możliwości diagnostyczno-lecznicze u danego Pacjenta, ale które zgodnie z najlepszą, aktualną wiedzą lekarza są dostępne również poza ośrodkiem. Takie rozwiązania są zresztą praktykowane w szpitalach, w których obsługą prawno-jakościową zajmował się autor niniejszej pracy, w szczególności np. w zakresie wykorzystania robotów Da-Vinci, które nie były dostępne w konkretnym ośrodku, ale o których informacja znajdowała się na formularzach świadomych zgód dla pacjentów. Przykładowo, Pacjentka wyrażająca zgodę na zabieg operacyjny powiększenia piersi za pomocą implantów, powinna zostać poinformowana przez lekarza, że co prawda w jego klinice, jest to jedyna metoda powiększenia piersi, jednakże alternatywną metodą może być przeszczep własnej tkanki tłuszczowej z przykładową adnotacją „niewykonywany w tym ośrodku”. Co do możliwych i dostępnych metod diagnostycznych lub leczniczych w kontekście refundacji wypowiedział się Sąd Apelacyjny w wyroku z dnia 8 marca 2018 r. twierdząc, że nieudzielenie pacjentowi pełnej informacji o możliwych metodach leczenia, nawet jeżeli nie są one refundowane, stanowi czyn bezprawny oraz, że na podstawie art. 4 ust. 1

¹¹⁵ R. Tymiński, Obowiązek informacyjny lekarza wobec pacjenta – refleksje na tle wybranego dorobku orzeczniczego Izby Cywilnej Sądu Najwyższego, Przegląd Sądowy 5/2017, s. 52

ustawy 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta można domagać się zadośćuczynienia za samo nieudzielenie prawidłowej, pełnej informacji.¹¹⁶

Autor niniejszej pracy zwraca ponadto uwagę na to, że termin „metoda lecznicza” może być także rozumiany jako strategia leczenia, a nie tylko jako pojedyncza procedura medyczna o podwyższonym ryzyku. Według analizy językowej (według słownika języka polskiego PWN, „metoda” oznacza „świadomie stosowany sposób postępowania mający prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu”, z kolei słowo „leczyć” jest według słownika języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego tłumaczone jako „dążyć do przywrócenia zdrowia za pomocą leków, zabiegów itp.; usuwać lub łagodzić dolegliwości, zwalczać chorobę, zapobiegać chorobie; uzdrawiać, kurować”), metoda oznacza świadomie stosowany sposób postępowania mający prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu, a leczenie jest dążeniem do przywrócenia zdrowia za pomocą różnych środków. Sformułowanie „metodę leczniczą” można by rozumieć jako świadomie stosowany sposób postępowania mający prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu jakim jest przywrócenie do zdrowia. W kontekście przekazywania informacji pacjentowi, należy zwrócić uwagę na genezę instytucji zgody pacjenta. Głównym celem przedstawiania pacjentowi szeregu informacji o proponowanych procedurach medycznych jest umożliwienie mu podjęcia w pełni świadomej decyzji. Jednak, w praktyce, często wykonywane procedury medyczne składają się z wielu etapów i różnych procedur, co może wpłynąć na dokładność informacji przekazywanych pacjentowi. Jest to szczególnie widoczne właśnie w chirurgii rekonstrukcyjnej, w której nierzadko proces diagnostyczno-terapeutyczny składa się z wielu procedur medycznych o podwyższonym ryzyku, zarówno chirurgicznych jak i niechirurgicznych, ale mających również charakter podwyższonego ryzyka (np. lasery, lampy etc.). W przypadku konkretnego zabiegu chirurgicznego, świadoma zgoda jest szczególnie ważna, ponieważ pozwala pacjentowi zrozumieć szczegóły zabiegu, w tym potencjalne ryzyko i korzyści, proces rekonwalescencji oraz wszelkie potencjalne komplikacje, które mogą się pojawić. To zrozumienie pozwala pacjentom podejmować świadome decyzje dotyczące własnej opieki medycznej. W przypadku planu leczenia, który obejmuje wiele zabiegów chirurgicznych, według autora niniejszej pracy niezbędna jest również świadoma zgoda na rozpoczęcie lub kontynuowanie rozpoczętego w innym miejscu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ponieważ umożliwia pacjentowi zrozumienie ogólnego

¹¹⁶ Wyrok SA w Poznaniu z 8.03.2018 r., I ACa 917/17, LEX nr 2553672

planu leczenia, korzyści wynikających z każdej procedury oraz wszelkich potencjalnych zagrożeń lub powikłań, które mogą wyniknąć z połączenia procedur. Ten poziom zrozumienia może pomóc pacjentom w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących ich planu leczenia i może pomóc im poczuć się bardziej komfortowo z całym procesem. Aspekt świadomości podejmowanej decyzji pacjenta nie może być rozpatrywany jedynie na płaszczyźnie jednej, określonej procedury medycznej. Założyć można bowiem, że rozpoczęcie planu leczenia wiązać się może z ograniczeniem, jeśli nie z wyeliminowaniem alternatywnych procedur medycznych przy podejmowaniu decyzji o wyrażeniu zgody na kolejną procedurę medyczną w ramach tego samego planu leczenia.

Autor niniejszej pracy uważa więc, że standard organizacyjny w chirurgii plastycznej powinien zakładać prawo pacjenta do uzyskania pełnej informacji oraz wyrażenia zgody *a priori* na planowany proces medyczny, z zastrzeżeniem, że aby osiągnąć zamierzony cel medyczny należy przeprowadzić co najmniej dwie procedury medyczne o podwyższonym ryzyku, z rozgraniczeniem na:

- tzw. *primary case* czyli rozpoczęcie procesu w danym podmiocie leczniczym,
- przeniesienie się pacjenta do danego podmiotu leczniczego z procesem rozpoczętym w innym ośrodku,
- wykonanie u pacjenta jednej procedury medycznej w procesie realizowanym w innym podmiocie leczniczym.

Celowo, autor niniejszej pracy rezygnuje z określeń „proces leczenia” czy „cel leczniczy” wobec konieczności zapewnienia takich samych praw w stosunku do zabiegów operacyjnych nie mających charakteru terapeutycznego, zastępując je określeniami „proces medyczny” czy „cel medyczny”.

Obowiązkiem lekarza jest przekazanie informacji o dających się przewidzieć możliwych następstwach zabiegu, i to nie tylko zwykłych skutkach, ale również tzw. skutkach ubocznych. R. Tymiński definiuje pojęcie „następstwo” w kontekście obowiązku informacyjnego jako coś, co zawsze i nieuchronnie następuje po danym zdarzeniu. Przytacza on przykład następstwa zabiegu operacyjnego wykonanego metodą klasyczną (z rozcięciem powłok skórnych) wskazując, że następstwem takiego zabiegu będzie pozostawienie blizny¹¹⁷. D. Hajdukiewicz uważa, że prawny obowiązek lekarzy

¹¹⁷ R. Tymiński, *Obowiązek informacyjny ...*, op. cit., s. 52-53

do informowania o „przewidywalnych konsekwencjach” jest niejasny, gdyż można by zaliczyć do nich także skutki pozytywne. Według niego, do pozytywnych następstw można zaliczyć na przykład postawienie diagnozy czy wyleczenie z choroby. Negatywne skutki to powikłania jakie wiążą się z zastosowaniem procedury¹¹⁸. Celem informowania pacjenta o konsekwencjach zabiegu medycznego jest umożliwienie mu podjęcia świadomej decyzji o jego poddaniu się, z uwzględnieniem korzyści i potencjalnych powikłań. Ocena ryzyka jest kluczowa dla świadomej zgody pacjenta. Brak informacji o ryzyku pozbawia pacjenta możliwości podjęcia świadomej decyzji¹¹⁹. Z przyczyn oczywistych, ryzyko jakie bierze na siebie pacjent obejmuje zwykle powikłania pooperacyjne, na co wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 października 2003 r. twierdząc, że: „Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Nie można uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza¹²⁰”.

Co do zasady, jeśli pacjent nie został poinformowany o skutkach zabiegu, które mogą istotnie wpłynąć na jego stan zdrowia lub zagrożenie życia, odpowiedzialność za powikłania przechodzi na szpital. W powyższym twierdzeniu istotny będzie rodzaj zabiegu, co autor udowodnił poniżej, a sam fakt przeniesienia odpowiedzialności został opisany w wyrokach Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 30 grudnia 2003 r. oraz Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r. W pierwszym z nich, sąd stwierdził, że „Pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu ponosi szpital.”. Podobnie wypowiedział się Sąd Apelacyjny twierdząc, że „Jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane. W braku „poinformowanej” zgody pacjentki, powstanie szkody wskutek wykonania zabiegu, także prawidłowego z punktu widzenia medycznego, uzasadnia odpowiedzialność lekarza (szpitala).”¹²¹

¹¹⁸ D. Hajdukiewicz, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny*, Wolters Kluwer Polska 2019, 85-86

¹¹⁹ A. Rososzczuk, *Zakres informacji przekazywanych pacjentowi przez lekarza przed wyrażeniem lub odmową udzielenia zgody na świadczenia zdrowotne*, *Przeгляд Sadowy* 4/2017, s. 56

¹²⁰ Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02, OSP 2005, nr 4, poz. 54

¹²¹ Wyrok SA w Warszawie z 11.03.2008 r., I ACa 846/07, PS 2009, nr 11-12, poz. 220-225

Jak już wskazano powyżej, wymagającym doszczegółowienia jest zakres przekazywanych informacji o następstwach zabiegu, zarówno pozytywnych jak i negatywnych. Zakres ten był przedmiotem wielu orzeczeń sądowych, które autor niniejszej pracy przytoczył w tabeli poniżej.

Tabela 3 – Zakres informacji o następstwach procedury medycznej o podwyższonym ryzyku w orzecznictwie

Wyrok	Teza/ argumentacja	Zakres informacji
Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 sierpnia 1973 r.	„Nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu. Sposób pouczenia przy odbieraniu zgody na zabieg (operacji czy też badania) musi być uzależniony od rodzaju zabiegu.” 122	Nie można przedstawiać tych, które są niezmiernie rzadko z uwagi na ryzyko bezpodstawnej odmowy przy namiarze informacji - zakres informacji zależny od zabiegu
Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 1980 r.	„Wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu operacyjnego wyłącznie dla celów estetycznych (polepszenia wyglądu zewnętrznego) jest zachowane tylko wtedy, gdy zostanie on uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych - czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia - skutkach	W zabiegach estetycznych, wszystkie informacje – mniej lub bardziej możliwe do przewidzenia skutki

¹²² Wyrok SN z 28.08.1973 r., I CR 441/73, OSNC 1974, nr 7-8, poz. 131

	interwencji, nie stwarzającej dla niego ryzyka wyższego od przeciętnego.” ¹²³	
Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 1999 r.	„Informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać. Lekarz powinien, zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, to jest pożądanym - ze względu na jego cel - skutkach zabiegu jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza, jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które - jako skutek uboczny - wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu	Teza dla wszystkich zabiegów o uwzględnianiu możliwych do przewidzenia następstwach, nawet jeśli są rzadkie lub bardzo rzadkie, ale polegają na znacznym i istotnym uszczerbku na zdrowiu – wystarczy wskazanie następstw i określenie, które mają doniosły wpływ na funkcjonowanie organizmu pacjenta

¹²³ Wyrok SN z 5.09.1980 r., II CR 280/80 ..., op. cit.

	oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu”. ¹²⁴	
Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 2 października 2003 r.	„Niepoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu gastrokopii i ewentualnych powikłaniach jest bezprawne (jako naruszające obowiązujące normy) i zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na zabieg ze względu na możliwość powikłań).” ¹²⁵ „W danej sprawie celem zabiegu gastrokopii nie było ratowanie życia ani nie wymagał jego przeprowadzenia stan bezpośredniego zagrożenia dla życia. A ryzyko, jak się okazało, choć występujące rzadko, było poważne.” ¹²⁶	Zakres informacji zależny od zabiegu - szeroki w przypadku procedur wykonywanych w trybie planowym, bez zagrożenia życia
Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 29 września 2005 r.	„Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju wykonywanego zabiegu, przy czym zakres ten najdalej sięga w przypadku zabiegów za którymi nie przemawiają bezwzględne wskazania, a są przeprowadzane głównie dla celów estetycznych. Wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu głównie dla celów estetycznych jest zachowane wtedy, gdy został on uprzednio	Zakres informacji uzależniony od zabiegu, najszerszy w przypadku zabiegów estetycznych

¹²⁴ Wyrok SN z 28.09.1999 r., II CKN 511/96, LEX nr 453701

¹²⁵ Wyrok SA w Lublinie z 2.10.2003 r., I ACa 368/03, LEX nr 1681154

¹²⁶ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 2 października 2003 r., – niepoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu* [w:] *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014

	dostatecznie poinformowany także o szczególnych - czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia skutkach zabiegu.” ¹²⁷	
Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 kwietnia 2007 r.	„Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie (art. 34 ust. 2 w zw. z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.)” oraz „Brak udzielenia przez szpital informacji o ewentualnych powikłaniach nie powoduje nieskuteczności wyrażenia przez pacjenta zgody na zabieg np. radioterapii.”. W argumentacji prawnej wyroku, Sąd Najwyższy podkreślił jednak, że „zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy w danym wypadku za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne, czy względne wskazania, czy też chodzi jedynie o zabieg kosmetyczny”. ¹²⁸	Zakres informacji zależny od zabiegu – wąski w przypadku ratujących życie, inny w przypadku zabiegów estetycznych
Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 grudnia 2009 r.	„Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r.	Zakres informacji zależny od rodzaju zabiegu - uwzględnianie

¹²⁷ Wyrok SA w Poznaniu z 29.09.2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206

¹²⁸ Wyrok SN z 26.04.2007 r., II CSK 2/07, LEX nr 319613

	<p>Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) obejmuje przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, następstwa zabiegu operacyjnego, które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu. Nie oznacza to jednak, że w każdym wypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich, nawet poważnych skutkach zabiegu operacyjnego, niezależnie od rodzaju tego zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia.”¹²⁹</p>	<p>możliwych do przewidzenia następstw, nawet jeśli są rzadkie lub bardzo rzadkie, ale polegają na znacznym i istotnym uszczerbku na zdrowiu</p>
--	---	--

źródło: opracowanie własne

Analiza orzeczeń co do zakresu powikłań wskazuje, że:

- informacje przedstawione pacjentowi powinny zawierać opis proponowanej procedury, a także wszelkie następstwa, zarówno pożądane, jak i niepożądane. Lekarz powinien szczególnie zwrócić uwagę na ewentualne konsekwencje, które mogłyby spowodować znaczny uszczerbek na zdrowiu pacjenta, nawet jeśli są one rzadkie. O ile nie jest konieczne wymienienie wszystkich możliwych objawów, o tyle lekarz powinien ogólnie określić rodzaj możliwych następstw i wskazać ich potencjalny wpływ na organizm pacjenta,
- zakres informacji o potencjalnych konsekwencjach niepożądanych powinien być rozróżniony na zabiegi ratujące życie, zabiegi planowe i zabiegi nie mające charakteru terapeutycznego, przy czym informacje te powinny być:
 - jedynie najważniejsze, z uwagi na potencjalne ryzyko bezpodstawnej odmowy udzielenia zgody przez pacjenta z uwagi na nadmiar informacji, przy zabiegach ratujących życie,
 - standardowe (możliwe do przewidzenia następstwa), nawet jeśli są rzadkie lub bardzo rzadkie, ale polegają na znacznym i istotnym

¹²⁹ Wyrok SN z 3.12.2009 r., II CSK 337/09, LEX nr 686364

uszczerbku na zdrowiu, przy zabiegach planowych leczniczych, które nie są wykonywane w trybie ratowania życia,

- najszersze w przypadku zabiegów nieterapeutycznych.

Wśród obowiązkowych informacji, które lekarz powinien przedstawić pacjentowi są również skutki odmowy wyrażenia zgody na proponowaną metodę diagnostyczną lub leczniczą oraz alternatywne metody diagnostyczne i lecznicze. Zaczynając od tych pierwszych, czyli skutków odmowy, warto przedstawić tutaj dwie tezy wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2008 r. wskazujące, że: „Informacja o ryzyku w przypadku zaniechania zabiegu medycznego jest "lustrzanym odbiciem" informacji o ryzyku związanym z podjęciem tegoż zabiegu. Powinna zatem charakteryzować się wszystkimi tymi cechami, co ta ostatnia, a w szczególności musi być rzetelna i przystępna.” oraz „Skoro odmowa poddania się zabiegowi operacyjnemu uchyla bezprawność działania lekarzy polegającą na podjęciu mniej przydatnej metody terapeutycznej, to pozwany musi wykazać, że działali oni zgodnie z prawem. Inaczej, że poinformowali skarżącą o konsekwencjach niepodjęcia leczenia szpitalnego.”¹³⁰ W głosie do tego wyroku, M. Nesterowicz przedstawia doktrynę świadomej odmowy, które jest pojęciem prawnym w prawie amerykańskim i odnosi się do przypadków, w których pacjent odmawia poddania się zabiegowi medycznemu po poinformowaniu go o ryzyku i korzyściach (*informed refusal*). M. Nesterowicz prezentuje sprawę Truman v. Thomas (1980) z Kalifornii, w której pacjentka odmówiła wyrażenia zgody na badanie szyjki macicy z powodu podejrzenia raka z powodu braku ochoty i znaczącego kosztu, co doprowadziło do jej śmierci, gdyż nowotwór nie został ostatecznie wykryty. Sąd uznał odpowiedzialność lekarza wobec dzieci pacjentki za niepoinformowanie pacjentki o istotnym ryzyku odmowy, o czym lekarz powinien był wiedzieć, skoro zlecił badanie. Sąd uznał, że o ile lekarz nie ma obowiązku nakłaniania pacjenta do poddania się badaniom, o tyle jest on zobowiązany do wyjaśnienia negatywnych konsekwencji odmowy, zwłaszcza jeśli „rozsądna osoba” zgodziłaby się na zabieg.¹³¹ Niewątpliwie, kwestia skutków odmowy przyjęcia proponowanego postępowania diagnostycznego lub leczniczego jest obowiązkiem lekarza, bowiem na podstawie całości informacji, pacjent jest w stanie podjąć świadomą decyzję. Jak już wskazano powyżej, aby informacja była

¹³⁰ Wyrok SN z 7.11.2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166

¹³¹ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/2008, Prawo medyczne 2012*, nr 136

całościowa, lekarz powinien przedstawić pacjentowi alternatywne metody diagnostyczne lub terapeutyczne; w innej sytuacji, zgoda pacjenta czyni zabieg prawnie nieusprawiedliwiony, na co wskazał już w 1972 r. Sąd Najwyższy: „W sytuacji gdy nie ma bezwzględnych wskazań dokonania zabiegu operacyjnego, wymaganie zgody chorego jest zachowane tylko wówczas, gdy zostanie on należycie poinformowany - stosownie do okoliczności danego przypadku - o konkretnych możliwościach w zakresie leczenia, a zwłaszcza o tym, że zabieg operacyjny jest tylko jednym z ewentualnych sposobów leczenia. Jeżeli istnieją dwa możliwe sposoby leczenia - zachowawczy i operacyjny - zgoda chorego na zabieg operacyjny musi być wynikiem świadomego wyboru. Brak takiej zgody czyni zabieg prawnie nie usprawiedliwionym i uzasadnia odpowiedzialność lekarza lub Skarbu Państwa.”¹³²

Realizując obowiązek informacyjny przed uzyskaniem świadomej zgody na procedurę medyczną o podwyższonym ryzyku, lekarze muszą ponadto przedstawić pacjentowi informacje o możliwości modyfikacji procedury w trakcie jej trwania. Jeżeli w trakcie zabiegu zajdą okoliczności mogące zagrozić życiu lub zdrowiu pacjenta, a uzyskanie zgody pacjenta nie jest możliwe, lekarz ma prawo do zmiany zakresu zabiegu bez zgody, ale tylko po spełnieniu określonych warunków. Lekarz musi również zasięgnąć opinii innego lekarza, jeśli to możliwe, przed wprowadzeniem jakichkolwiek zmian. Możliwość zmiany zakresu zabiegu bądź metody leczenia determinuje uzyskanie zgody pacjenta lub spełnienie się przesłanek, o których mowa w przepisach art. 35 ust. 1 ZawLekU: „Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności”.

W temacie przekroczenia lub zmiany zakresu zgody Pacjenta wypowiedział się również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 listopada 2007 r. wskazując, że (teza aktualna): „Nie jest dopuszczalne uwolnienie lekarza od odpowiedzialności za zmianę zakresu zabiegu operacyjnego bez zgody pacjenta, na podstawie art. 26 § 1 lub § 5 k.k.,

¹³² Orzeczenie SN z 14.11.1972 r., I CR 463/72, NP 1975, nr 4, poz. 585

w sytuacji niespełnienia warunków określonych w art. 35 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943 ze zm.), gdyż oznaczałoby to zignorowanie, mających charakter gwarancyjny, ograniczeń wynikających z tego ostatniego przepisu¹³³. Zarówno w orzecznictwie obcym jak i polskim można odnaleźć wiele spraw, w których sądy przyjmowały odpowiedzialność lekarza lub szpitala za przekroczenie zakresu zgody pacjenta. Jak wskazuje N. Karczewska-Kamińska, od najstarszych wyroków w USA (Mohr v. Williams, Minnesota 1905; Pratt v. Davis, Illinois 1906; Rolater v. Strain, Oklahoma 1913), poprzez angielskie, francuskie i niemieckie, wytaczały one granice naruszenia zgody pacjenta. Wraz z odejściem od doktryny paternalizmu lekarskiego, sądy na ogół stały na gruncie poszanowania autonomii woli pacjenta¹³⁴.

Zdaniem autora niniejszej pracy, zakres zgody w procedurach implantacyjnych, w szczególności w chirurgii plastycznej, powinien uwzględniać ponadto planowane zastosowanie wyrobów medycznych, które zostaną pacjentowi zaimplantowane. Wyrób medyczny, na który zgodził się pacjent (w zakresie chociażby producenta) nie powinien być zmieniony w trakcie zabiegu. Może się bowiem zdarzyć tak, że z jakichś powodów, pacjent nie wyrazi zgody na zastosowanie wyrobu określonego producenta. Poza obiekcjami w stosunku do producenta, wydawać się może, że Pacjent powinien znać również skład i pochodzenie produktów biologicznych wykorzystywanych w chirurgii plastycznej. Do takiego wniosku doszli S. Henoach, H. Sgaaban i KW Dunn związani z oddziałami lub towarzystwami chirurgii plastycznej w Wielkiej Brytanii, którzy zbadali poglądy przywódców religijnych na temat dopuszczalności produktów biologicznych. Autorzy zidentyfikowali grupy religijne, które stanowią 75% populacji Wielkiej Brytanii i wysłali do przywódców tych grup kwestionariusz dotyczący 11 produktów biologicznych. Kolejna ankietka dotycząca 17 produktów (11 opatrunków biologicznych i 6 syntetycznych) została wysłana do 100 pracowników medycznych pracujących w siedmiu specjalistycznych oddziałach w Wielkiej Brytanii. 77% badanych przywódców stwierdziło, że pacjenci powinni być informowani o składnikach produktów biologicznych i uzyskiwanej zgodzie. Niektórzy przywódcy wyrazili obawy dotyczące poszczególnych produktów, w tym przenoszenia chorób wirusowych i prionowych, okrucieństwa wobec zwierząt oraz materiału pochodzącego od noworodków. Żaden

¹³³ Wyrok SN z 28.11.2007 r., V KK 81/07, OSNKW 2008, nr 2, poz. 14

¹³⁴ N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, Wolters Kluwer Polska, s. 48

z ankietowanych pracowników służby zdrowia (wskaźnik odpowiedzi 73%) nie znał prawidłowo składników wszystkich produktów. Autorzy doszli do wniosku, że ignorowanie wrażliwości religijnej i zaniechanie zgody w stosowaniu produktów biologicznych może mieć bardzo poważne konsekwencje, w tym spory sądowe¹³⁵.

Pełna autonomia woli pacjenta przejawiałaby się ponadto również wtedy, gdyby zdaniem autora, elementem zgody pacjenta był niezamienialny, co do zasady, wybór lekarza, który przeprowadzi określoną procedurę medyczną. Oczywiście może zdarzyć się sytuacja, gdy już po rozpoczęciu procedury operacyjnej, chociażby na etapie znieczulenia, lekarz przypisany do zabiegu nie będzie mógł zoperować pacjenta z przyczyn zupełnie obiektywnych, np. zdrowotnych, jednak takie sytuacje, w procedurach planowych, w szczególności w zakresie chirurgii plastycznej powinny być wyjątkowe. Wynika to z faktu, że pacjent chirurgii plastycznej najczęściej wybiera nie konkretną klinikę, a lekarza, któremu zaufa.

R. Tymiński słusznie zauważa, że w Polsce powszechne jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich oraz przypuszcza, że zjawisko to występuje w wielu sprawach o tzw. błąd medyczny. Według autora, prawny obowiązek lekarzy informowania pacjentów o skutkach stosowania się lub nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych opiera się na przepisach art. 9 ust. 2 PrPacJRPPU i art. 31 ust. 1 ZawLek¹³⁶. Również zdaniem autora niniejszej pracy, problematyka odpowiedzialności za skutki zabiegu medycznego powinna uwzględniać wkład pacjenta wynikający z nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, co ma szczególne znaczenie w chirurgii plastycznej. Informowanie o tzw. „*after care*” powinno być podkreślone w projektowanym standardzie organizacyjnym.

Autor niniejszej pracy zgadza się również z R. Tymińskim w zakresie jego refleksji dotyczących obowiązku informacyjnego na tle wybranego dorobku orzeczniczego Izby Cywilnej Sądu Najwyższego. Według R. Tymińskiego, nie ulega wątpliwości, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego istnieje możliwość zaobserwowania wskazanych poniżej tez, które stają się podstawą kolejnych judykatów:

„1) lekarz musi informować nie tylko o następstwach zabiegu, lecz także o ryzyku związanym z zabiegiem operacyjnym (powikłaniach);

¹³⁵ Enoch S, Shaaban H, Dunn KW. *Informed consent should be obtained from patients to use products (skin substitutes) and dressings containing biological material*. J Med Ethics. 2005 Jan;31(1):2-6. doi: 10.1136/jme.2003.005272. PMID: 15634745; PMCID: PMC1734000, s. 2-6

¹³⁶ R. Tymiński, *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jako przyczynienie się uszkodzowanego w rozumieniu art. 362 k.c.*, Przegląd Sądowy (Warszawa). 0867-7255. R. 25, nr 11/12 (2016), s. 31

- 2) lekarz nie musi informować o wszystkich możliwych powikłaniach zabiegu, jednakże powinien informować o powikłaniach rzadko występujących, jeżeli są one groźne dla zdrowia i życia pacjenta;
- 3) zakres informacji lekarskiej w przypadku różnych zabiegów może być zróżnicowany, najobszerniejsza powinna być przy zabiegach niekoniecznych;
- 4) w przypadku odmowy pacjenta wyrażenia zgody na zabieg konieczny lekarz ma obowiązek podejmowania prób w celu przekonania pacjenta, jeżeli pozostaje z nim w bezpośrednim kontakcie;
- 5) obowiązek informowania o możliwościach diagnostycznych i leczniczych obejmuje także metody dostępne w innych ośrodkach medycznych krajowych, a w szczególnych sytuacjach, w rzadkich skomplikowanych przypadkach, także dostępne w ośrodkach zagranicznych¹³⁷.

W powyższej części pracy autor omówił prawny obowiązek udzielenia pacjentowi ważnych informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach leczenia i potencjalnych zagrożeniach przed uzyskaniem zgody na zabieg medyczny wysokiego ryzyka w Polsce. Obowiązek ten zapisany jest w ustawach *ZawLekU* i *PrPacjRPPU*, a także w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Przedstawiono, że zgoda pacjenta na zabieg medyczny jest bezskuteczna, jeżeli została uzyskana przed udzieleniem przystępnej informacji o potencjalnym ryzyku i skutkach zabiegu, a normy prawne w zakresie obowiązku informacyjnego przewidują cztery grupy uprawnień, które przysługują pacjentom i osobom wykonującym zawód medyczny tj. prawo do bycia poinformowanym, prawo do informowania innych osób na temat pacjenta, prawo do odmowy udzielenia informacji pacjentowi dla jego dobra oraz prawo do zrzeczenia się prawa pacjenta do bycia poinformowanym. Omówiono warunki uzyskania pełnej świadomości pacjenta co do procedury medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem zakresu informacji, jakie należy przekazać pacjentowi. Autor podkreślił znaczenie przedstawienia pacjentowi wszystkich możliwych opcji diagnostycznych i terapeutycznych, w tym także tych, które mogą nie być dostępne w placówce medycznej, w której pacjent jest leczony. Autor nie zgadza się z interpretacją, że możliwości diagnostyczne i lecznicze należy określać tylko w odniesieniu do danego pacjenta leczonego w danym ośrodku. Autor zauważa również, że pod pojęciem „metoda

¹³⁷ R. Tymiński, *Obowiązek informacyjny ...*, op. cit., s. 57-58

leczenia” należy rozumieć strategię leczenia, a nie tylko pojedynczą procedurę medyczną, a świadoma zgoda jest szczególnie ważna w przypadku złożonych planów leczenia, które obejmują wiele procedur medycznych wysokiego ryzyka. Obowiązek informacyjny powinien obejmować ponadto konsekwencje odmowy wyrażenia zgody oraz alternatywne metody diagnostyczne i terapeutyczne. Zdaniem autora, w zabiegach z zakresu chirurgii plastycznej, zakres zgody powinien obejmować ponadto wskazanie lekarza, którego pacjent wybrał do przeprowadzenia określonej procedury medycznej, a w procedurach, w których wykorzystuje się implanty, powinien obejmować ponadto informację co do tych wyrobów medycznych.

Autor doszedł do wniosków, że projektowany standard organizacyjny powinien uwzględnić:

- wyłączenie prawa do zrzeczenia się informacji w przypadku zabiegów nieterapeutycznych wykonywanych w ramach chirurgii plastycznej;
- standard przystępności przekazywanych informacji z uwzględnieniem:
 - informacji pisemnych „formularzy świadomej zgody”, nagrań audiowizualnych, materiałów typu „przed i po”,
 - tzw. „prostego języka” zarówno w kontekście terminologii medycznej jak i prawniczej,
 - dostępności języka, którym posługuje się pacjent, w szczególności przy znaczącej turystyce medycznej w chirurgii plastycznej,
- standard zakresu czasowego, w którym informacje powinny zostać przedstawione pacjentowi do swobodnego zapoznania się przed podjęciem świadomej decyzji,
- prawo pacjenta uzyskania pełnej informacji oraz wyrażenia zgody a priori na planowany proces medyczny, z zastrzeżeniem, że aby osiągnąć zamierzony cel medyczny należy przeprowadzić co najmniej dwie procedury medyczne o podwyższonym ryzyku, z rozgraniczeniem na:
 - tzw. *primary case* czyli rozpoczęcie procesu w danym podmiocie leczniczym,
 - przeniesienie się pacjenta do danego podmiotu leczniczego z procesem rozpoczętym w innym ośrodku,
 - wykonanie u pacjenta jednej procedury medycznej w procesie realizowanym w innym podmiocie leczniczym,
- standard zakresu informacji o następstwach zabiegu przekazywanych pacjentowi, z uwzględnieniem alternatywnych metod diagnostycznych lub leczniczych

dostępnych, a nierealizowanych w tejże placówce, niezależnie od faktu ich refundacji przez płatnika publicznego lub prywatnego,

- standard wyboru lekarza, który przeprowadzi procedurę medyczną,
- standard wskazania wyrobów medycznych, które zostaną zaimplantowane pacjentowi.

Ostatecznym obszarem dowodzenia tezy, poza wypowiedziami doktryny i dorobkiem orzecznictwa, jest przedstawienie doniesień naukowych w zakresie znaczenia zgody na zabiegi w chirurgii plastycznej w sporach sądowych, które autor przedstawił w następnej części niniejszej pracy.

3.3 ZNACZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

Chirurdzy plastyczni nie tylko borykają się z nieokreśloną wprost, a wynikającą z literatury prawniczej i orzecznictwa, specyfiką świadomej zgody pacjenta, to też jak wskazano poniżej, utrudniona, z racji dostępności nieautoryzowanych jak i często wpływających na mylny obraz pacjenta informacji w Internecie, jest realizacja samego obowiązku informacyjnego mającego znaczenie w powstaniu ewentualnego sporu sądowego. Uzyskanie w pełni świadomej zgody pacjenta na procedurę medyczną o podwyższonym ryzyku w chirurgii plastycznej może okazać się trudniejsze niż w pozostałych dyscyplinach medycznych. Jak wskazują autorzy przedstawionego poniżej badania, we współczesnej erze dostępności informacji, dynamika procesu informacyjnego skoncentrowanego tylko na chirurgu nie jest już normą. Pacjenci mogą zainicjować ten proces przed spotkaniem z chirurgiem i mają znacznie szerszy dostęp niż w poprzednich dekadach, coraz częściej korzystając z witryn internetowych i mediów społecznościowych w celu uzyskania dodatkowych informacji medycznych. Jak wskazują autorzy artykułu¹³⁸, jakość informacji online wymaga dalszej oceny, biorąc pod uwagę, że 67% stron internetowych poświęconych rekonstrukcji piersi obsługiwanych jest przez prywatne firmy wyświetlające płatne reklamy. Badacze postanowili wyjaśnić zakres wykorzystania i wpływu zewnętrznych źródeł na podejmowanie decyzji dotyczących zabiegów chirurgii plastycznej. Wyniki ankiety uzyskano od 58 pacjentek,

¹³⁸ Parmeshwar N, Reid CM, Park AJ, Brandel MG, Dobke MK, Gosman AA. *Evaluation of Information Sources in Plastic Surgery Decision-making. Cureus.* 2018 Jun 9;10(6):e2773. doi: 10.7759/cureus.2773. PMID: 30109166; PMCID: PMC6084688, s. 1-8

z których 10 (17,2%) miało abdominoplastykę, 35 (60,3%) rekonstrukcję piersi, a 13 (22,4%) redukcję piersi. Najpopularniejszymi źródłami informacji przed pierwszą wizytą chirurgiczną były wyszukiwania w Internecie (56,9%) oraz rodzina/znajomi/inni pacjenci (39,7%). Po pierwszej wizycie najbardziej przydatnymi źródłami byli chirurdzy plastyczni (84,5%) oraz Internet (36,2%). Co ciekawe, większość osób (73,4%) nadal szukała informacji na zewnątrz po wizycie, ale przyczyny tego poszukiwania były bardziej rozłożone na uzyskanie opinii od byłych pacjentów chirurgicznych (13%), ustalenie rozsądnych oczekiwań (16%), zrozumienie ryzyka i korzyści (13%), czas rekonwalescencji i ból (16%) oraz różne techniki zabiegu (15%). Badacze potwierdzili, że chirurg plastyczny pozostaje najbardziej zaufanym i użytecznym źródłem informacji pomimo popularności i dostępności Internetu. To, czego obecnie nie można zmierzyć i nie można ustalić na podstawie tego badania, to wpływ Internetu na skuteczność świadomej zgody.

Poza zagadnieniem informacji, które pacjent pozyskuje w toku przeglądania Internetu, a które mogą wprowadzać pacjenta w mylne oczekiwania co do tego zabiegu, chirurdzy plastyczni borykają się również z brakiem standardów właściwego wykorzystania zdjęć pacjentów „przed i po zabiegu” w celu przedstawienia ich pacjentom przed zabiegiem operacyjnym. Artykuł poświęcony problemowi osiągnięcia konsensusu odnośnie do właściwego wykorzystania zdjęć przed i po operacji piersi dostarcza interesujących wniosków¹³⁹. Autorzy analizują względy etyczne, a także potencjalne korzyści i wady takiego wykorzystania zdjęć. W artykule zwrócono uwagę, że wykorzystanie zdjęć „przed i po” (dalej jako „BAP”) pomaga chirurgom w dokumentacji przed i pooperacyjnej, porównywaniu, obserwacji, monitorowaniu, edukacji i planowaniu chirurgicznym. Wskazują oni, że we współczesnej praktyce chirurgicznej, BAP stają się ważnym elementem procesu edukacji pacjentów i docelowo mogą odgrywać rolę w procesie uzyskiwania zgody pacjenta. Brak jest jednak kompleksowych standardów lub wytycznych, które można wykorzystać do oceny, które BAP przeznaczone jako treści edukacyjne są dla pacjentów odpowiednie. Istotnym problemem jest metodologia wykorzystywania zdjęć adekwatnie do konkretnego przypadku pacjenta. Pacjenci mogą skorzystać na obejrzeniu zdjęć przed i po, poprzednich

¹³⁹ Valiquette CR, Forrest CR, Kasrai L, Wanzel KR, Martou G, Beber BA, Semple JL, Constantine T, Ho ES, Somogyi RB. *Can We Reach a Consensus on the Appropriate Use of Before and After Photos in Breast Surgery?* *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021 Jul 16;9(7):e3682. doi: 10.1097/GOX.00000000000003682. PMID: 34285856; PMCID: PMC8284704, s. 1-8

pacjentów o podobnej budowie ciała i celach chirurgicznych, ale przedstawianie zdjęć jako „portfolio” lekarza przy innych właściwościach osobniczych pacjenta, może spowodować, że nie uda się uzyskać takiego efektu, co przy błędnym wyobrażeniu pacjenta doprowadzi do jego niezadowolenia.

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest wykorzystanie sztucznej inteligencji w chirurgii plastycznej, w tym między innymi szacowaniu ryzyka powikłań pooperacyjnych, a co za tym idzie uwzględnienia tego ryzyka w procedurze realizacji obowiązku informacyjnego. Szacowanie ryzyka powikłań pooperacyjnych jest jednym z przyszłych kierunków wykorzystania sztucznej inteligencji, co zauważyli autorzy systematycznego przeglądu literatury wszystkich publikacji dostępnych w formie elektronicznej w bazach danych PubMed, Scopus i Web of Science na dzień 5 lutego 2020 r.¹⁴⁰. Dlatego też istotna wydaje się potrzeba ustalenia standardu poinformowania pacjenta o potencjalnym wykorzystaniu sztucznej inteligencji do planowania zabiegu chirurgicznego. Tę problematykę poruszyli DC Murphy i DB Saleh, którzy również przeszukali recenzowaną literaturę naukową i trwające badania naukowe przy użyciu odpowiednich terminów w następujących bazach danych: MEDLINE i EMBASE (Ovid), Cochrane Central Register of Controlled Trials oraz Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature w celu przedstawienia bieżącego zastosowania sztucznej inteligencji w chirurgii plastycznej. Autorzy podkreślają, że ważne jest, aby zdawać sobie sprawę z ograniczeń sztucznej inteligencji, na przykład w zakresie niedostatecznie reprezentowanych w badaniach i próbach klinicznych mniejszości rasowych czy też osobach o określonej płci¹⁴¹. Pomijając potencjalne błędy proceduralne w sztuce lekarskiej, co nie jest przedmiotem niniejszej pracy, przedstawianie symulacji wyglądu pacjenta po zabiegu operacyjnym przy nieadekwatnych danych wejściowych może spowodować analogiczną sytuację co przy nieadekwatnych zdjęciach BAP.

Jak widać powyżej, w chirurgii plastycznej nie tylko mamy do czynienia z nieokreśloną wprost a wynikającą z literatury prawniczej i orzecznictwa, specyfiką świadomej zgody pacjenta, poszukiwaniem informacji o procedurach medycznych w Internecie, w tym mediach społecznościowych przed i po konsultacji z chirurgiem

¹⁴⁰ Jarvis T, Thornburg D, Rebecca AM, Teven CM. *Artificial Intelligence in Plastic Surgery: Current Applications, Future Directions, and Ethical Implications*. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 Oct 29;8(10):e3200. doi: 10.1097/GOX.0000000000003200. PMID: 33173702; PMCID: PMC7647513, s. 3

¹⁴¹ Murphy DC, Saleh DB. *Artificial Intelligence in plastic surgery: What is it? Where are we now? What is on the horizon?* *Ann R Coll Surg Engl*. 2020 Oct;102(8):577-580. doi: 10.1308/rcsann.2020.0158. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32777930; PMCID: PMC7538735, s. 579

plastycznym, to też procedurę realizacji obowiązku informacyjnego może utrudniać brak standaryzacji wykorzystania zdjęć BAP i sztucznej inteligencji w toku jego realizacji. Całość problemu może uzasadniać ilość i strukturę przyczyn sporów sądowych w chirurgii plastycznej.

W celu uzyskania doniesień naukowych na temat znaczenia świadomej zgody w roszczeniach w chirurgii plastycznej, autor niniejszej pracy przeprowadził w 2020 roku systematyczny przegląd artykułów naukowych dostępnych w platformie PubMed. W przeglądzie badań PubMed przedstawiono szczegółowe informacje dotyczące badań dotyczących sporów sądowych w USA, dostępnych za pośrednictwem prawnej bazy danych Westlaw, znanej również jako „WLD”, opublikowanej przez firmę Thomas Reuters z siedzibą w Nowym Jorku w stanie Nowy Jork. Westlaw to prawnicze narzędzie badawcze przeznaczone dla prawników i dostępne w ponad 60 krajach. Baza danych serwisu obejmuje ogromny zbiór ponad 40 000 zasobów, w tym opinie prawne, literaturę i orzecznictwo. Badania przeprowadzone z wykorzystaniem wspomnianego podejścia zaowocowały zidentyfikowaniem czterech opracowań, które opierały się na analizie spraw sądowych dostępnych w WLD.

Pierwsze badanie zostało przeprowadzone w 2013 roku i dotyczyło spraw sądowych zakończonych werdyktem ławy przysięgłych lub ugodą, których przedmiotem były procedury chirurgii plastycznej twarzy. Autorzy badania wskazują, że w porównaniu do lekarzy innych specjalności, chirurdzy plastyczni mają ponadprzeciętne ryzyko pozwu o błąd w sztuce lekarskiej i związanych z nim wydatków. Prawie 15% wszystkich chirurgów plastycznych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej stawia czoła co najmniej jednemu roszczeniu rocznie w porównaniu z 7% lekarzy pozostałych specjalizacji lekarskich łącznie. Artykuł omawia wyniki badania, w którym przeanalizowano sprawy sądowe związane z chirurgią plastyczną w Stanach Zjednoczonych w latach 1984-2012. Badanie wykazało, że domniemane braki w świadomej zgodzie na zabieg medyczny zostały odnotowane jako czynnik przyczyniający się do 38,6% spraw sądowych. Niezadowolenie z wyglądu pooperacyjnego było wymieniane jako główna przyczyna w co czwartej sprawie sądowej dotyczącej chirurgii plastycznej twarzy. Zdaniem autorów badania, lekarz może znacząco ograniczyć ryzyko sporu poprzez otwartą i realistyczną dyskusję dotyczącą możliwych następstw (w zależności od realizowanej procedury medycznej) takich jak: blizny, problem z zamykaniem oczu, ból pooperacyjny, zmiana widzenia, oparzenia, uszkodzenia nerwów czy też śmierć. W badaniu uwzględniono również możliwe

ograniczenia, takie jak brak danych na temat ugód pozasądowych.¹⁴² Autorzy powołują się również na przegląd opublikowany w *British Journal of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery*, według którego większość roszczeń stawianych przeciwko chirurgom plastycznym dotyczy spraw związanych z niekompletną zgodą na zabieg operacyjny, efektem kosmetycznym, nadmiarem blizn lub brakiem doświadczenia w wykonywanych procedurach¹⁴³.

W artykule "A Look Inside the Courtroom: An Analysis of 292 Cosmetic Breast Surgery Medical Malpractice Cases" omówiono badanie, w którym przeanalizowano 292 sprawy sądowe związane z zabiegami chirurgii plastycznej piersi w Stanach Zjednoczonych w latach 1985-2012. Badanie miało na celu identyfikację czynników wpływających na wynik sporów i wykazało, że najczęstszymi przyczynami sporów były zaniedbania, brak świadomej zgody, oraz brak diagnozy lub leczenia powikłań. Brak świadomej zgody (który oznaczał błędy w opisie ryzyka towarzyszącemu procedurom chirurgii plastycznej piersi i braku wskazań alternatywnych procedur medycznych) był drugą najczęstszą przyczyną roszczeń pacjentów, a spory z nią związane miały mniejsze szanse na wygranie przez powoda. Badanie podkreśla znaczenie przejrzystości i adekwatności w komunikacji lekarz-pacjent oraz stosowanie skutecznych formularzy świadomej zgody. Pomocnym w realizacji obowiązku informacyjnego jest przedstawianie zdjęć i nagrań efektów zabiegów przeprowadzonych u innych pacjentów. Dodatkowo, oprócz tego co przedstawione jest w literaturze przedmiotu, pomocnym może być zaplanowanie dwóch przedoperacyjnych wizyt podczas których większość czasu poświęcona jest rozmowie na temat ryzyka procedury. Badacze opowiadają się za używaniem formularzy świadomej zgody, takich jak te opracowane przez American Society for Aesthetic Plastic Surgery. Badanie ma jednak ograniczenia ze względu na dobrowolny charakter bazy oraz brak spraw zakończonych ugodą pozasądową.¹⁴⁴

Trzecie badanie dotyczyło odpowiedzialności prawnej za zabiegi chirurgii plastycznej modelującej sylwetkę, w którym przeanalizowano 113 spraw sądowych w USA w latach

¹⁴² Svider PF, Keeley BR, Zumba O, Mauro AC, Setzen M, Eloy JA. *From the operating room to the courtroom: a comprehensive characterization of litigation related to facial plastic surgery procedures*. *Laryngoscope*. 2013 Aug;123(8):1849-53. doi: 10.1002/lary.23905. Epub 2013 Jan 8. PMID: 23299988, s. 1849-1953

¹⁴³ Svider PF, Keeley BR, Zumba O, Mauro AC, Setzen M, Eloy JA. *From the operating room ... op. cit.* [za:] S. Metha, J. Farhadi, A. Atrey, *A review of litigation in plastic surgery in England. Lesson learned*, *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010, 63: 1747-1748

¹⁴⁴ Paik AM, Mady LJ, Sood A, Eloy JA, Lee ES. *A look inside the courtroom: an analysis of 292 cosmetic breast surgery medical malpractice cases*. *Aesthet Surg J*. 2014 Jan 1;34(1):79-86. doi: 10.1177/1090820X13515702. PMID: 24396074, s. 79-86

1990-2012. Trzy najczęstsze przyczyny sporów między pacjentkami a chirurgami plastycznymi w zabiegach modelowania sylwetki to zaniedbania, brak świadomej zgody (oznaczający błędy w opisie ryzyka towarzyszącemu procedurom chirurgii plastycznej modelowania ciała i braku wskazań alternatywnych procedur medycznych) oraz brak diagnozy lub leczenia powikłań. Brak świadomej zgody był drugą najczęstszą przyczyną roszczeń i miał o 50% mniejsze szanse na wygraną przez powoda. Autorzy sugerują, że podpisany formularz zgody jest skutecznym środkiem ochrony lekarza, ale należy go uzyskać co najmniej 24 godziny przed zabiegiem, a obowiązek informacyjny powinien być realizowany już od wstępnej oceny przedoperacyjnej¹⁴⁵.

W artykule „Analysis of Factors Associated With Rhytidectomy Malpractice Litigation Cases” przedstawiono z kolei badanie, w którym przeanalizowano 89 spraw sądowych dotyczących zabiegów chirurgii plastycznej rytidektomii w Stanach Zjednoczonych w latach 1985-2015. Celem badania było zidentyfikowanie czynników wpływających na wyniki sporów sądowych w sprawach dotyczących błędów w sztuce chirurgicznej. Autorzy wskazali trzy najczęstsze powody sporów pomiędzy pacjentem a chirurgiem plastycznym w zabiegach chirurgicznych twarzy: zaniedbania operacyjne (69%, n=61), słaba kosmeza lub zniekształcenie (64%, n=57), nieodpowiednia świadoma zgoda (34%, n=30). Badacze wskazują, że chociaż zarzuty o słabą kosmezę lub zniekształcenie, nieodpowiednią świadomą zgodę i niezadowolenie pacjenta z wyglądu pooperacyjnego nie spowodowały znacznego pogorszenia sytuacji procesowej pozwanych, duża częstość roszczeń podkreśla znaczenie omawiania z pacjentem następstw zabiegu, w tym potencjalnych, negatywnych następstw. Według autorów, jedną strategią, która może ograniczyć liczbę roszczeń pacjentów przeciwko chirurgom plastycznym w zabiegach chirurgicznych twarzy jest wprowadzenie kompleksowej, świadomej przedoperacyjnej zgody, w której szczegółowo opisano wszystkie ryzyka, w tym wyniki kosmetyczne „w najgorszym przypadku” (takie jak zakres blizn) oraz typowe następstwa procedury medycznej.¹⁴⁶ Podobne wnioski przedstawia badanie opisane w artykule „An Analysis of Malpractice Litigation and Expert Witnesses in Plastic Surgery”, w którym autorzy ustalili, że wśród trzech najczęściej występujących przedmiotów sporu wskazano: zaniedbania (50,5%, n=47), braki świadomej zgody (30,1%, n=28) i brak diagnozowania

¹⁴⁵ ibidem, s. 79-84

¹⁴⁶ Kandinov A, Mutchnick S, Nangia V, Svider PF, Zuliani GF, Shkoukani MA, Carron MA. *Analysis of Factors Associated With Rhytidectomy Malpractice Litigation Cases*. JAMA Facial Plast Surg. 2017 Jul 1;19(4):255-259. doi: 10.1001/jamafacial.2016.1782. PMID: 28199538; PMCID: PMC5543314, s. 255-259

lub leczenia następstw (30,1%, n=28). Jak wskazano w tabeli poniżej, świadoma zgoda była przedmiotem sporu w 30,1% do nawet 43,8% wszystkich spraw sądowych z udziałem chirurgów plastycznych.

Tabela nr 4 – Przegląd wyników badań naukowych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej z wykorzystaniem platformy Westlaw legal database w zakresie udziału spraw, których proces uzyskiwania zgody był przedmiotem sporu w stosunku do wszystkich analizowanych spraw sądowych z udziałem chirurgów plastycznych.

Tytuł publikacji	Data publikacji	Obszar procedur chirurgicznych	Przedział czasowy badania	% spraw, w których proces uzyskiwania zgody był przedmiotem sporu
From the Operating Room to the Courtroom: A Comprehensive Characterization of Litigation Related to Facial Plastic Surgery Procedures	2013	twarz	1984-2012	38,6 %
A Look Inside the Courtroom: An Analysis of 292 Cosmetic Breast Surgery Medical Malpractice Cases	2014	piersi	1985-2012	43,8%
Beyond the Operating Room: A Look at Legal Liability in Body Contouring Procedures	2014	modelowanie sylwetki	1990-2012	32,7%
Analysis of Factors Associated With Rhytidectomy Malpractice Litigation Cases	2017	twarz	2009-2015	30,1%
An Analysis of Malpractice Litigation and Expert Witnesses in Plastic Surgery	2017	wszystkie	2009-2015	30,1%

źródło: opracowanie własne

Istotne dla celów tej pracy są również dwa badania związane z roszczeniami z zakresu chirurgii plastycznej w Holandii i Korei Południowej. Według badania holenderskiego, chirurdzy plastyczni mieli najwyższy odsetek sporów dotyczących świadomej zgody na poziomie 17%, w porównaniu z chirurgią ogólną (8%), chirurgią urazową i ortopedyczną (11%) oraz ginekologią (10%). Badacze sugerują, że proces świadomej zgody można usprawnić poprzez standaryzację i zdefiniowanie procesu uzyskiwania świadomej zgody oraz, że wykorzystanie nowoczesnych narzędzi, takich jak e-zdrowie czy programy multimedialne, mogłoby być przydatne we wzmocnieniu obecnego procesu świadomej zgody, ponieważ różne badania wykazały znaczną poprawę satysfakcji pacjentów i zrozumienia dostarczanych informacji. Ponadto 39% chirurgów w Holandii twierdzi, że nie ma standardowej procedury dotyczącej jakości lub ilości

wymaganych informacji przedoperacyjnych.¹⁴⁷ Koreańskie badanie opublikowane w 2016 roku dotyczące spraw sądowych związanych z chirurgią plastyczną przedstawiło wyniki, zgodnie z którymi obowiązek informacyjny został naruszony w 17 przypadkach (29% przypadków), obowiązek staranności w 10 przypadkach (17%), a oba obowiązki zostały naruszone w 20 przypadkach¹⁴⁸.

W 2012 roku opublikowane zostało badanie, które dotyczyło wykorzystania formularza świadomej zgody w estetycznej chirurgii plastycznej. Analizie poddano 100 orzeczeń wydanych przez sądy 5 stanów brazylijskich w sprawach z zakresu chirurgii plastycznej. To retrospektywne badanie przeprowadzono między lipcem 2010 a sierpniem 2012 z udziałem łącznie 3427 chirurgów plastycznych. Oceniono najczęstsze przyczyny spraw sądowych oraz dowody, które doprowadziły do wydania wyroku skazującego lub uniewinniającego w tych sprawach. Badacze wykazali, że odpowiednie poinformowanie o proponowanych metodach leczenia i pozytywna opinia biegłego miały zasadnicze znaczenie dla wyniku sporu. Autorzy badania podkreślają, że wśród pacjentów istnieją znaczące oczekiwania co do wyniku zabiegu operacyjnego, ale powinni oni otrzymać wszystkie informacje pozwalające wybrać, co jest dla nich najlepsze. Lekarz, który obiecuje uzyskanie określonego wyniku, jest zobowiązany do jego uzyskania, w przeciwnym razie autorzy uznają to za „oszukańczą reklamę”¹⁴⁹.

W styczniu 2023 roku opublikowane zostało interesujące badanie analizujące przypadki błędów w sztuce z udziałem lekarzy w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii plastycznej. Badacze korzystając z prawnej bazy danych LexisNexis przeanalizowali werdykty łatwy przysięgłych i ugody ze wszystkich stanowych i federalnych spraw apelacyjnych w okresie od lutego 1988 do 2020 roku. Zidentyfikowano 21 spraw sądowych dotyczących rezydentów chirurgii plastycznej, z czego 14 dotyczyło roszczeń, w których rezydent został pozwany bezpośrednio. Sprawy dotyczyły najczęściej braku świadomej zgody (11, 52,4%) oraz błędów proceduralnych (11, 52,4%). Na dalszych

¹⁴⁷ Veerman MM, van der Woude LA, Tellier MA, Legemaate J, Scheltinga MR, Stassen LPS, Leclercq WKG. *A decade of litigation regarding surgical informed consent in the Netherlands*. Patient Educ Couns. 2019 Feb;102(2):340-345. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.031. Epub 2018 Aug 29. PMID: 30173877, s. 340-345

¹⁴⁸ Park BY, Kim MJ, Kang SR, Hong SE. *A Legal Analysis of the Precedents of Medical Disputes in the Cosmetic Surgery Field*. Arch Plast Surg. 2016 May;43(3):278-83. doi: 10.5999/aps.2016.43.3.278. Epub 2016 May 18. PMID: 27218027; PMCID: PMC4876158., s. 278-283

¹⁴⁹ Doncatoo LF, *Uso do termo de consentimento informado em cirurgia plástica estética*, Rev Bras Cir Plást. 2012;27(3):353-8, s. 353-358

miejscach znajdowały się m.in. brak nadzoru nad rezydentem oraz brak doświadczenia rezydenta¹⁵⁰.

Wracając na kontynent europejski, w połowie 2021 roku opublikowana została praca zespołu badaczy, którzy przeanalizowali wszystkie orzeczenia dotyczące błędów w sztuce lekarskiej wydanych przez Sąd Cywilny w Rzymie w latach 2012-2016 (nie uwzględniono orzecznictwa drugiej instancji oraz Sądu Najwyższego). Badacze wskazują, że skoncentrowali się na chirurgii plastycznej biorąc pod uwagę wysoki wskaźnik roszczeń z tytułu błędów w sztuce w tej dziedzinie i jego wzrost wraz ze wzrostem dostępnych procedur. Według autorów, ich dane potwierdzają, że chirurgia plastyczna charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem spraw sądowych, z przewagą wyroków orzekanych na korzyść powoda za zabiegi kosmetyczne nad zabiegami rekonstrukcyjnymi, zarówno w zakresie spraw o błąd w sztuce jak i za naruszenie świadomej zgody pacjenta. Nieważność lub nieadekwatność świadomej zgody była powracającym przedmiotem sporów i często pojawiała się wśród motywów orzeczenia na korzyść powoda (w 34% wyroków i 48,5% wyroków), zwłaszcza w przypadku zabiegów kosmetycznych, potwierdzając znaczenie uzyskania odpowiedniej zgody na leczenie i konieczności skutecznej komunikacji przedoperacyjnej z pacjentem w celu uniknięcia sporów sądowych, co według podkreślono w innych badaniach [Vila-Nova de Silva i wsp. 2015, Marchetti i wsp. 2019, Nathan i wsp. 2014, Boyll i wsp. 2018, Bismark i wsp. 2012, Vila-nova de Silva i wsp. 2010]¹⁵¹.

Badanie mogącym wnieść znaczący wkład do projektu standardu organizacyjnego będącego przedmiotem niniejszej pracy jest badanie opublikowane w 2020 roku w artykule „Missing the Mark: The State of Health Care Literacy in Plastic Surgery” omawiającym znaczenie świadomości zdrowotnej pacjentów w dziedzinie chirurgii plastycznej. Autorzy, za The Institute of Medicine, definiują kompetencje zdrowotne jako „stopień, w jakim jednostki mają zdolność uzyskiwania, przetwarzania i rozumienia podstawowych informacji zdrowotnych”. Badacze zaprojektowali kwestionariusz ankiety, którego celem była ocena kompetencji zdrowotnych pacjentów operowanych przez chirurgów plastycznych oraz ocena kompetencji komunikacyjnych lekarzy. Ponadto oceniona została czytelność formularzy świadomych zgód dostarczanych przez

¹⁵⁰ Gibstein AR, Jabori SK, Watane A, Slavin BR, Elabd R, Singh D. *Do Plastic Surgery Residents Get Sued? An Analysis of Malpractice Lawsuits*. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023 Jan 13;11(1):e4721. doi: 10.1097/GOX.0000000000004721. PMID: 36655026; PMCID: PMC9839246, s. 2-3

¹⁵¹ Vila-Nova da Silva D.B. i wsp., *The increasing growth of plastic surgery lawsuits in Brazil*. *Aesthetic. Plast. Surg.* 2010;34, s. 541–542

Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych. W artykule podkreślono, że wśród pacjentów zgłaszających się na operację plastyczną powszechna jest niska świadomość zdrowotna, co może mieć negatywne konsekwencje w postaci zwiększonej liczby powikłań, niezadowolenia z efektów, a nawet sporów prawnych. Autorzy sugerują, że chirurdzy plastyczni powinni oceniać poziom świadomości zdrowotnej swoich pacjentów i odpowiednio dostosowywać komunikację. Badanie podkreśliło ponadto potrzebę uproszczenia słownictwa w celu zwiększenia czytelności dokumentów przedstawianych pacjentowi w celu podjęcia świadomej zgody na zabieg operacyjny, co jest zgodne z wnioskami z wcześniejszej części niniejszej pracy.¹⁵²

W powyższej części niniejszej pracy omówiono wyzwania stojące przed chirurgami plastycznymi w uzyskiwaniu w pełni świadomej zgody pacjentów, w szczególności w dobie Internetu, dzięki którym pacjenci mają dostęp do szerokiego, ale często nierzetelnego zakresu informacji oraz przy jednoczesnym braku standardów wykorzystania zdjęć „przed i po” i potencjalnego wykorzystania sztucznej inteligencji w realizacji procedury informacyjnej. Przedstawiono ponadto zarówno wyniki dokonanego w 2020 roku przez autora niniejszej pracy systematycznego przeglądu artykułów naukowych dostępnych w platformie PubMed, które dostarczyły informacji, że świadoma zgoda była przedmiotem sporu sądowego w 30,1% do nawet 43,8% wszystkich spraw sądowych z udziałem chirurgów plastycznych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, jak i wyniki badań przedstawionych w innych artykułach, w tym, opublikowanym w 2021 roku na podstawie orzeczeń włoskich oraz w 2023 roku, dotyczącym znaczenia kompetencji i kwalifikacji lekarza realizującego obowiązek informacyjny. Przedstawione badania dobitnie dowodzą znaczenia świadomej zgody w chirurgii plastycznej.

* * *

W rozdziale omówiono prawne obowiązki lekarzy w zakresie informowania pacjentów o stanie ich zdrowia, sposobach diagnostyki i leczenia oraz możliwych konsekwencjach tych zabiegów. Zgodę pacjenta na poddanie się zabiegowi

¹⁵² Barton N, Janis JE. *Missing the Mark: The State of Health Care Literacy in Plastic Surgery*. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 May 13;8(5):e2856. doi: 10.1097/GOX.0000000000002856. PMID: 33133907; PMCID: PMC7572040, s. 1-9

chirurgicznemu uważa się za bezskuteczną, jeżeli została ona wyrażona przed uzyskaniem dostępnej informacji o skutkach zabiegu. Analiza orzeczeń, co do zakresu powikłań wskazuje, że informacje przedstawione pacjentowi powinny zawierać opis proponowanej procedury, a także wszelkie następstwa, zarówno pożądane, jak i niepożądane. Lekarz powinien szczególnie zwrócić uwagę na ewentualne konsekwencje, które mogłyby spowodować znaczny uszczerbek na zdrowiu pacjenta, nawet jeśli są one rzadkie. O ile nie jest konieczne wymienienie wszystkich możliwych objawów, o tyle lekarz powinien ogólnie określić rodzaj możliwych następstw i wskazać ich potencjalny wpływ na organizm pacjenta. Zakres informacji o potencjalnych konsekwencjach niepożądanych powinien być rozróżniony na zabiegi ratujące życie, zabiegi planowe i zabiegi nie mające charakteru terapeutycznego, przy czym informacje te powinny być najszersze w przypadku zabiegów nieterapeutycznych. Określono, że standard organizacyjny powinien uwzględnić:

- standard przystępności przekazywanych informacji,
- standard momentu, w którym informacje powinny zostać przedstawione pacjentowi do swobodnego zapoznania się przed podjęciem świadomej decyzji,
- wyłączenie prawa do zrzeczenia się informacji w przypadku zabiegów nieterapeutycznych wykonywanych w ramach chirurgii plastycznej,
- prawo pacjenta do uzyskania pełnej informacji oraz wyrażenia zgody *a priori* na planowany proces medyczny, z zastrzeżeniem, że aby osiągnąć zamierzony cel medyczny należy przeprowadzić co najmniej dwie procedury medyczne,
- standard zakresu informacji o następstwach zabiegu przekazywanych pacjentowi, z uwzględnieniem alternatywnych metod diagnostycznych lub leczniczych dostępnych, a nierealizowanych w tejże placówce, niezależnie od faktu ich refundacji przez płatnika publicznego lub prywatnego,
- standard wyboru lekarza, który przeprowadzi procedurę medyczną,
- standard wskazania wyrobów medycznych, które zostaną zaimplementowane pacjentowi,
- standard korzystania z materiałów informacyjnych z rodzaju „zdjęcia przed i po”,
- standard korzystania ze sztucznej inteligencji przy tworzeniu symulacji wyglądu i projektowaniu ryzyka

Autor poprzez analizę poglądów doktryny, dorobku orzecznictwa oraz doniesień naukowych udowodnił specyfikę świadomej zgody w chirurgii plastycznej i jej istotne znaczenie w sporach sądowych. W odniesieniu do zaprezentowanych norm prawnych obowiązujących w tym zakresie w Polsce, wskazał, że istnieje potrzeba ustanowienia standardu organizacyjnego uzyskiwania zgody w chirurgii plastycznej w randze przepisów prawa.

ROZDZIAŁ IV – STANDARD ORGANIZACYJNY UZYSKIWANIA ZGODY W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

4.1 BADANIE ORZECZEŃ SĄDOWYCH

Wyniki systematycznego przeglądu literatury naukowej oraz badania prezentowane w poprzednim rozdziale, skłoniły autora niniejszej pracy do przeprowadzenia własnego badania znaczenia zagadnienia świadomej zgody w sporach sądowych w Polsce. W tym kontekście, autor zadał sobie pytanie, czy i w jakim stopniu problematyka świadomej zgody ma wpływ na praktykę chirurgii plastycznej oraz jakie są jej realne konsekwencje dla pacjentów i lekarzy. Pierwsze badanie będzie skoncentrowane na analizie wyroków zakwalifikowanych do analizy na podstawie metody przedstawionej poniżej.

4.1.1 Prezentacja zastosowanych metod badawczych

W kwietniu 2023 r. autor zbudował bazę orzeczeń sądowych (w dalej części analizy orzeczeń jako „baza orzeczeń”) na podstawie szeregu zapytań przeprowadzonych w Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych¹⁵³ będącym oficjalną stroną internetową prowadzoną przez Ministerstwo Sprawiedliwości w Polsce. Wszystkie zapytania były ograniczone okresem publikacji orzeczenia w ciągu ostatnich 10 lat (od 1.01.2012 r. do 31.12.2022 r.). Autor posługiwał się polami wyszukiwania takimi jak:

- szukane słowa,
- podstawa prawna,
- hasła tematyczne.

przy czym najczęściej łącząc pola „szukane słowa” oraz „podstawa prawna”.

W zakresie pola wyszukiwarki „podstawa prawna”, autor wpisywał wyłącznie numer przepisu prawnego taki jak „444”, „445”, „430” bez dopisywania aktu prawnego „kodeksu cywilnego” lub „kc”, „k.c” z uwagi na to, że Portal nie jest zbudowany na bazie ustrukturalizowanych danych, a prowadzi wyszukiwania na podstawie słów dostępnych

¹⁵³ <https://orzeczenia.ms.gov.pl/search/advanced>, dostęp na dzień 30.04.2023 r.

w orzeczeniu lub jego również bezsłownikowych metadanych. Brak ustrukturalizowania bazy orzeczeń powoduje, że podstawa prawna jest zapisywana w niejednolity sposób. Autor założył więc, że lepiej jest uzyskać potencjalnie szersze wyniki, aniżeli pominąć jakiegokolwiek na skutek błędu literowego w oznaczeniu orzeczenia. Podobnie rzecz miała się do ustaw takich jak ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dla których wprowadzono wyłącznie część nazwy w postaci „prawach pacjenta” oraz „zawodach lekarza”.

Łącznie autor przeprowadził 23 zapytania do portalu orzeczeń uzyskując 4961 wyroków, z czego 1610 orzeczeń zostało wprowadzonych do bazy orzeczeń autora jako niepowtarzające się w pozostałych zapytaniach. Początkowo autor konstruował zapytania łącząc słowa kluczowe „chirurgia plastyczna”, „chirurg plastyczny” etc. z podstawami prawnymi, które mogły być podstawą roszczenia. Wobec chęci sprawdzenia, czy baza orzeczeń przygotowana przez autora jest pełna i orzeczenia związane z chirurgią plastyczną nie zostały pominięte, autor zdecydował się na dokonanie zapytania wyłącznie po słowie kluczowym bez dodawania podstawy prawnej, co oczywiście wiązało się z koniecznością przetworzenia bardzo dużej bazy wyników. Jednak, wobec tego, że zapytania po słowach kluczowych dały w zasadzie 100% wyników orzeczeń zakwalifikowanych do bazy przy 2935 rekordach w porównaniu z 4961 rekordami dla wszystkich przeprowadzonych zapytań, wydaje się rozsądne, aby kolejne potencjalne badania z użyciem portalu orzeczniczego prowadzić już bezpośrednio według tej metody. Skonstruowane przez autora zapytania przedstawiono poniżej:

- zapytanie 1: chirurgia plastyczna/ chirurgii plastycznej + 444,
- zapytanie 2: chirurg plastyczny + 444,
- zapytanie 3: chirurg plastik 444,
- zapytanie 4: chirurgia plastyczna/ chirurgii plastycznej + 445,
- zapytanie 5: chirurg plastyczny + 445,
- zapytanie 6: chirurg plastik + 445,
- zapytanie 7: chirurgia plastyczna + prawach pacjenta,
- zapytanie 8: chirurg plastyczny + prawach pacjenta,
- zapytanie 9: chirurg plastik + praw pacjenta,
- zapytanie 10: chirurgia plastyczna/ chirurgii plastycznej/ chirurg plastyczny + zawodach lekarza,

- zapytanie 11: chirurgia plastyczna/ chirurg plastyczny/ chirurg plastyk + błąd lekarski,
- zapytanie 12: chirurg plastyk + zawodach lekarza,
- zapytanie 13: chirurgia plastyczna/ chirurg plastyczny/ chirurg plastyk + 430,
- zapytanie 14: chirurgia plastyczna/ chirurg plastyczny/ chirurg plastyk + 415,
- zapytanie 15: chirurgia plastyczna/ chirurg plastyczny/ chirurg plastyk + 416,
- zapytanie 16: chirurgia estetyczna/ chirurgii estetycznej,
- zapytanie 17: chirurg estetyczny,
- zapytanie 18: chirurg estetyk,
- zapytanie 19: chirurgia rekonstrukcyjna/ chirurgii rekonstrukcyjnej,
- zapytanie 20: chirurg rekonstrukcyjny,
- zapytanie 21: chirurgia plastyczna,
- zapytanie 22: chirurg plastyczny,
- zapytanie 23: chirurg plastyk.

Tabela nr 5 – Wyniki zapytań do bazy Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych

Nr zapytania	Liczba rekordów	Liczba rekordów powtarzających się	Liczba rekordów nowych, zakwalifikowanych do bazy orzeczeń autora
1	336	0	336
2	234	207	27
3	167	109	58
4	481	269	212
5	338	310	28
6	253	201	52
7	8	5	3
8	8	6	2
9	6	3	3
10	3	0	3
11	1	0	1
12	29	10	19
13	57	33	24
14	95	62	33
15	10	7	3
16	397	170	227
17	275	215	60
18	71	40	31
19	180	65	115
20	139	109	30
21	851	643	208
22	547	506	41

23	475	381	94
Łącznie	4961	3352	1610

źródło: opracowanie własne

Po utworzeniu bazy orzeczeń, autor dokonał analizy 1610 orzeczeń w celu kwalifikacji do dalszego badania. Warunkiem kwalifikacji był przedmiot sporu sądowego, jakim musiała być procedura chirurgiczna kompetencyjnie przynależna do chirurgii plastycznej. W większości przypadków, chirurg plastyczny występował w orzeczeniu jako biegły sądowy, z czego w ponad 1000 przypadków w sporze dotyczącym wypadków komunikacyjnych lub błędów medycznych w innych specjalnościach lekarskich. Na tej podstawie, autor zakwalifikował 19 wyroków sądu jako bezpośrednio związanych z operacją plastyczną kompetencyjnie przynależną do chirurgii plastycznej.

Należy mieć na uwadze ograniczenie tego badania polegające na nieuwzględnieniu świadczeń wypłacanych przez ubezpieczycieli w postępowaniu przedsądowym oraz toczących się aktualnie spraw sądowych.

4.1.2 Wyniki badania

W tym podrozdziale autor szczegółowo przyjrzy się wybranym orzeczeniom sądowym, które zostały zaklasyfikowane do szczegółowej analizy w ramach niniejszej rozprawy, wcześniej zaprezentowaną metodologią. Przedmiotem każdej z kolejnych analiz będzie krytyczna ocena, czy w centrum sporu znajdowała się kwestia adekwatnej procedury informacyjnej uświadamiającej pacjenta, czy też zwrócono uwagę na inne aspekty, takie jak potencjalne błędy medyczne czy organizacyjne.

Pierwszy analizowany wyrok o sygn. akt XXV C 57/17¹⁵⁴ (nr 21 w bazie orzeczeń), w którym sąd oddalił powództwo przedstawia spór, który dotyczył głównie niezadowolających efektów zabiegu liposukcji przeprowadzonego w okolicach ud powódki. Powódka (J.S.) zgłaszała zastrzeżenia co do efektów tego konkretnego zabiegu, ale nie miała zastrzeżeń do innych zabiegów wykonanych na różnych częściach jej ciała. Dodatkowo, powódka zarzucała pozwanemu naruszenie jej prawa do pełnej dokumentacji medycznej, twierdząc, że otrzymała tylko część dokumentacji i że wydana

¹⁵⁴ Wyrok SO w Warszawie XXV Wydział Cywilny z dnia 8.04.2022 r., Sygn. akt XXV C 57/17

dokumentacja była niepełna. Powódka wielokrotnie wnioskowała o wydanie pełnej dokumentacji medycznej i wszczęcie postępowania wyjaśniającego przez różne instytucje, w tym Rzecznika Praw Pacjenta i Ministerstwo Zdrowia. Jednak zarówno Rzecznik Praw Pacjenta, jak i Ministerstwo Zdrowia nie znalazły podstaw do stwierdzenia naruszenia praw pacjenta. Biegli sądowi zgodnie uznali, że powódka przed każdym zabiegiem, któremu została poddana w pozwanej placówce, odbyła konsultację z chirurgiem i podpisała szczegółową zgodę na każdy rodzaj zabiegu, który u niej przeprowadzono. Z okoliczności faktycznych sprawy wynika, że powódce przed zabiegami usuwania tkanki tłuszczowej, którym została poddana w placówce medycznej pozwanej spółki, udzielono pełnej i wyczerpującej informacji na temat zabiegów, ich możliwych następstw i skutków ubocznych, a przed zabiegami powódka udzieliła pisemnej zgody na ich przeprowadzenie, stosownie do wymogów z art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ze zgromadzonych w sprawie dowodów wynika, że powódka mając pełną świadomość możliwych skutków ubocznych zabiegów usuwania tkanki tłuszczowej oraz możliwej potrzebie ich powtarzania w celu osiągnięcia zadowalających efektów estetycznych, świadomie i dobrowolnie wyrażała zgodę na poddanie się spornym zabiegom w placówce medycznej pozwanej spółki.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do efektu zabiegu operacyjnego (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Drugi analizowany wyrok o sygn. akt I ACa 807/14¹⁵⁵ (nr 278 w bazie orzeczeń), w którym sąd oddalił powództwo przedstawia spór, dotyczący głównie zakażenia bakteryjnego, które powódka doznała w trakcie hospitalizacji po przeprowadzeniu zabiegu rekonstrukcji piersi. Zakażenie to spowodowało poważne powikłania pooperacyjne, w tym rozległy ubytek skóry brzucha, co z kolei spowodowało dolegliwości bólowe i trudności w poruszaniu się. Sąd uznał, że zakażenie było wynikiem braku należytej staranności ze strony placówki medycznej w przestrzeganiu reżimu sanitarnego i odpowiedniej profilaktyki okołoperacyjnej. Przedmiotem sporu było również naruszenie praw pacjenta, w tym prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, wyrażenia zgody na określone świadczenia zdrowotne lub ich odmowy po uzyskaniu

¹⁵⁵ Wyrok SA w Katowicach I Wydział Cywilny z dnia 16.12.2014 r., Sygn. akt I ACa 807/14

odpowiedniej informacji, oraz prawo do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Spór dotyczył również odszkodowania za utracone dochody i zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Sąd orzekł na korzyść powoda, zasądając od pozwanego na rzecz powódki zadośćuczynienie oraz rentę z powodu zmniejszenia widoków na przyszłość, jednakże uznał, że nie doszło do naruszenia obowiązku udzielania pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia albo rokowaniu. Powódka miała świadomość charakteru zabiegu, metody leczenia i możliwości powikłań. Przed podjęciem decyzji o rekonstrukcji piersi zbierała informacje na temat zabiegu i była informowana o metodach i sposobie postępowania.

Ocena: Pomimo, że głównym przedmiotem sporu było zakażenie bakteryjne powódki i związane z tym komplikacje zarówno zdrowotne jak i zawodowe, w sporze znaczenie miało również zagadnienie świadomości pacjenta co do możliwych powikłań zabiegu operacyjnego (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Przedmiotem sporu w kolejnym analizowanym wyroku¹⁵⁶ (nr 604 w bazie orzeczeń) jest kwestia odpowiedzialności za zarażenie powódki w trakcie jej pobytu w szpitalu. Centralnym punktem sporu jest ustalenie czy zarażenie powódki miało miejsce z powodu zaniedbań personelu medycznego w zakresie dbałości o aseptykę oraz czy zarażenie to było przyczyną doznanej przez nią szkody. Przyczyną pozwu były zarówno błędy medyczne, jak i zaniedbania organizacyjne. Z dokumentu wynika, że doszło do nieprawidłowości w działaniach personelu szpitala, które skutkowały zakażeniem pacjentki. Jednym z głównych zarzutów było niewłaściwe wdrożenie profilaktyki okołoperacyjnej, w tym nieprawidłowe zastosowanie dawki antybiotyku. Pacjentka nie była w pełni zabezpieczona przed zakażeniem endogennym podczas operacji. Ponadto, szpital nie dysponował usystematyzowanymi procedurami wykrywania nosicielstwa pewnych bakterii u pacjentów hospitalizowanych.

Ocena: W sporze nie miało znaczenia zagadnienie świadomości pacjentki co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

¹⁵⁶ Wyrok SO w Świdnicy II Wydział Cywilny Odwoławczy z dnia 12.11.2019 r., Sygn. akt Ca 793/19

Wyrok¹⁵⁷ w kolejnej sprawie (nr 681 w bazie orzeczeń) wskazuje, że pozew miał związek z błędem medycznym. Konkretnie, chodzi o zaniedbanie w postaci niediagnozowania i niezaopatrzenia pacjenta po przecięciu mięśnia piersiowego. To zaniedbanie zostało uznane za ewidentne zawinienie, które spowodowało, że powódka była poddawana dalszym operacjom i doznała wieloletnich cierpień fizycznych i psychicznych. W listopadzie 2007 roku, powódka została zoperowana z powodu zauważonej deformacji lewej piersi. Podczas operacji doszło do przecięcia obustronnego mięśnia piersiowego większego, co miało negatywny, trwały wpływ na zdrowie powódki. Z powodu zgłaszanych przez nią bólów, w placówce pozwanego zorganizowano kolejną operację, podczas której mięsień piersiowy został znowu uszkodzony, ale w innym obszarze. Dodatkowo, 18 lutego 2008 roku, przeprowadzono operację wymiany implantów piersiowych. Mimo licznych interwencji chirurgicznych, stan zdrowia powódki pogarszał się. 14 kwietnia 2009 roku, w szpitalu pozwanego, przeprowadzono badanie, które wykazało obecność torbieli między mięśniami, którą później usunięto. Badanie histopatologiczne wykazało stan zapalny, uszkodzone nerwy i fragmenty uszkodzonych węzłów chłonnych. Powódce zasugerowano terapię sterydową. Z powodu braku poprawy, powódka zdecydowała się na leczenie w innej placówce, gdzie po serii badań zdiagnozowano jatrogenne uszkodzenie obu mięśni piersiowych po lewej stronie. W konsekwencji, 25 lipca 2009 roku, przeszła operację rekonstrukcyjną obu mięśni piersiowych. Powódka twierdzi, że doznane uszkodzenia mięśni piersiowych są wynikiem nieprawidłowo przeprowadzonych operacji przez pozwanego. Jako uzasadnienie roszczenia o zadośćuczynienie, powódka wskazała, że przed interwencjami chirurgicznymi prowadziła aktywny styl życia, z intensywnymi treningami sportowymi. Obecnie boryka się z problemami związanymi z bezbolesnym poruszaniem się, doznając również bólu oraz cierpienia fizycznego i psychicznego, będącego rezultatem trwałych uszkodzeń ciała, okaleczenia i deformacji, które nastąpiły w wyniku przeprowadzonych operacji.

Ocena: W sporze nie miało znaczenia zagadnienie świadomości pacjentki co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Przedmiotem kolejnego sporu¹⁵⁸ (nr 715 w bazie orzeczeń) była kwestia, czy doszło do naruszenia praw pacjenta, w szczególności prawa do właściwego standardu

¹⁵⁷ Wyrok SA w Gdańsku I Wydział Cywilny z dnia 21.08.2018 r., Sygn. akt I ACa 970/14

¹⁵⁸ Wyrok SA w Białymstoku I Wydział Cywilny z dnia 14.09.2016 r., Sygn. akt I A Ca 7/16

opieki medycznej oraz prawa do pełnej informacji o możliwych powikłaniach związanych z zabiegiem operacyjnym. Powódka, będąca pielęgniarką z wyższym wykształceniem, poddała się operacji redukcji piersi w klinice strony pozwanej z powodu znacznego przerostu piersi, który powodował problemy z kręgosłupem i dolegliwości bólowe. Operacja miała na celu nie tylko poprawę estetyki, ale przede wszystkim zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa i leczenie dyskopatii. Po operacji powódka doświadczyła powikłań, w tym martwicy okołosutkowej, która wymagała dalszych interwencji chirurgicznych. Powódka twierdziła, że powikłania te były wynikiem błędów popełnionych przez pozwaną podczas operacji oraz nieodpowiedniej opieki pooperacyjnej. W trakcie procesu sądowego, jednym z kluczowych aspektów rozważanych przez sąd było to, czy powódka została odpowiednio poinformowana o potencjalnych ryzykach związanych z operacją. Powódka argumentowała, że nie została w pełni poinformowana o ryzyku operacyjnym, co mogło wpłynąć na jej decyzję o poddaniu się operacji. Twierdziła, że gdyby była świadoma wszystkich potencjalnych ryzyk, mogłaby zrezygnować z operacji lub zwrócić się o dodatkowe konsultacje i opinie przed podjęciem ostatecznej decyzji. Sąd zwrócił uwagę na fakt, że pozwana nie przedstawiła dowodów potwierdzających, że powódka została w pełni poinformowana o potencjalnych ryzykach związanych z operacją. Brak pełnej informacji o ryzyku operacyjnym może być uznany za naruszenie praw pacjenta, co może skutkować odpowiedzialnością cywilną lekarza lub placówki medycznej. W związku z powyższym, sąd uznał, że pozwana nie spełniła swojego obowiązku informacyjnego, co przyczyniło się do doznanej przez powódkę krzywdy. Sąd zwrócił również uwagę, że powódka jako osoba z wykształceniem medycznym, mogła mieć pewne oczekiwania co do standardu informacji, które powinny być jej udzielone przed operacją. Z wyroku wynika, że sąd apelacyjny ustalił, że zgoda powódki (pacjentki) na zabieg nie miała cech poinformowanej i uświadomionej. Pacjentka nie została należycie poinformowana o skutkach czekającego jej zabiegu, w tym o konkretnych zagrożeniach związanych z wybraną metodą operacyjną (metodą McKissocka), która wiązała się z większym ryzykiem. Sąd zwrócił uwagę na to, że powódka mogła czerpać wiedzę o zabiegu i jego skutkach z nauki w szkole lub z Internetu, ale to nie zastępowało obowiązku pozwanego (lekarza/placówki medycznej) przekazania jej rzetelnej i zrozumiałej informacji o alternatywnych metodach leczenia oraz o konkretnych zagrożeniach związanych z wybraną metodą operacyjną. W ocenie sądu, poziom kompetencji powódki jako

pacjentki nie mógł zastąpić powinności pozwanego poinformowania jej o konkretnych zagrożeniach i zasadności obranej metody operacyjnej.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do powikłań pooperacyjnych (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd ustalił, że zgoda powódki (pacjentki) na zabieg nie miała cech poinformowanej i uświadomionej.

Kolejny analizowany wyrok o sygn. akt I C 789/11¹⁵⁹ (nr 723 w bazie orzeczeń), przedstawia spór pomiędzy powodem A. G. a pozwanym T. M., który jest lekarzem chirurgii plastycznej. Powód domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 200 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego za potencjalne przyszłe następstwa związane z nieprawidłowo przeprowadzonym zabiegiem chirurgicznym. Powód zgłosił się do pozwanego z prośbą o wykonanie korekcyjnej plastyki okolicy oczu, mając nadzieję na poprawę swojego wyglądu. Sąd ustalił, że „pozwany, podczas konsultacji, nie poinformował powoda o planowanym przebiegu cięć chirurgicznych ani także o ryzyku związanym z możliwością wystąpienia powikłań czy też blizn. Pozwany nie przedłożył także powodowi do zapoznania się i podpisania zgody na przeprowadzenie zabiegu. Pozwany nie zlecił także wykonania podstawowych badań laboratoryjnych ani też nie zebrał od powoda wywiadu medycznego. W obecności powoda pozwany ani jego pracownica, nie założyli powodowi dokumentacji medycznej (...) W przedmiotowej sprawie materiał dowodowy dał podstawę do przyjęcia, że pozwany, mimo ciężącego na nim obowiązku, nie poinformował powoda w należyty sposób ani o przyjętej metodzie leczenia ani o możliwych ryzykach wystąpienia powikłań, ich rodzaju, w tym o możliwości wystąpienia widocznych blizn (...) Pozwany twierdził, że podczas konsultacji przed zabiegiem omówił z nim opisane wyżej kwestie związane z techniczną stroną operacji, a jedynie zaniedbał przedłożenia powodowi odpowiednich dokumentów do złożenia podpisu. Okoliczności tych nie potwierdza jednak nawet treść złożonych przez niego w dalszej części rozprawy zeznań. Warto podkreślić, że w odniesieniu do przebiegu rozmów z powodem i informowania go o możliwych komplikacjach, pozwany używał formy bezosobowej, twierdząc przy tym lakonicznie, że oczywistym jest, że po każdym zabiegu chirurgicznym występują blizny i jest to proces nie do uniknięcia. Już samo to stwierdzenie nasuwa poważne wątpliwości

¹⁵⁹ Wyrok SO we Wrocławiu Wydział I Cywilny z dnia 22.09.2014 r., Sygn. akt I C 789/11

co do opisywanego przez pozwanego spełnienia obowiązku informacyjnego. Okoliczności tych nie potwierdziły również ani zeznania świadków, ani także sporządzona przez pozwanego (prawdopodobnie na długo po wykonaniu zabiegu) dokumentacja medyczna – historia choroby. W dokumencie tym brak jest jakichkolwiek danych dotyczących poinformowania powoda o możliwych komplikacjach związanych z zabiegiem, wysokim prawdopodobieństwie wystąpienia blizn a także informacji jakie rodzaje zabiegów zostały podczas konsultacji omówione.” Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda 60 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 14 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty. Analiza wyroku jednoznacznie wskazuje, że w sporze centralne znaczenie miała świadomość pacjenta co do procedury medycznej oraz sam fakt zastosowania określonej procedury medycznej u pacjenta.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do efektów procedury medycznej (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd ustalił, że zgoda powoda (pacjenta) na zabieg nie miała cech poinformowanej i uświadomionej.

Przedmiotem kolejnego sporu¹⁶⁰ (nr 724 w bazie orzeczeń) są zarzuty powódki dotyczące błędu lekarskiego oraz braku uświadomionej zgody na przeprowadzenie jednego z dwóch zabiegów operacyjnych (korekty grzbietu nosa). Sprawa dotyczyła powództwa pacjentki, która nie była zadowolona z wyglądu swojego nosa i zdecydowała się na operację plastyczną w celu poprawy jego kształtu. Przed operacją, lekarz przeprowadził z powódką rozmowę, w której opisał przebieg operacji, możliwe powikłania i pokazał różne przypadki efektów zabiegów na slajdach. Powódka została również poinformowana, że ostateczny wynik operacji będzie można ocenić po 3-6 miesiącach, a ewentualna korekta może nastąpić po 6-12 miesiącach od zabiegu. Powódka przeszła dwie operacje plastyczne nosa oraz dodatkowy zabieg spłycenia bruzd nosowo-wargowych i międzybrwiowych. Po drugiej operacji zgłosiła niezadowolenie z efektu oraz objawy ciekącego nosa i utraty powonienia w grudniu 2007 roku. Sąd ustalił, że obie operacje zostały przeprowadzone prawidłowo, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, i że nie doszło do błędu lekarskiego. Kapanie z nosa zostało zdiagnozowane jako objaw przewlekłego zapalenia wysiękowego błony śluzowej nosa, które mogło być spowodowane alergią lub zabiegiem korekty estetycznej nosa. Sąd uznał, że nie ma

¹⁶⁰ Wyrok SA w Warszawie I Wydział Cywilny z dnia 7.02.2014 r., Sygn. akt I Aca 377/13

dowodów na to, że zabiegi operacyjne były przyczyną obecnych problemów zdrowotnych powódki. Wyrokiem, sąd oddalił apelację powódki i zasądził od niej na rzecz pozwanej spółki kwotę 2700 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego. W sporze znaczenie miała również świadoma zgoda pacjenta. Powódka wskazała, że przed pierwszą operacją była szeroko informowana o skutkach zabiegu, możliwych powikłaniach, jednak wskazywała, że nie wiedziała o możliwości wystąpienia kapania z nosa, utraty węchu, czy czucia w czubku nosa i nie zdawała sobie sprawy, z jakim ryzykiem wiąże się przeprowadzenie zabiegu, a zatem, wyrażając zgodę na każdy z zabiegów, nie miała ona świadomości, do czego może dojść na skutek zabiegu. Jak wskazano w wyroku, „w ocenie Sądu zabieg medyczny wykonany bez uświadomionej zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy (...) Jednak w okolicznościach niniejszej sprawy uznać należy, że powódka miała dużą świadomość co do możliwych skutków zabiegów plastycznych nosa, a ponadto wskazywane przez nią w pozwie dolegliwości bądź nie występują stanowiąc jej subiektywne odczucie (opadanie czubka nosa), bądź nie są następstwem tych zabiegów (kapanie z nosa), lecz skutkiem przewlekłego zapalenia błony śluzowej najprawdopodobniej o podłożu alergicznym. Upośledzenie zmysłu węchu może być następstwem zabiegu, jednak wynika to z indywidualnego rozmieszczenia receptorów węchu, nie będąc skutkiem błędu lekarskiego.” Sąd uznał, że lekarz spełnił ustawowy obowiązek udzielenia przystępnej informacji o przewidywanych skutkach zabiegu, a zgoda powódki była "objaśniona" i "poinformowana", co wyłącza bezprawność interwencji lekarza.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do efektu zabiegu operacyjnego (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Kolejny analizowany wyrok o sygn. akt IIC 408/19¹⁶¹ (nr 740 w bazie orzeczeń), przedstawia spór, którego przedmiotem była odpowiedzialność pozwanego (spółki akcyjnej w W.) za szkody wynikłe z zabiegów estetycznych przeprowadzonych na powodzie (R. S.). Powód wniósł pozew o zasądzenie odszkodowania i zadośćuczynienia za nieprawidłowo przeprowadzone zabiegi, które miały miejsce w sierpniu 2015 i marcu

¹⁶¹ Wyrok SO w Łodzi II Wydział Cywilny z dnia 6.04.2022 r., Sygn. akt II C 408/19

2016 roku. Zabiegi te, zamiast poprawić wygląd powoda, doprowadziły do jego oszpecenia. Pozwany nie uznał swojej odpowiedzialności, argumentując, że zabiegi oraz opieka pooperacyjna były prawidłowe, a niekorzystne skutki wynikły z zachowania samego powoda, który nie stosował się do zaleceń i nie poddał się kontroli pozabiegowej. Powód przed zabiegami schudł 35 kg, co spowodowało powstanie fałdu skórno, który mu przeszkadzał. Zabiegi, o których mowa w sprawie, to abdominoplastyka (usunięcie nadmiaru skóry i tłuszczu z brzucha) oraz liposukcja ultradźwiękowa. Po zabiegach powód nie zgłaszał się na wizyty kontrolne ani na zabiegi rehabilitacyjne, ponieważ wyjechał do Anglii. Niezadowolony z efektów, powód zwrócił się o pomoc do innego gabinetu chirurgii plastycznej, gdzie zasugerowano mu kolejną operację plastyczną brzucha, zwracając uwagę na trudność techniczną i ryzyko powstania dużej martwicy skóry w miejscu operowanym. Koszt naprawczego zabiegu oszacowano na 20 000 zł. Jak wynika z uzasadnienia, z kolei „według pozwanego zabieg abdominoplastyki u powoda, a także warunki jego wykonania i opieka pooperacyjna nad powodem były prawidłowe, przebieg zabiegu był niepowikłany, nie doszło do zakażenia rany pooperacyjnej, a powód nie zgłaszał żadnych nieprawidłowości do wykonania operacji. Zalecenia pooperacyjne były prawidłowe. Powód po leczeniu operacyjnym wymagał dalszego leczenia, o czym został poinformowany. Powodowi zalecono kontrolę lekarską po liposukcji w celu korekty chirurgicznej blizny brzucha. Powód nie zgłaszał się na kontrole jak również na dalsze leczenie ambulatoryjne. Usunięcie komórek tłuszczowych przy braku remodelingu ćwiczeniami fizycznymi i utrzymaniu diety spowodowało u powoda przerost pozostałych komórek tłuszczowych, skutkujących deformacją konturów ciała. Brak zabiegów spowodował nierównomierne rozmieszczenie pozostałych po zabiegu komórek tłuszczowych. Również brak zmiany nawyków żywieniowych spowodował, w ocenie pozwanego, rozwój pozostałych w organizmie komórek tłuszczowych - stąd powstała deformacja obrysu bioder u powoda. Efekt terapeutyczny w postaci stwardnienia blizny, zaciągnięć, przemieszczenia struktury przypominającej pępek na lewo, wynikał z braku kontroli i leczenia ambulatoryjnego. Dlatego też następstwa przeprowadzonego zabiegu wynikały z zachowania samego powoda, a w szczególności niestosowania się do zaleceń i braku kontroli pozabiegowej (...) Podzielając w pełni wnioski płynące z opinii biegłego chirurga plastyka, które były logiczne i jednoznaczne, Sąd uznał, że w przedmiotowej sprawie postępowanie lekarzy N.Z.O. Z (...) Spółki z o. o. w Ł., mimo zastrzeżeń powoda, było prawidłowe. Z ustalonych okoliczności sprawy wynika, że na niepożądany efekt estetyczny po

operacjach abdominoplastyki i liposukcji powłok brzusznych mogły wpłynąć zaniedbania samego powoda, polegające na zaniechaniu przez powoda kontroli i rehabilitacji pozabiegowej, zleconej przez lekarzy N.Z.O. Z (...) Spółki z o. o. w Ł..” W sporze istotne i przeważające znaczenie miało jednak zagadnienie świadomości pacjenta co do samego zabiegu. Z wyroku wynika, że prawo pacjenta do rzetelnej informacji zostało naruszone, co uniemożliwiło pacjentowi wyrażenie świadomej zgody na zabieg. W tej sprawie, powód nie otrzymał w placówce, za którą odpowiada pozwany, stosownych informacji o ryzyku związanym z proponowaną metodą leczenia, co oznacza, że udzielona zgoda była dotknięta błędem. Tym samym, czynności lecznicze zostały podjęte bez wymaganej prawem zgody, co rodzi odpowiedzialność placówki medycznej, za którą odpowiada pozwany. Jak wskazał Sąd, „W sposób zawiniony naruszone zostały obowiązujące przepisy prawa, między innymi: art. 15 kodeksu etyki lekarskiej, art. 32 ust. 1 i 2 i ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (t.j. Dz. U. 1997, Nr 218 poz.152), zgodnie z którymi postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Poczynione w sprawie ustalenia dają podstawę do oceny, że zarówno lekarz kwalifikujący powoda do zabiegu, jak i pracownicy szpitala w ogóle nie poinformowali go o możliwych powikłaniach, a tym samym nie przedłożono udzielonej przez powoda na wyżej opisane zabiegi jego zgody. Co znamienne w obecnych standardach leczniczych, wyrażenie zgody pacjenta jest poprzedzone udzieleniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat stanu w jakim się znajduje, jakiego rodzaju procedury lecznicze winny być wdrożone oraz jakie skutki mogą po ich zastosowaniu wystąpić (...) W okolicznościach rozpoznawanej sprawy Sąd doszedł do przekonania, że spełnione zostały przesłanki zasądzenia zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Nie budzi bowiem wątpliwości w świetle poczynionych ustaleń, że personel medyczny szpitala w sposób zawiniony dopuścił się naruszenia prawa powoda do rzetelnej informacji o proponowanym sposobie leczenia, a tym samym do uniemożliwienia powodowi wyrażenia świadomej zgody na zabieg”.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do powikłań pooperacyjnych (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał, że personel medyczny szpitala w sposób zawiniony dopuścił się naruszenia prawa powoda do rzetelnej informacji o proponowanym sposobie leczenia, a tym samym do uniemożliwienia powodowi wyrażenia świadomej zgody na zabieg.

Następny omawiany przypadek dotyczy sprawy o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 100 000 zł za doznaną krzywdę na skutek błędu medycznego (nr 747 w bazie orzeczeń). Jak wynika z wyroku¹⁶², „W uzasadnieniu pozwu powódka powoływała się na błąd w sztuce medycznej, popełniony podczas operacji w dniu 2 lutego 2011 r., a polegający na pozostawieniu w polu operacyjnym niewchłanialnej nici nylonowej o długości 7 cm. Wskazywała, że po zabiegu jej stan zaczął się pogarszać, pojawiły się bóle, wobec czego poddano ją antybiotykoterapii. W dniu 30 listopada 2011 r. została hospitalizowana, w szpitalu stwierdzono stan zapalny lewej piersi z wyczuwalnymi guzkami. W styczniu 2012 r. zdiagnozowano u niej guz, zaś w kwietniu 2012 r. ziarninę pozapalną oraz zwapnienie, wobec czego zakwalifikowano powódkę do zabiegu. Następnie pozwany J. Z. skierował powódkę na badania onkologiczne w celu wykluczenia zmian nowotworowych. Ostatecznie wobec wycieku z lewej piersi powódkę poddano operacji w Szpitalu Ogólnym (...), podczas której wykryto i usunięto nieabsorbujący się nylonowy szew. Dzięki powyższemu, rana całkowicie zagoiła się i nie ma objawów nawrotu. Powódka wywodziła, że właśnie zaszcicie szwu w polu operacyjnym w trakcie operacji z dnia 2 lutego 2011 r. było bezpośrednią przyczyną wszystkich pooperacyjnych komplikacji, doprowadziło do ziarniny, guzów, zwapnienia i silnych dolegliwości bólowych. Powódka podkreślała wiążące się z tym olbrzymie cierpienia psychiczne i fizyczne, trwające przez prawie półtora roku oraz fakt, że na skutek błędu zmuszona była poddać się ponownej operacji. Wskazywała też na obawę, która pojawiła się u niej na skutek sugestii pozwanego, iż wszystkie dolegliwości mogły zostać spowodowane chorobą nowotworową, co wywołało u niej niepotrzebny strach przed śmiertelną chorobą. Podkreślała silne zaburzenia emocjonalne, w tym zmniejszenie poczucia własnej wartości, a także popsucie relacji z mężem, szczególnie w kontaktach intymnych. W powyższych okolicznościach powódka powoływała się na niedopełnienie obowiązku staranności i ostrożności poprzez pozostawienie szwu nylonowego w polu operacyjnym. Powyższe zdaniem strony nie mieści się w ryzyku, na które godzi się pacjent poddając operacji.” Pozwani, z kolei, argumentowali, że zabieg został przeprowadzony zgodnie z zasadami sztuki medycznej i że nić nylonowa została pozostawiona celowo, jako część zastosowanej techniki operacyjnej. Przyczyną pozwu było również rzekome niedoinformowanie pacjenta co do przebiegu zabiegu operacyjnego, powikłań oraz skutków odległych. Powódka, Ż. S., zaprzeczała wyrażeniu

¹⁶² Wyrok SA w Gdańsku I Wydział Cywilny z dnia 23.10.2018 r., Sygn. akt I ACa 1136/17.

świadomej zgody na operację, twierdząc, że nie była poinformowana o tym, że w jej ciele pozostaną niewchłaniaalne szwy i że była w błędzie w tym zakresie. Powódka zaznaczyła, że gdyby była świadoma tego faktu, nie zdecydowałaby się na operację. Jednak sąd zwrócił uwagę, że w aktach sprawy znajduje się formularz świadomej zgody na zabieg operacyjny podpisany przez powódkę, z którego wynika, że została ona poinformowana o wszystkich aspektach zabiegu i że zrozumiała wyjaśnienia lekarza. Sąd zwrócił również uwagę, że trudno przyjąć, że lekarz nie poinformował jej o konieczności pozostawienia szwu syntetycznego w bliźnie, co jest podstawowym założeniem przyjętej techniki operacyjnej metodą Benelli. Dodatkowo, powódka wskazywała na olbrzymie cierpienia psychiczne i fizyczne, które doświadczyła w wyniku komplikacji pooperacyjnych, które, jej zdaniem, były bezpośrednio spowodowane pozostawieniem niewchłaniałnego szwu nylonowego w polu operacyjnym. Powódka podkreślała, że te komplikacje nie były częścią ryzyka, na które zgodziła się, poddając się operacji. Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął za własne ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji. Sąd Okręgowy, doszedł on do przekonania, że nie można pozwanemu J. Z. przypisać winy w zakresie nieprawidłowego czy niezgodnego z zasadami sztuki lekarskiej przeprowadzenia zabiegu mastopeksji okołootoczkowej piersi u powódki. Sąd nie dopatrył się również nieprawidłowości w zakresie realizacji przez pozwanego obowiązku należytego poinformowania powódki o samym zabiegu, jego przebiegu, technice, a także możliwych negatywnych konsekwencjach i powikłaniach, które mogą wystąpić i uzyskaniu zgody pacjentki na powyższe. Sąd pierwszej instancji uznał jednak pozwanego za winnego niewłaściwego postępowania po operacji, uznając, że miał on obowiązek świadczenia odpowiedniej pomocy i terapii pacjentce, która doświadczała niepokojących objawów. Mimo to, pozwany nie podjął konkretnych działań, zamiast tego odesłał ją do lekarza rodzinnego i nie zareagował odpowiednio, gdy terapia antybiotykowa okazała się nieskuteczna.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do efektu zabiegu operacyjnego (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Przedmiotem dalszej analizy będzie wyrok¹⁶³ (nr 762 w bazie orzeczeń), dotyczący roszczeń odszkodowawczych związanych z zakażeniem powódki wirusem HCV. Powódka twierdziła, że zakażenie to miało miejsce w trakcie jednej z operacji chirurgicznych, które miały miejsce w pozwanej placówce medycznej. Zabieg chirurgiczny, który był przyczyną tego sporu, to chirurgiczny zabieg plastyki lewej małżowiny usznej, któremu powódka poddała się w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Powódka poddała się także zabiegowi korekcyjnemu ucha 25 września 2009 roku na Oddziale Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej tej samej placówki. Pozwany szpital zaprzeczył tym zarzutom, argumentując brakiem dowodów na zaniedbania w zakresie standardów sanitarnych oraz brakiem innych przypadków zakażeń w tym okresie. Pozew miał związek z zarzutem niedołożenia należytej staranności w zapewnieniu odpowiedniego stanu sanitarnego przez personel pozwanego szpitala, co mogło prowadzić do zarażenia powódki wirusem HCV. Jednak sąd uznał, że nie ma wystarczających dowodów, aby potwierdzić, że zakażenie miało miejsce w wyniku błędu medycznego lub zaniedbań organizacyjnych w szpitalu. Sąd zwrócił uwagę, że nie było żadnych innych przypadków zakażenia w szpitalu w latach 2009-2010 i że powódka nie przedstawiła dowodów potwierdzających nieprzestrzeganie zasad higienicznych przez szpital. W związku z tym, sąd uznał, że nie spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności pozwanego podmiotu. W wyroku nie ma wyraźnych informacji sugerujących, że znaczenie w sporze miała świadoma zgoda pacjenta. Spór skoncentrował się głównie na kwestii odpowiedzialności szpitala za potencjalne zakażenie powódki wirusem HCV i czy zaniedbania w procedurach szpitalnych mogły przyczynić się do tego zakażenia. Sąd skupił się na analizie dowodów medycznych i opinii biegłych, aby ocenić prawdopodobieństwo zakażenia w szpitalu, a nie na kwestii świadomej zgody pacjenta na zabieg czy potencjalne ryzyka z nim związane.

Ocena: W sporze nie miało znaczenia zagadnienie świadomości pacjentki co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Kolejny wyrok¹⁶⁴ (nr 767 w bazie orzeczeń), rzuca światło na moc dowodu w postaci zeznań świadka co do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec pacjenta. Przedmiotem sporu w tej sprawie było ustalenie czy personel medyczny szpitala, w którym powódka przeszła operację, naruszył powszechnie obowiązujące normy

¹⁶³ Wyrok SO w Łodzi II Wydział Cywilny z dnia 10.03.2014 r., Sygn. akt II C 455/12

¹⁶⁴ Wyrok SO w Łodzi z dnia 5.02.2018 r., Sygn. akt III Ca 1663/17

ochrony ludzkiego życia i zdrowia, dopuszczając się zaniedbania lub błędu w sztuce medycznej. Sprawa koncentrowała się na analizie procedur medycznych zastosowanych wobec powódki, która przeszła planowy zabieg operacyjny o charakterze korekcyjnym mający na celu skrócenie dźwigacza lewej powieki górnej. Kluczowe było określenie przyczyn niepożądanych konsekwencji zabiegu oraz ocena zachowania personelu medycznego w kontekście tych konsekwencji. Sąd uznał, że nie sposób obciążać lekarzy odpowiedzialnością za zaistnienie jednego z typowych powikłań po zabiegu korekty powieki w postaci jej niedomykalności, o ile lekarz wypełnił obowiązek informacyjny wobec pacjenta i przedstawił mu ryzyko tych powikłań. Pozew miał zatem związek głównie z rzekomym niedoinformowaniem pacjenta o możliwych skutkach i oczekiwanych efektach zabiegu chirurgicznego. Powódka twierdziła, że lekarz nie udzielił jej pełnej informacji na temat możliwych powikłań pooperacyjnych przed zabiegiem. Jednak sąd zwrócił uwagę, że choć w formularzu zgody na zabieg nie ma adnotacji na ten temat, nie oznacza to, że brakowało tego elementu. Sąd oparł swoje ustalenia na zeznaniach świadka, chirurga plastycznego, który miał bezpośrednią styczność z powódką i zeznał, że informował pacjentkę o ryzyku powikłań. Sąd zwrócił również uwagę na rosnącą świadomość prawną społeczeństwa i szczególne uwrażliwienie lekarzy na kwestie związane z dopełnieniem ich ustawowych obowiązków informacyjnych. Sąd podkreślił jednak również, że „oczywiście otwartą kwestią pozostaje forma, obszerność i stopień szczegółowości tego pouczenia, tyle tylko że ewentualne uchybienia lub zaniedbania na tej płaszczyźnie powinny bardziej podlegać ocenie poprzez pryzmat ewentualnego naruszenia praw pacjenta, a na tym gruncie powódka jak sama przyznała nie dochodziła żadnych roszczeń.”

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do efektu zabiegu operacyjnego (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Równie interesujący jest wyrok¹⁶⁵ (nr 775 w bazie orzeczeń), w sprawie o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę związaną z powikłaniami po operacji plastycznej piersi. Powódka zdecydowała się na operację plastyczną piersi, podczas której zostały wszczepione implanty, po zauważeniu zmniejszenia i zwiotczenia piersi po

¹⁶⁵ Wyrok SA w Łodzi I Wydział Cywilny z dnia 2.10.2014 r., Sygn. akt I ACa 625/14

cięży i karmieniu dziecka. Powódka doświadczyła powikłań po operacji, w tym rozejścia się brzegów rany, co wymagało kilku dodatkowych zabiegów chirurgicznych. Powódka kwestionowała prawidłowość przeprowadzonego zabiegu oraz zarzucała pozwanej brak należytej opieki pooperacyjnej. Powódka twierdziła również, że pozwana "nakłoniła" ją do zastosowania określonej metody chirurgicznej i powiększenia piersi. Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki uznając, że powódka samodzielnie podjęła decyzję o zastosowaniu implantów i podpisała świadomą zgodę na operację, mając możliwość wyboru wielkości implantów przed zabiegiem. Nie budziło wątpliwości, że powódka, udając się na wstępną wizytę konsultacyjną do pozwanej doktor, miała zamiar przeprowadzić operację plastyczną, przy czym miała możliwość skorzystania z kilku różnych metod leczenia. Lekarz przyjmujący powódkę miał więc obowiązek dokładnego poinformowania jej o wszystkich konsekwencjach związanych z użyciem każdej z metod, w tym o poziomie i potencjalnym zakresie ryzyka powikłań, aby powódka mogła w pełni świadomie dokonać wyboru metody najbardziej odpowiedniej dla siebie. Jak wskazał Sąd Apelacyjny „podkreślić przy tym należy, że pozyskanie przez pacjenta takich informacji jest szczególnie kluczowe w przypadku wykonywania zabiegów chirurgii estetycznej. Nie są one przecież motywowane potrzebą ratowania życia i zdrowia, lecz przeprowadza się je zazwyczaj wyłącznie w celu poprawienia zadowolenia pacjenta z własnych cech anatomicznych. Najistotniejszym uprawnieniem pacjenta w takim przypadku pozostaje więc możliwość rozmyślenia się, odstąpienia od wykonania początkowo wybranej czy też każdej alternatywnej metody leczenia.” Przeprowadzone dowody nie potwierdziły zarzutów powódki, że zmiana jej początkowych planów, czyli przeprowadzenie operacji podniesienia piersi, była wynikiem nielegalnych działań pozwanej. W szczególności nie doszło do naruszenia opisanego wcześniej obowiązku informacyjnego przez pozwaną. Było niewątpliwe, że powódka pragnęła, aby efektem operacji było podniesienia piersi, co mogło zostać osiągnięte również przez skuteczne wszczepienie implantów. Nie można jednak zaakceptować twierdzenia, że powódka wykluczała możliwość jednoczesnego powiększenia biustu. Sąd wypowiedział się również co do formy wyrażenia zgody na zabiegi wskazując, że „Strona pozwana nie przedstawiła wprawdzie pisemnych oświadczeń powódki o wyrażeniu zgody na wykonanie kolejnych zabiegów tj. z dnia 20 listopada 2009 roku, 12 grudnia 2009 roku i 9 stycznia 2010 roku. Nie wykluczało to jednak skutecznego dowodzenia dwukrotnego wyrażenia takiej zgody. W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie została uregulowana kwestia skutków prawnych niezachowania pisemnej formy zgody pacjenta na zabieg operacyjny.

W orzecznictwie sądowym powszechnie przyjmuje się, że jest to przejaw woli podobny do oświadczenia woli, co z kolei pozwala na odpowiednie zastosowanie przepisów dotyczących oświadczeń woli oraz czynności prawnych, w tym zwłaszcza normujących formę czynności prawnych (art. 73 i nast. k.c.). Niezachowanie formy pisemnej pociąga zatem za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie, nie eliminując skutków prawnych samej zgody.”

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do powikłań pooperacyjnych oraz zgody na określoną w ogóle procedurę medyczną (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Kolejna analiza dotyczy wyroku¹⁶⁶ (nr 779 w bazie orzeczeń) w sprawie związanej z roszczeniem powódki dotyczącym odszkodowania i zadośćuczynienia za krzywdę, której doznała w wyniku zabiegu chirurgicznego korekty nosa. Podczas tego zabiegu, pozwana (lekarz wykonujący zabieg) skróciła przegrodę chrząstną i skorygowała chrząstki skrzydłowe boczne przez ich redukcję, dokonała ścięcia garbu nosa i osteotomię poczwórną, co skutkowało zmniejszeniem nosa i usunięciem garbka. Zabieg ten miał na celu poprawę estetyki nosa powódki. Powódka domagała się zapłaty argumentując, że w wyniku niedbałości lekarza przeprowadzającego zabieg korekcji nosa, doszło do jej oszpecenia. Powódka twierdziła, że zabieg nie przyniósł zamierzonego efektu, tj. usunięcia garbu nosa i jego zmniejszenia. Z analizy wyroku wynika, że przed zabiegiem pozwana przeprowadziła z powódką kilka spotkań, podczas których omówiono przebieg i potencjalne następstwa operacji. Pozwana opisała powódce, jak będzie wyglądała operacja korekty nosa, włączając w to oczekiwane efekty po operacji. Zaznaczono, że nos powódki miał być mniejszy i nie miał być opadnięty po zabiegu. Pozwana jednak nie zagwarantowała powódce pozytywnego wyniku zabiegu. Wszystkie te informacje zostały przedstawione powódce przed operacją, co sugeruje, że była ona świadoma, jak będzie wyglądała operacja. W oświadczeniu złożonym na rozprawie pozwana wskazała, iż w jej ocenie umowa, którą powódka zawarła nie jest umową o dzieło, ale umową starannego działania. Sąd podkreślił, że „w przypadku zabiegów operacyjnych trudno mówić o gwarancji osiągnięcia konkretnego efektu. Zabieg jest bowiem wykonywany na żywym organizmie, którego reakcji na ingerencję

¹⁶⁶ Wyrok SR w Gdyni I Wydział Cywilny z dnia 29.07.2022 r., Sygn. akt I C 1209/18

chirurgiczną nie sposób całkowicie przewidzieć. Powyższe potwierdza treść opinii biegłego sądowego, który wskazał, że w przypadku zabiegu korekty nosa lekarz nie jest w stanie zagwarantować osiągnięcia oczekiwanego przez pacjenta rezultatu w postaci określonego, konkretnego wyglądu nosa.”

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do gwarancji uzyskania określonego efektu zabiegu operacyjnego (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę, a w przypadku zabiegów operacyjnych trudno mówić o gwarancji osiągnięcia konkretnego efektu.

W następnym orzeczeniu sądu¹⁶⁷ (nr 802 w bazie orzeczeń) omawiana jest kwestia zmiany procedury chirurgicznej w trakcie jej trwania. Spór dotyczył tego, czy zabieg operacyjny został wykonany zgodnie z umową między stronami. Pacjent zgłosił się do lekarza pod koniec października i na początku listopada 2010 roku. Podczas konsultacji pacjent wyjawiał, że miał już kilka operacji nosa, ale mimo to, podczas snu, lewa strona nosa się zapadała, a pacjent miał trudności z oddychaniem spowodowane krzywą przegrodą nosową. Lekarz uznał, że pacjent kwalifikuje się do operacji mającej na celu poprawę drożności nosa: skorygowanie przegrody nosa i przeszczepienie chrząstki lewej strony nosa. Podczas operacji lekarz zauważył uszkodzenie tkanek lewej strony nosa, spowodowane wcześniejszymi operacjami pacjenta. Uszkodzenie tkanek uniemożliwiło ich rozdzielenie i wszczepienie chrząstki bez ryzyka przebicia tkanek. Taki zabieg stanowiłby dla pacjenta nieuzasadnione ryzyko pogorszenia stanu zdrowia. Nie było więc odpowiednich warunków anatomicznych do przeprowadzenia wspomnianej operacji. W związku z tym lekarz zrezygnował z planowanego przeszczepu chrząstki. Jednakże, aby ustabilizować i prawidłowo – w linii środkowej ciała – zagoić przegrodę nosa, w obu przegrodach nosowych zamocowano rurki do czoła. Po odzyskaniu przytomności powód został poinformowany o fakcie i powodach niedokonania przeszczepu chrząstki lewego skrzydełka nosa. W pozwie, powód twierdził, że miała zostać przeprowadzona operacja plastyczna czubka nosa a nie repozycja przegrody nosa. Sąd uznał jednak, że przedmiotem umowy była operacja skrzywionej przegrody nosa z opcją przeszczepienia chrząstki skrzydełka nosa. Z dokumentacji medycznej wynika, bowiem że powód (pacjent) własnoręcznie podpisał zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego w postaci

¹⁶⁷ Wyrok SO w Poznaniu Wydział XV Cywilny Odwoławczy z dnia 24.01.2014 r., Sygn. akt VX Ca 1506/13

repozycji przegrody nosa. Twierdzenia powoda o złożeniu podpisu "in blanco" oraz o nieznajomości łaciny zostały uznane za niewiarygodne, ponieważ cała dokumentacja medyczna (tym zgoda na wykonanie określonego zabiegu, opis przebiegu zabiegu operacyjnego oraz karta informacyjna) była sporządzona w języku polskim. Ponadto, powód otrzymał kartę informacyjną, która wyraźnie wskazywała na rodzaj leczenia i zalecenia lekarskie po operacji, do których się nie zastosował, co mogło wpłynąć na wynik zabiegu. Sąd zwrócił uwagę, że powód jest osobą z dużym doświadczeniem w zakresie hospitalizacji i zabiegów laryngologicznych, świadomą stosowanych procedur, co sprawia, że jest mało prawdopodobne, aby podpisał dokumenty "in blanco". Ocena: Zdaniem autora, w sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do możliwości modyfikacji zabiegu operacyjnego w trakcie jego trwania (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powód miał pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraził zgodę.

Przedmiotem kolejnego sporu¹⁶⁸ (nr 870 w bazie orzeczeń) była odpowiedzialność pozwanego za szkodę niemajątkową i majątkową, którą powódka utrzymywała, że poniosła w wyniku operacji powiększenia piersi przeprowadzonej przez pozwanego. Powódka zarzucała, że nie została w pełni poinformowana o możliwych skutkach i ryzyku związanym z operacją oraz ewentualnych powikłaniach. Powódka wskazywała również na problemy zdrowotne, które napotkała po operacji, w tym problemy z implantami, które wymagały kolejnej operacji. Powódka domagała się zadośćuczynienia i odszkodowania za doznane krzywdy, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, oraz za koszty związane z leczeniem i konsultacjami lekarskimi, które wynikły z problemów zdrowotnych po operacji. Powódka przeszła operację powiększenia piersi 14 lutego 1998 roku, przeprowadzoną przez specjalistę chirurgii plastycznej. Z powodu problemów z implantami, takich jak pęknięcia i wycieki silikonu, powódka musiała poddać się kolejnym zabiegom, w tym wymianie implantów. Druga operacja, będąca przedmiotem sporu, odbyła się w 2004 roku. Podczas tego zabiegu usunięto obydwa wcześniejsze implanty i wprowadzono nowe z powodu pęknięcia torebki prawej protezy i wycieku silikonu do mięszu piersi. Powódka twierdziła, że lekarz nie poinformował jej o możliwych skutkach i ryzyku związanym z operacją oraz o możliwych powikłaniach, co jest naruszeniem obowiązków wynikających z ustawy

¹⁶⁸ Wyrok SO we Wrocławiu I Wydział Cywilny z dnia 27.05.2013 r., Sygn. akt I C 224/10

o zawodzie lekarza i Kodeksu Etyki Lekarskiej. Powódka zarzucała, że brak pełnej informacji o zabiegu był przejawem niedbalstwa ze strony pozwanego i uzasadniał zarzuty zawinienia i odpowiedzialności za szkody zarówno majątkowe, jak i niemajątkowe, takie jak koszty operacji, konsultacji lekarskich i dojazdów. Powódka pozwała również współników spółki cywilnej, którzy wprowadzili do obrotu w Polsce produkty, w tym implanty, firmy z Wielkiej Brytanii, które zostały użyte u powódki. Według powódki, użyte w niej implanty silikonowe były produktem niebezpiecznym zgodnie z art. 449¹ § 2 i 3 k.c., ponieważ były wadliwe i nie oferowały oczekiwanego poziomu bezpieczeństwa, biorąc pod uwagę normalne użycie implantu. Ze względu na implantację, czyli bezpośredni kontakt materiału z ludzkimi tkankami, niezbędne było zagwarantowanie najwyższego poziomu bezpieczeństwa przez użycie technologii i materiałów, które eliminują ryzyko pęknięcia implantu oraz negatywny wpływ chemiczny materiału, z którego został wykonany, na ludzkie ciało. Sąd przyjął, że „powódka w lipcu 2004 roku otrzymała przed zabiegiem wystarczający zakres informacji dotyczących sposobu planowanego leczenia oraz możliwych powikłań.” Podkreślił przy tym również, że „powstałe u powódki komplikacje, polegające na dwukrotnym uszkodzeniu czy pęknięciu implantów nie stanowiły typowego, standardowego powikłania pojawiającego się po zabiegu wszczepienia protez silikonowych. Przypadek powódki stanowił raczej wyjątek, który ze względu na rzadkość jego występowania, był trudny do przewidzenia, co potwierdziła również opinia biegłego z zakresu chirurgii plastycznej”. Sąd oddalił również powództwo przeciwko współnikom spółki cywilnej, którzy wprowadzili do obrotu implanty z powodu niewykazania niebezpiecznych właściwości produktu.

Ocena: Zdaniem autora, w sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do możliwości wystąpienia powikłań innych niż tych, o których standardowo informuje się pacjentów, z uwagi na ich rzadkość występowania (element wymagany jednak w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powód miał pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraził zgodę.

Następna omawiana sprawa¹⁶⁹ (nr 908 w bazie orzeczeń) dotyczy operacyjnej redukcji ginekomastii, czyli przerośniętych gruczołów piersiowych u mężczyzn. Pacjent, 40-letni zawodowy żołnierz i entuzjasta kulturystyki, zdecydował się na zabieg

¹⁶⁹ Wyrok SR w Kutnie I Wydział Cywilny z dnia 31.03.2022 r., Sygn. akt I C 519/15

chirurgiczny usunięcia przerosniętych gruczołów piersiowych, będących pozostałością po dojrzewaniu i stosowaniu środków anabolicznych. Zabieg miał na celu przygotowanie się do zawodów kulturystycznych. Powód domagał się zasądzenia 20 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, ból i cierpienie doznane w wyniku błędu medycznego. Argumentował on, że podmiot leczniczy nieprawidłowo przeprowadził zabieg operacyjny usunięcia ginecomastii obustronnej, co spowodowało powikłania zdrowotne i oszpecenie. W opinii powoda ponadto „podmiot leczniczy w sposób lekceważący podszedł do wyglądu piersi, które były operowane, nie przeprowadził dodatkowych badań lekarskich, takich jak USG, które zobrazowałyby nieprawidłowość wykonanego zabiegu.” Powód, będący trenerem personalnym, nie mógł uczestniczyć w zawodach kulturystycznych, do których się przygotowywał. Sprawa przechodziła przez różne etapy, w tym zmianę pozwanego. Strona pozwana argumentowała, że zabieg został wykonany prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a powód nie przestrzegał zaleceń pooperacyjnych, co mogło wpłynąć na niekorzystny wynik zabiegu. Jak zważył jednak Sąd, „lekarz operujący powoda w pozwanej placówce medycznej wybrał najprostszy schemat tego zabiegu, choć jeden z obowiązujących, to jednak niewłaściwy, gdyż nieadekwatny do wielkości ginekomastii (stopnia przerostu sutków) u powoda. (...) Strona powodowa wykazała zatem winę lekarza w podjęciu nieprawidłowego leczenia oraz związek przyczynowoskutkowy pomiędzy działaniem, czy też w konkretnych okolicznościach zaniechaniem lekarza, a doznaną przez powoda krzywdą w postaci braku oczekiwanego efektu redukcji przerosniętych gruczołów piersiowych u powoda, czy też wystąpienia asymetrii sutków.” Pomimo tego, że sąd orzekł o błędzie medycznym, znaczenie w sporze miała zgoda pacjenta co do całości procesu diagnostyczno-leczniczego. Z wyroku wynika, że pacjent był zobowiązany do współdziałania z podmiotem wykonującym działalność leczniczą przy wykonywaniu przez niego zobowiązania. Współdziałanie to obejmowało zarówno powstrzymanie się od zachowań, które mogłyby utrudniać podmiotowi udzielającemu świadczeń medycznych wykonanie zobowiązania, jak i element czynny, w ramach którego pacjent powinien stosować się do zaleceń lekarskich, brać zapisane leki, stawiać się na ustalone badania, konsultacje i zabiegi. Sąd zauważył, że w postępowaniu powoda jako pacjenta wystąpiły pewne braki w współdziałaniu, jednakże nastąpiły one na dalszym etapie pooperacyjnym i były wynikiem braku oczekiwanego efektu zabiegu.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do zachowania się w okresie pooperacyjnym (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta).

Sąd uznał jednak, że na określone zachowanie powoda w okresie rekonwalescencji miał wpływ brak oczekiwanego efektu zabiegu.

Przedmiotem kolejnej analizy jest wyrok¹⁷⁰ Sądu Okręgowego w Elblągu z dnia 28 stycznia 2022 roku (nr 1003 w bazie orzeczeń) dotyczący sprawy J.N. oskarżonego o czyn z art. 157 § 3 kk. Wyrok został wydany w odpowiedzi na apelację wniesioną przez obrońcę oskarżonego przeciwko wyrokowi Sądu Rejonowego w Ostródzie z dnia 5 października 2021 roku. Wyrok zawiera informacje o błędach popełnionych przez lekarza w trakcie przeprowadzenia zabiegów korekcji małżowin usznych. Oskarżony nieumyślnie spowodował u pokrzywdzonego rozwinięcie się zmian zapalnych małżowin usznych oraz dolegliwości bólowych, które naruszyły prawidłowe funkcjonowanie organizmu na okres powyżej 7 dni. W pierwszym przypadku błąd polegał na nieprawidłowej technice operacyjnej, w tym braku odpowiedniego zagłębienia szwów (węzłów). W drugim przypadku lekarz podjął błędną decyzję o przeprowadzeniu kolejnego zabiegu, mimo występującego stanu zapalnego i wystających szwów chirurgicznych, co spowodowało rozwinięcie się zmian zapalnych i dolegliwości bólowych u pacjenta. Pacjent, nie posiadając wiedzy medycznej i ufając autorytetowi lekarza, zgodził się na propozycję przeprowadzenia drugiego zabiegu korekcji małżowin usznych, mimo że był zaniepokojony wystającymi szwami i stanem zapalnym małżowin po pierwszym zabiegu. Lekarz zapewniał pacjenta, że szwy same się zagłębią i obleją się tkanką. Pacjent zdecydował się na drugi zabieg, również ze względu na to, że nie musiał ponieść za niego żadnych dodatkowych kosztów

Ocena: W sporze nie miało znaczenia zagadnienie świadomości pacjenta co do procedury medycznej, na którą wyraził zgodę.

Kolejny wyrok¹⁷¹ (nr 1126 w bazie orzeczeń) przybliży problematykę oparzenia pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego septoplastyki i korekty małżowin. Podczas tego zabiegu doszło do poparzenia powoda na podudziu w miejscu przyłożenia elektrody biernej w trzech miejscach, co spowodowało trzy rany oparzeniowe trzeciego stopnia. Jedna z ran miała wymiary 3 x 4 cm, a dwie inne 2 x 2 cm każda. Zebrany w sprawie materiał dowodowy dał sądowi podstawy do ustalenia, że podczas zabiegu operacyjnego septoplastyki nosa wykonywanego u powoda doszło, co najmniej do zaniedbań

¹⁷⁰ Wyrok SO w Elblągu VI Wydział Karny Odwoławczy z dnia 28.01.2022 r., Sygn. akt VI Ka 589/21

¹⁷¹ Wyrok SA w Katowicach I Wydział Cywilny z dnia 24.05.2016 r., Sygn. akt I ACa 1153/15

organizacyjnych po stronie pozwanego szpitala, które doprowadziły do uszkodzeniem ciała powoda. Pozwany szpital nie wykazał, aby istotnie dołożył należytej staranności w zakresie zapewnienia powodowi bezpieczeństwa i opieki podczas stosowania w trakcie zabiegu urządzenia do elektrokoagulacji. Głównym punktem sporu były błędy i zaniedbania ze strony personelu medycznego oraz szpitala w kontekście przeprowadzenia zabiegu i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi. W sporze znaczenia nie miała świadoma zgoda pacjenta na poddanie się temu zabiegowi.

Ocena: W sporze nie miało znaczenia zagadnienie świadomości pacjenta co do procedury medycznej, na którą wyraził zgodę.

Ostatni analizowany wyrok¹⁷² (nr 1176 w bazie orzeczeń) omawia spór dotyczący powikłań po rekonstrukcji piersi z użyciem siatki wzmacniającej powłoki brzusznej. Powódka doświadczyła powikłań pooperacyjnych, w tym zakażenia bakteryjnego rany operacyjnej, co doprowadziło do rozległego ubytku skóry brzucha i przemieszczenia siatki pod blizną brzucha, powodując dolegliwości bólowe i trudności w poruszaniu się. W dniach od 12 do 13 maja 2008 r. przeszła w pozwanej klinice odpowiednie badania diagnostyczne. Później, 16 czerwca 2008 r., powróciła do tej samej kliniki w celu przeprowadzenia dalszych procedur operacyjnych. W trakcie obu wizyt, powódka na piśmie wyraziła zgodę na sugerowany plan leczenia i badania diagnostyczne, będąc wcześniej informowaną o naturze i konsekwencjach terapii. Dnia 17 czerwca 2008 r. przeszła zabieg profilaktycznej mastektomii lewej piersi z jednoczesną rekonstrukcją obu piersi metodą, która obejmowała przesunięcie płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha i kompensację ubytku w warstwie mięśniowej brzucha przez implantację siatki teflonowej. Zebrany materiał dowodowy pozwolił sądowi na stwierdzenie, iż powódka wykazała istnienie przesłanek odpowiedzialności kliniki za szkodę wyrządzoną jej w związku z zakażeniem bakteryjnym podczas pobytu w tymże Szpitalu. Sąd uznał natomiast, że w realiach tejże sprawy nie sposób przyjąć, iż doszło do naruszenia przez lekarzy kliniki obowiązku udzielenia pacjentowi (powódce) informacji o jej stanie zdrowia. Powódka zarzuciła, że nie została odpowiednio poinformowana o potencjalnym ryzyku komplikacji oraz możliwości deformacji ciała wynikającej z zastosowanej metody leczenia. Niemniej jednak, te twierdzenia nie zostały wsparte dowodami. Należy zaznaczyć, że to sama powódka utrzymywała, iż była

¹⁷² Wyrok SO w Częstochowie I Wydział Cywilny z dnia 19.03.2014 r., Sygn. akt IC 279/11.

świadoma natury procedury, dostępnych metod oraz potencjalnych komplikacji. Zanim zdecydowała się na rekonstrukcję piersi, zdobywała informacje na temat procedury, przygotowań (przerwanie palenia tytoniu) i konsultowała się z różnymi lekarzami odnośnie możliwości przeprowadzenia operacji.

Ocena: W sporze znaczenie miało zagadnienie świadomości pacjenta co do potencjalnego ryzyka komplikacji oraz możliwości deformacji ciała (element wymagany w procesie uświadamiania pacjenta). Sąd uznał jednak, że powódka miała pełną świadomość co do procedury medycznej, na którą wyraziła zgodę.

Autor niniejszej rozprawy dokonał szczegółowej analizy 19 zakwalifikowanych do badania spraw sądowych, z zamiarem oceny czy zagadnienie świadomości pacjenta co do procedury medycznej wykonywanej standardowo przez chirurgów plastycznych, na którą wyraził zgodę miało istotne znaczenie w sporze, czy też centrum sporu były wyłącznie potencjalne błędy medyczne lub organizacyjne.

Tabela nr 6 - Wyniki analizy wyroków zakwalifikowanych do badania

Nr w bazie orzeczeń	Czy w omawianym sporze, kwestia świadomości pacjenta o miała znaczenie?	Odnosnie do czego pacjent nie był w pełni świadomy?	Czy sąd uznał, że powód miał świadomość co do procedury medycznej?
21	tak	efekt zabiegu	tak
278	tak	powikłania	tak
604	nie	-	-
681	nie	-	-
715	tak	powikłania	nie
723	tak	efekt zabiegu	nie
724	tak	efekt zabiegu	tak
740	tak	powikłania	nie
747	tak	efekt zabiegu	tak
762	nie	-	-
767	tak	efekt zabiegu	tak
775	tak	powikłania	tak
779	tak	efekt zabiegu	tak
802	tak	modyfikacja zabiegu w trakcie trwania	tak
870	tak	powikłania	tak
908	tak	zachowanie pacjenta w okresie pooperacyjnym	tak
1003	nie	-	-
1126	nie	-	-
1176	tak	powikłania	tak

źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone badanie dostarcza istotnych informacji dotyczących roli świadomej zgody pacjenta w kontekście sporów sądowych związanych z chirurgią plastyczną. Na podstawie analizy wyników, stwierdzić można, że zagadnienie świadomości pacjenta miało znaczący wpływ w 74% rozpatrywanych spraw sądowych, odnoszących się do procedur charakterystycznych dla chirurgii plastycznej. Często, obok braku świadomości, poruszane były kwestie takie jak błędy medyczne czy naruszenia praw pacjenta, jednakże to właśnie brak świadomości co do efektów zabiegu lub możliwych powikłań był równie istotny w ocenie sporu.

Z analizy wynika również, że w 79% przypadków sądy uznały, że pacjent był odpowiednio poinformowany o zabiegu, co oparte było na dowodach takich jak podpisane formularze zgody czy zeznania świadków. W trzech przypadkach (16% wszystkich spraw) sąd zdecydowanie stwierdził, że zgoda pacjenta na przeprowadzenie procedury medycznej nie miała cech zgody uświadomionej. Pomimo iż w prawie 80% spraw sąd uznał, że pacjent posiadał pełną świadomość co do planowanego zabiegu, autor pracy wysuwa hipotezę dotyczącą prawdopodobnej suboptymalności procesu informacyjnego. Głównym celem powinno być nie tylko osiągnięcie stuprocentowej świadomości zgody, ale przede wszystkim zmniejszenie liczby pozwów, w których brak takiej świadomości był częścią sporu.

Badanie ujawnia również specyfikę braku świadomości pacjentów. Najczęściej pacjenci podnosili brak wiedzy odnośnie efektu zabiegu (43%) oraz potencjalnych powikłań (43%). W pojedynczych przypadkach brak świadomości dotyczył możliwości modyfikacji zabiegu w trakcie jego trwania oraz specyfiki zachowania pacjenta w okresie pooperacyjnym.

W świetle badań z innych ośrodków omówionych we wcześniejszej części niniejszej pracy, wyniki badania autora wskazują na podobne tendencje. Podobnie jak w innych krajach, brak pełnej świadomości i zrozumienia przez pacjentów potencjalnych ryzyk i powikłań jest kluczowym czynnikiem prowadzącym do sporów sądowych.

W świetle powyższych wyników, niezbędne jest dalsze badanie procesów informacyjnych, aby zminimalizować ryzyko nieporozumień i sporów sądowych wynikających z braku świadomości pacjentów. Ostateczny cel to osiągnięcie pełnej transparentności i zrozumienia pomiędzy pacjentem a lekarzem, co przyczyni się do wzrostu zaufania do procedur medycznych i zmniejszy liczbę konfliktów prawnych w tej dziedzinie medycyny.

4.2 Badanie procesu uzyskiwania zgody w doświadczeniu polskich chirurgów plastycznych

Badanie orzeczeń sądowych zaprezentowane w poprzedniej części niniejszej pracy potwierdziło tezę, iż problematyka świadomej zgody w praktyce chirurgów plastycznych ma znaczenie w sporach sądowych również w Polsce. W świetle tychże wyników, autor uznał za niezbędne dalsze zbadanie procesów informacyjnych, aby zminimalizować ryzyko sporów sądowych wynikających z braku świadomości pacjentów. Jednocześnie, z uwagi na ograniczenia poprzedniego badania polegające na analizie wyłącznie zakończonych postępowań sądowych, zasadnym wydaje się przeprowadzenie badania, które dodatkowo niejako uzupełni i potwierdzi obraz poprzednich wyników. W tym celu, autor postanowił zbadać, czy istnieją czynniki wpływające na ryzyko powstania sporu sądowego związanego ze świadomą zgodą.

4.2.1 Prezentacja zastosowanych metod badawczych

Autor opracował autorski kwestionariusz ankiety inspirowany badaniem opisanym w artykule *Variables That Impact Medical Malpractice Claims Involving Plastic Surgeons in the United States*¹⁷³. Głównym celem badania było zidentyfikowanie elementów, które mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby roszczeń dotyczących błędów medycznych w tej dziedzinie. Badanie to zostało zatwierdzone przez Institutional Review Board na University of Arizona College of Medicine w Phoenix. Wiadomość e-mail z linkiem do autorskiego kwestionariusza online za pośrednictwem *Qualtrics* została dystrybuowana 9.05.2017 r. do 1694 chirurgów plastycznych American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) w Stanach Zjednoczonych. Anonimowy kwestionariusz wysyłany był tylko raz, bez kolejnych powiadomień. Kwestionariusz zawierał 20 pytań wielokrotnego wyboru, 2 pytania w skali Likerta i jedno pytanie otwarte. Analizie poddano 129 kwestionariuszy, które zakwalifikowano do badania. Badacze doszli do wniosku, że dostarczanie pacjentom broszur informacyjnych opracowanych dla określonych procedur chirurgicznych jest znaczącym czynnikiem redukującym ryzyko pozwu przeciwko chirurgom plastycznym. Wydaje się też, że

¹⁷³ P. Boyll, P. Kang, R. Mahabir, R.W. Bernard, *Variables That Impact Medical Malpractice Claims Involving Plastic Surgeons in the United States*, *Aesthet Surg J.* 2018, s. 785-792.

istnieje określony wpływ kursów z minimalizacji ryzyka roszczeń pacjentów, oferowanych przez firmy ubezpieczeniowe. Badacze zdają sobie sprawę z tego, że twierdzenie, iż wprowadzenie broszur informacyjnych oraz kursów dla lekarzy byłoby panaceum na problem roszczeń w chirurgii plastycznej jest naiwne, to też podkreślają oni, że badanie identyfikuje te dwa czynniki jako mające istotne znaczenie w redukowaniu ryzyku powstania roszczenia pacjenta wobec chirurga plastycznego.

Kwestionariusz ankiety wykorzystanej w niniejszym badaniu został zaprojektowany w narzędziu Microsoft Forms i rozdystrybuowany dwukrotnie do chirurgów plastycznych w Polsce za pośrednictwem Biura Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, pierwszy raz w listopadzie 2022 r. oraz drugi raz w marcu 2023 roku.

W badaniu wzięło udział 115 osób, co stanowi 40,49% wszystkich lekarzy chirurgów plastycznych wykonujących zawód w Polsce. Spośród nich:

- 113 osób wskazało, że w ciągu ostatnich dwóch lat przeprowadzało zabiegi terapeutyczne,
- 110 osób wskazało, że w ciągu ostatnich dwóch lat przeprowadzało zabiegi nieterapeutyczne.

Aby ocenić reprezentatywność próby w odniesieniu do całej populacji, autor zastosował metodę obliczania wielkości próbki, zakładając określony poziom ufności i dopuszczalny błąd. Całkowita populacja chirurgów plastycznych w Polsce została oszacowana na 284 osoby¹⁷⁴ Założono tę samą wielkość populacji zarówno dla zabiegów terapeutycznych, jak i nieterapeutycznych, ponieważ nie można dokładnie określić liczby chirurgów niewykonujących określonego rodzaju zabiegów.

Uwzględniając skończoną wielkość populacji, wzór dostosowuje standardowy margines błędu, biorąc pod uwagę, że próbka jest znaczącym fragmentem populacji, i tak:

- 1) dla próbki 115 respondentów z populacji 284 lekarzy chirurgów plastycznych rzeczywisty poziom ufności wynosi około 92,94%.
- 2) dla zabiegów terapeutycznych:

¹⁷⁴ Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji, Dane aktualne na dzień 30.04.2023 roku, dostęp: https://nil.org.pl/uploaded_files/1684479715_za-kwiecien-2023-zestawienie-nr-04.pdf, dostęp na dzień: 15.05.2023 r.

- wielkość próbki: 113 respondentów,
 - poziom ufności: 92,83%.
- 3) dla zabiegów nieterapeutycznych:
- wielkość próbki: 110 respondentów,
 - poziom ufności: 92,67%.

Przeprowadzona ankieta wśród chirurgów plastycznych w Polsce jest zdaniem autora wystarczająco reprezentatywna dla celów rozprawy doktorskiej w naukach prawnych, bowiem:

- mimo poziomu ufności 92,94% (92,83% i 92,67%), prawie 41% populacji chirurgów plastycznych w Polsce wzięło udział w ankiecie,
- chirurdzy plastyczni stanowią specjalistyczną grupę zawodową o ograniczonej liczbie w Polsce. Uzyskanie odpowiedzi od tak dużej części tej populacji jest znaczącym osiągnięciem,
- w kontekście nauk prawnych, gdzie analiza jest często bardziej jakościowa niż ilościowa, margines błędu poniżej 10% wydaje się być zupełnie akceptowalny,
- analogiczne badanie amerykańskie przeprowadzone zostało na próbie 129 respondentów z populacji 1694, do których kwestionariusz ankiety został wysłany.

W pierwszej części kwestionariusza ankiety, autor poprosił chirurgów o wskazanie elementów procesu informowania pacjenta o zabiegu operacyjnym, w rozbiciu na zabiegi terapeutyczne oraz nieterapeutyczne oraz o przekazanie danych dotyczących spraw sądowych, w których zostali pozwani jako operator, a nie jako asystent operatora. Autor podzielił czynniki w procesie informacyjnym na trzy grupy zależne od rodzaju zabiegu (terapeutyczne i nieterapeutyczne):

- 1) pierwsza grupa to czynniki związane z czasem i miejscem przekazania informacji potrzebnych pacjentowi do podjęcia świadomej zgody. Informacje potrzebne pacjentowi, lekarz:
- przekazuje w czasie wstępnej konsultacji przed przyjęciem do szpitala (czynniki 2.1 i 7.1),
 - udostępnia do zapoznania się w domu (czynniki 2.2 i 7.2),
 - przekazuje po przyjęciu do szpitala, przed operacją (czynniki 2.3 i 7.3),

- 2) druga grupa to czynniki związane z zakresem przekazywanych informacji. Przed podjęciem świadomej zgody na zabieg operacyjny, Pacjent otrzymuje informacje o:
 - przygotowaniu do zabiegu i tym, jak wygląda zabieg operacyjny (czynniki 3.1 i 8.1),
 - alternatywnych procedurach medycznych (czynniki 3.2 i 8.2),
 - planowanych skutkach zabiegu (czynniki 3.3 i 8.3),
 - możliwych powikłaniach (czynniki 3.4 i 8.4),
 - skutkach odległych (czynniki 3.5 i 8.5);
- 3) trzecia grupa to czynniki związane z technikami wykorzystywanymi do przekazania informacji o zabiegu operacyjnym. Do poinformowania pacjenta o zabiegu operacyjnym, lekarz wykorzystuje poniższe techniki:
 - rozmowa z pacjentem (czynniki 4.1 i 9.1),
 - pisemne materiały (specyficzny dla zabiegu formularz świadomej zgody lub broszura) (czynniki 4.2 i 9.2),
 - zdjęcia pacjentów przed i po zabiegu (czynniki 4.3 i 9.3),
 - nagrania wideo (czynniki 4.4 i 9.4),
 - symulacje wyglądu pacjenta po zabiegu (czynniki 4.5 i 9.5).

Badając powyższe czynniki (w całej pracy określane również jako „proces informacyjny”, „proces informowania”, „narzędzia”), autor chciał ustalić, czy:

- miejsce przekazania informacji pacjentowi ma znaczenie w minimalizacji ryzyka pozwu i powinien zostać uwzględniony w standardzie organizacyjnym,
- spośród wszystkich, wymaganych *de facto* w procesie informacyjnym, informacji są takie, które w większym stopniu wpływają na ryzyko pozwu związanego z tym procesem,
- technika przekazania informacji pacjentowi, poza wymaganą rozmową, ma znaczenie w minimalizacji ryzyka pozwu i powinna zostać uwzględniona w standardzie organizacyjnym.

Autor postanowił ponadto zbadać:

- 1) ile mniej więcej procentowo (w stosunku do oferowanych przez ośrodek zabiegów) opracowanych broszur dla zabiegów operacyjnych funkcjonuje w ośrodku,

- w którym respondent zaznaczył, że w ciągu ostatnich dwóch lat wykonywał najwięcej zabiegów (z podziałem na rodzaj zabiegu) (czynniki 5.1 i 10.1),
- 2) jak dokładnie respondenci informują swoich pacjentów o stanie zdrowia i planowanym zabiegu operacyjnym (z podziałem na rodzaj zabiegu) (czynniki 5.2 i 10.2),
 - 3) czy respondenci uczestniczą w szkoleniach na temat minimalizacji ryzyka i przyczyn roszczeń pacjentów (bez podziału na rodzaj zabiegu) (czynnik 11.1).

W drugiej części kwestionariusza ankiety, autor poprosił, aby respondent, który został pozwany przez pacjenta (wyłącznie jako operator, a nie jako asystent) przypomniał sobie swoje sprawy sądowe, w których został pozwany (maksymalnie 10 ostatnich), a następnie do każdego pozwu ustalił Pacjenta i okoliczności sprawy oraz zaznaczył, czy:

- pozew dotyczył zabiegu terapeutycznego czy nieterapeutycznego,
- pacjent twierdził, że nie został dostatecznie poinformowany o następstwach zabiegu (powikłaniach, postępowaniu po zabiegu etc.) lub oczekiwał innego skutku,

oraz jak wyglądał proces informacyjny:

- czy przed operacją wykorzystał specyficzną pisemną świadomą zgodę/ broszurę informacyjną (czynnik 1),
- czy przed operacją wykorzystał dodatkowe materiały (zdjęcia, nagrania, symulacje) (czynnik 2),
- czy pacjent miał możliwość zabrania materiałów edukacyjnych do domu przed hospitalizacją (czynnik 3),
- lub czy nie wykorzystał żadnych materiałów pisemnych, a pacjent podpisał tylko ogólną zgodę na zabieg operacyjny.

Narzędzia informacyjne i środowisko przekazania informacji (łącznie jako „narzędzia”) określono jako czynniki, a ich wykorzystanie określano binarnie jako 1 (wykorzystanie narzędzia) lub 0 (brak wykorzystania narzędzia). Autor przyjął twierdzenie, że zastosowane narzędzia miały znaczenia w sprawach sądowych, w których stroną pozwaną byli respondenci.

4.2.2 Wyniki badania

Badanie pierwszej części ankiety, autor rozpoczął od analizy deskryptywnej wskazując, że:

- 1) w grupie chirurgów plastycznych wykonujących zabiegi terapeutyczne:
 - 55 osób (47,83%) pracuje w szpitalach publicznych,
 - 58 osób (50,43%) pracuje w szpitalach prywatnych,
 - 2 osoby (1,74%) w ciągu ostatnich dwóch lat nie przeprowadzały tego typu zabiegów
- 2) w grupie chirurgów plastycznych wykonujących zabiegi nieterapeutyczne:
 - 11 osób (9,57%) pracuje w szpitalach publicznych,
 - 99 osób (86,09%) pracuje w szpitalach prywatnych,
 - 5 osób (4,35%) w ciągu ostatnich dwóch lat nie przeprowadzały tego typu zabiegów

Spośród 113 respondentów wykonujących zabiegi terapeutyczne zgłoszono w ankiecie 25 pozwów, z czego 6 (24,0%) dotyczyło świadomej zgody pacjenta. Dla zabiegów nieterapeutycznych zgłoszono w ankiecie 59 pozwów spośród 110 respondentów, z czego 38 (64,41%) dotyczyło świadomej zgody pacjenta.

Analiza miejsc pracy wykazała różnice w odsetku pozwów w zależności od tego miejsca. W przypadku zabiegów terapeutycznych w szpitalach publicznych tylko 10,0% pozwów dotyczyło świadomej zgody pacjenta, podczas gdy w szpitalach prywatnych odsetek ten wynosił 33,33%. Dla zabiegów nieterapeutycznych w szpitalach publicznych wartość ta wynosiła 20,0%, a w szpitalach prywatnych 68,52%.

Już pierwsze dane wskazują, że kwestie związane ze świadomą zgodą pacjenta są istotnym problemem w chirurgii plastycznej, zwłaszcza w kontekście zabiegów nieterapeutycznych przeprowadzanych w szpitalach prywatnych. W dalszej części autor postanowił zbadać, czy miejsce pracy lekarzy (oddziały szpitali publicznych versus oddziały szpitali prywatnych i prywatne kliniki chirurgii plastycznej) wpływa na:

- proces informowania pacjentów (w grupach czynników),
- dokładność informowania pacjentów w subiektywnej ocenie lekarza,
- poziom opracowania specyficznych broszur informacyjnych.

Autor przeprowadził test normalności Shapiro-Wilka dla każdego przedstawionego powyżej obszaru w zależności od miejsca pracy. Dla wszystkich obszarów (zarówno w zabiegach terapeutycznych jak i nieterapeutycznych) wartość p była poniżej standardowego poziomu istotności (0,05), co wskazuje, że dane nie mają rozkładu normalnego. Następnie autor przeprowadził test U Manna-Whitneya (test ten jest nieparametrycznym odpowiednikiem testu t dla dwóch próbek niezależnych i jest stosowany, gdy dane nie mają rozkładu normalnego), aby porównać dwie grupy: lekarzy pracujących w szpitalach publicznych i szpitalach prywatnych.

Tabela nr 7 - Znaczenie miejsca pracy w obszarach związanych z procesem informacyjnym

	Średnia		Mediana	
	Publiczny	Prywatny	Publiczny	Prywatny
ZABIEGI TERAPEUTYCZNE				
Czas i miejsce przekazania informacji	2.09	2.34	2.00	2.00
Zakres przekazywanych informacji	4.55	4.90	5.00	5.00
Techniki przekazywania informacji	2.53	2.97	2.00	3.00
Poziom opracowanych broszur	2.51	2.88	2.00	3.50
Dokładność informowania pacjentów	8.45	9.09	9.00	10.00
ZABIEGI NIETERAPEUTYCZNE				
Czas i miejsce przekazania informacji	2.36	2.54	2.00	3.00
Zakres przekazywanych informacji	4.91	4.77	5.00	5.00
Techniki przekazywania informacji	2.82	3.16	3.00	3.00
Poziom opracowanych broszur	2.27	2.93	1.00	3.00
Dokładność informowania pacjentów	9.36	8.76	9.00	9.00

źródło: opracowanie własne

Analizując powyższe obszary, można określić, że lekarze wykonujący zabiegi terapeutyczne w szpitalach prywatnych średnio używają:

- nieco więcej narzędzi związanych z czasem i miejscem przekazania informacji,
- nieco więcej narzędzi związanych z zakresem przekazywanych informacji,
- więcej narzędzi związanych z technikami przekazywania informacji niż lekarze z sektora publicznego.

- informują pacjentów z większą dokładnością niż lekarze wykonujący te same zabiegi w szpitalach publicznych.

Kolejne badanie ma dostarczyć informacji, czy istnieją różnice pomiędzy procesami informacyjnymi w zabiegach terapeutycznych i nieterapeutycznych, przy czym z uwagi na problematykę kategorii miejsca pracy w zabiegach nieterapeutycznych, autor postanowił porównać proces informacyjny bez grupowania odpowiedzi w zależności od miejsca pracy oraz analizując już nie grupy czynników, a każdy czynnik z osobna. Dla dokładnego porównania odpowiedzi w obu grupach, autor zdecydował się na wykorzystanie średniej wartości. Takie podejście pozwoliło na ilościową ocenę tendencji w odpowiedziach i dało klarowny obraz tego, jak często poszczególne narzędzia informacyjne były stosowane. W analizie zaobserwowano, że w przypadku zabiegów nieterapeutycznych stosuje się de facto więcej narzędzi informacyjnych niż w przypadku zabiegów terapeutycznych.

Tabela nr 8 - Istotne statystycznie różnice w zastosowaniu narzędzi w zabiegach nieterapeutycznych w porównaniu z zabiegami terapeutycznymi.

Grupa narzędzi	Narzędzie	Średnia zabiegi terap.	Średnia zabiegi nieterap.	Różnica	Wartość p
Czas i miejsce przekazywania informacji	Informacje udostępniane do zapoznania się w domu	0,47	0,71	24%	0.000272
	Informacje przekazywane w czasie wstępnej konsultacji przed przyjęciem do szpitala	0,88	0,98	11%	0.002227
Techniki przekazywania informacji	Zdjęcia pacjentów przed i po zabiegu	0,55	0,75	20%	0.002128
	Symulacje wyglądu pacjenta po zabiegu	0,22	0,35	12%	0.039414
	Rozmowa z pacjentem	1,00	0,96	-4%	0.040804
Zakres przekazywanych informacji	Alternatywne procedury medyczne	0,83	0,94	10%	0.015052
	Sposób przygotowania do zabiegu	1,00	0,94	-6%	0.006436

źródło: opracowanie własne

Największe różnice w zastosowywaniu narzędzi informacyjnych dotyczyły:

- 1) w grupie narzędzi związanych z czasem i miejscem przekazania informacji:

- informacji udostępnianych do zapoznania się w domu,
 - informacji przekazywanych w czasie wstępnej konsultacji przed przyjęciem do szpitala,
- 2) w grupie narzędzi związanych z zakresem przekazywanych informacji:
- alternatywnych procedur medycznych,
- 3) w grupie narzędzi związanych z techniką przekazywania informacji:
- zdjęć pacjentów przed i po zabiegu,
 - symulacji wyglądu pacjenta po zabiegu.

Jedynymi narzędziami, które częściej wykorzystuje się w zabiegach terapeutycznych niż w nieterapeutycznych to rozmowy z pacjentem oraz informowanie o sposobie przygotowania pacjenta do zabiegu.

Powyższe dwa badania dostarczają informacji, że:

- więcej narzędzi informacyjnych wykorzystywanych jest w zabiegach nieterapeutycznych niż w terapeutycznych,
- w przypadku zabiegów terapeutycznych, istotne różnice występują pomiędzy własnością szpitala ze wskazaniem, że więcej narzędzi stosuje się w szpitalach prywatnych aniżeli szpitalach publicznych.

Kolejna grupa badań dotyczy poszukiwania możliwego wpływu elementów procesu informacyjnego na ryzyko sporu sądowego, w którym istotne znaczenie będzie mieć zagadnienie zgody na zabieg operacyjny. Autor, z badania jakościowego, w którym lekarze opisywali każdy pozew oraz oznaczali, czy zabieg miał związek ze zgodą pacjenta czy też nie, wyodrębnił te, które ten związek miały, bowiem celem całości badania jest wpływ czynników na ryzyko roszczeń w tym właśnie przedmiocie. Ponieważ skutkiem, w postaci ilości pozwów, których doświadczył chirurg plastyczny jest liczbą zmienną (zmienna ciągła), a poszczególne czynniki procesu informacyjnego zostały przedstawione binarnie, autor zdecydował się na wykorzystanie do testów korelacji rang Spearmana.

W pierwszej kolejności, autor postanowił dokonać analizy zabiegów terapeutycznych przeprowadzając serię testów korelacyjnych dla każdego z czynników w odniesieniu do skutku.

Z analizy wynika, że korelacje występują:

- między "Czynnikiem 4.3 - wykorzystanie zdjęć pacjentów przed i po zabiegu" a pozwami związanymi ze zgodą pacjenta z wartością $r=0,215$ oraz istotnością $p=0,022$ oraz
- między "Czynnikiem 4.4 - nagrania wideo" a pozwami związanymi ze zgodą pacjenta z wartością $r=0,189$ z istotnością $p=0,046$.

Tabela nr 9 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy czynnikami procesu informacyjnego w zabiegach terapeutycznych a pozwami dotyczącymi zgody pacjenta.

Czynnik	Współczynnik korelacji	Wartość p
Czynnik 2.1	0.089	NS
Czynnik 2.2	0.093	NS
Czynnik 2.3	-0.150	NS
Czynnik 3.1	NaN	NaN
Czynnik 3.2	0.106	NS
Czynnik 3.3	0.045	NS
Czynnik 3.4	0.032	NS
Czynnik 3.5	0.056	NS
Czynnik 4.1	NaN	NaN
Czynnik 4.2	-0.038	NS
Czynnik 4.3	0.215	0.022
Czynnik 4.4	0.189	0.046
Czynnik 4.5	0.159	NS

źródło: opracowanie własne

Oznacza to, że obecność tych czynników jest związana z wyższym ryzykiem wystąpienia skutku. Inne czynniki także wykazywały pewien stopień korelacji, ale były one niższe w porównaniu z "Czynnikiem 4.3" i "Czynnikiem 4.4" oraz nieistotne statystycznie. Dodatkowo, obliczenia mocy testu wykazały, że analiza korelacyjna posiada bardzo wysoką moc, co zwiększa pewność wykrycia istotnych statystycznie zależności. Powyższe wyniki wskazują, że na zwiększenie ryzyka wystąpienia pozwu w zabiegach terapeutycznych w badanej próbie respondentów mogły wpływać dwa czynniki z grupy technik informowania o zabiegu tj. wykorzystanie zdjęć pacjentów przed i po zabiegu (czynnik 4.3) oraz nagrania wideo (czynnik 4.4). Autor zdecydował się również na zbadanie, czy wystąpią inne korelacje, jeśli dokonane zostaną testy grup czynników w odniesieniu do skutku w postaci pozwów związanych ze świadomą zgodą na zabieg operacyjny. Pomimo przeprowadzenia analizy dla grup czynników, również w tych testach, wyłącznie grupa trzecia, czyli czynniki 4.1-4.5 wykazały istotną

statystycznie korelację ze skutkiem. Znamienne jest tutaj sumowanie czynników, co oznacza, że im więcej narzędzi związanych z technikami przekazywania informacji tym potencjalnie wyższe ryzyko wystąpienia pozwu.

Analogicznie, autor dokonał serii testów korelacyjnych dla każdego z czynników oraz dla grup czynników z odniesieniem do skutku w zakresie zabiegów nieterapeutycznych przyjmując margines błędu na poziomie 7,33% oraz poziom ufności 92,67%, co odpowiada poziomowi istotności $\alpha=7,33$. Żaden z czynników oraz żadna grupa czynników nie wykazały jednak statystycznie istotnej korelacji z pozwami mającymi związek ze zgodą pacjenta.

Ostatnia grupa testów, które autor zdecydował się przeprowadzić, dotyczy wpływu szkoleń na stosowanie narzędzi w procesie informacyjnym oraz wpływu na ryzyko pozwu.

W pierwszej kolejności dokonane zostały testy korelacji pomiędzy faktem uczestniczenia w szkoleniach a ilością stosowanych narzędzi (suma czynników) dla zabiegów terapeutycznych. Z analizy wynika, że istnieje umiarkowana ujemna korelacja między uczestnictwem w szkoleniach a sumą czynników dla zabiegów terapeutycznych. Współczynnik korelacji: -0.2733, Wartość p: 0.00340. Wartość p jest istotna statystycznie ($p < 0.05$), co potwierdza znaczenie tej korelacji. Oznacza to, że lekarze uczestniczący w szkoleniach dotyczących minimalizacji ryzyka pozwu stosują średnio mniej narzędzi podczas informowania pacjenta o zabiegach terapeutycznych w porównaniu z lekarzami, którzy takich szkoleń nie odbyli.

Wobec tak zaskakującej informacji, przeprowadzone zostały ponadto testy w podziale na określone już wcześniej grupy czynników, aby sprawdzić czy któraś z grup mogła mieć istotniejszy wpływ na wcześniejsze badanie. Dla wszystkich trzech grup jednak zaobserwowano ujemną korelację ze szkoleniami, przy czym dla grup 1 i 2 korelacja jest istotna statystycznie a dla grupy 3 jest bliska poziomowi istotności 0.05 co sugeruje, że korelacja może być na granicy istotności. Ogólnie rzecz biorąc, lekarze, którzy uczęszczają na szkolenia z redukcji ryzyka pozwu mają tendencję do stosowania mniejszej liczby narzędzi we wszystkich grupach procesu informacyjnego w porównaniu z lekarzami, którzy nie uczęszczają na takie szkolenia.

Tabela nr 10 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a stosowaniem grup czynników procesu informacyjnego w zabiegach terapeutycznych

Grupa	Współczynnik korelacji	Wartość p
Czas i miejsce przekazywania informacji	-0.1908	0.0429
Zakres przekazywanych informacji	-0.2031	0.0309
Techniki przekazywania informacji	-0.1847	0.0501

źródło: opracowanie własne

Chcąc uzyskać jeszcze pełniejszy obraz wpływu czynnika szkoleniowego na stosowanie narzędzi, autor postanowił uwzględnić kolejny czynnik - miejsce pracy lekarza (Czynnik 1.1). Dzięki temu miał nadzieję określić, czy to, czy lekarz pracuje w szpitalu publicznym czy prywatnym, ma wpływ na jego skłonność do stosowania różnych narzędzi w świetle uczestnictwa w szkoleniach. Aby odpowiedzieć na to pytanie, podzielono dane na dwa podzbiory: lekarze pracujący w szpitalach publicznych oraz lekarze pracujący w szpitalach niepublicznych.

Tabela nr 11 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a stosowaniem grup czynników procesu informacyjnego w zabiegach terapeutycznych w podziale na miejsce pracy

Grupa czynników	Współczynnik korelacji	Wartość p
Lekarze pracujący w szpitalach publicznych		
Czas i miejsce przekazywania informacji	-0.3782	0.0186
Zakres przekazywanych informacji	-0.4972	0.0142
Techniki przekazywania informacji	-0.5448	0.0143
Lekarze pracujący w szpitalach niepublicznych		
Czas i miejsce przekazywania informacji	-0.1215	0.5178
Zakres przekazywanych informacji	-0.0810	0.4260
Techniki przekazywania informacji	-0.0270	0.9248

źródło: opracowanie własne

Dla lekarzy pracujących w szpitalach publicznych, uczestnictwo w szkoleniach z redukcji ryzyka pozwu skutkowało stosowaniem mniejszej liczby narzędzi we

wszystkich trzech grupach narzędzi. Te efekty były istotne statystycznie. W przypadku lekarzy pracujących w szpitalach niepublicznych, nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji między uczestnictwem w szkoleniach a liczbą stosowanych narzędzi w żadnej z grup. Autor doszedł do wniosku, że uczestnictwo w szkoleniach z redukcji ryzyka pozwu ma wpływ na mniejszą ilość stosowanych narzędzi w procesie uświadamiania pacjenta o zabiegu operacyjnym, ale wyłącznie w szpitalach publicznych.

Dla zabiegów nieterapeutycznych współczynnik korelacji Spearmana wynosi 0.0593, co sugeruje bardzo słabą korelację między uczestnictwem w szkoleniach a ilością stosowanych narzędzi. Z wartością p wynoszącą 0.5384, korelacja ta nie jest istotna statystycznie przy typowym poziomie ufności (np. 0.05). Oznacza to, że uczestnictwo w szkoleniach nie ma wpływu na ilość używanych narzędzi w kontekście tych konkretnych procedur nieterapeutycznych. Żadna z korelacji między uczestnictwem w szkoleniach a sumami dla grup czynników również nie jest istotna statystycznie przy podanym poziomie ufności 92,67% i marginesie błędów 7,33%.

Informacja, o tym, że szkolenia na temat minimalizacji ryzyka i przyczyn roszczeń pacjentów wpływają na stosowanie mniejszej ilości narzędzi w procesie informacyjnym przed zabiegami terapeutycznymi w szpitalach publicznych, które akurat charakteryzują się najmniejszą ilością pozwów związanych z zagadnieniem świadomej zgody pacjenta, a zatem w pośredni sposób wpływają na zmniejszenie ryzyka pozwu, generują kolejne zapytania czy ich wpływ może być bezpośredni. W celu weryfikacji tej tezy przeprowadzono szereg testów korelacji Spearmana pomiędzy faktem uczestniczenia w szkoleniach a ilością pozwów w sześciu grupach:

- dotyczące zabiegów terapeutycznych (ZT),
- dotyczące zabiegów terapeutycznych, związane ze świadomą zgodą (ZTS),
- dotyczące zabiegów nieterapeutycznych (ZNT),
- dotyczące zabiegów nieterapeutycznych, związane ze świadomą zgodą (ZNTS),
- bez rozróżnienia na rodzaj zabiegu (Z)
- bez rozróżnienia na rodzaj zabiegu, związane ze świadomą zgodą (ZS)

Przyjęto poziomy ufności i istotności adekwatne do grupy zabiegów.

Tabela nr 12 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a ryzykiem pozwu

Grupa pozwów	Współczynnik korelacji	Wartość p
ZT	0.0536	0.5694
ZTS	0.0930	0.3229
ZNT	0.1364	0.1460
ZNTS	0.1412	0.1323
Z	0.1618	0.0841
ZS	0.1572	0.935

źródło: opracowanie własne

Na podstawie dostarczonych danych stwierdzono, że nie ma wystarczających dowodów na to, iż uczestnictwo w szkoleniach ma wpływ na ryzyko pozwu dla żadnej z grup pozwów.

Badanie drugiej części ankiety, autor przeprowadził za pomocą:

- analizy deskryptywnej, aby uzyskać podstawowe informacje o zbiorze danych i zrozumieć charakterystykę badanych zmiennych,
- testu chi-kwadrat, aby zbadać, czy istnieje związek między narzędziami informacyjnymi a pozwem związanym z suboptymalnym procesem informacyjnym uświadamiania pacjenta przed wyrażeniem przez niego zgody na zabieg operacyjny. Było to kluczowe dla zrozumienia, czy różne narzędzia informacyjne są związane z występowaniem pozwów związanymi z procesem informacyjnym,
- regresji logistycznej dla poszczególnych narzędzi oraz regresji logistycznej dla liczby narzędzi. Regresja logistyczna została użyta, aby oszacować wpływ czynników informacyjnych na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym. Regresja logistyczna jest odpowiednia, gdy zmienna zależna jest binarna, a chcemy zbadać wpływ jednej lub więcej zmiennych niezależnych na prawdopodobieństwo wystąpienia jednej z kategorii zmiennej zależnej. Autor użył tego testu, aby zrozumieć, jak różne narzędzia informacyjne wpływają na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym.

Każdy z tych testów został wybrany z uwzględnieniem rodzaju danych, struktury zbioru danych oraz celów badawczych, aby zapewnić rzetelność i ważność wyników badania.

Wszystkie te testy razem pozwoliły autorowi na głębokie zrozumienie dynamiki między narzędziami informacyjnymi a prawdopodobieństwem wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym w kontekście chirurgii plastycznej.

Analiza Deskryptywna

Na początku autor przeprowadził analizę deskryptywną danych, która wskazała, że znacząco więcej pozwów związanych było z zabiegami nieterapeutycznymi (59) niż terapeutycznymi (25).

W 52% przypadków, pozew miał związek ze świadomą zgodą, co wpisuje się zarówno w wyniki pierwszego badania autora, jak i badania naukowe przedstawione we wcześniejszej części niniejszej rozprawy. Autor zauważył jednak, że proporcje pozwów związanych z procesem informacyjnym są różne dla zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych. Dla zabiegów terapeutycznych, proporcja taka wynosi 24%, podczas gdy dla zabiegów nieterapeutycznych wynosi 64.41%. Ta różnica jest statystycznie istotna, jak wykazano w teście chi-kwadrat ($p = 0.0016$).

Co do narzędzi informacyjnych wykazano, że specyficznej, pisemnej zgody użyło 77% chirurgów, 46% wykorzystało dodatkowe materiały informacyjne, a 74% umożliwiło pacjentowi zabranie materiałów informacyjnych do domu. Dalsza analiza wykazała, że specyficzna, pisemna zgoda/broszura (Czynnik 1) jest częściej używana w zabiegach terapeutycznych (84%) w porównaniu do zabiegów nieterapeutycznych (74.58%). Z drugiej strony, dodatkowe materiały informacyjne (Czynnik 2) są częściej używane w zabiegach nieterapeutycznych (50.85%) niż w terapeutycznych (36%). Natomiast możliwość zabrania materiałów do domu (Czynnik 3) jest stosunkowo równomiernie używana w obu typach zabiegów, wynosząc 76% dla zabiegów terapeutycznych i 72.88% dla nieterapeutycznych. Te różnice w wykorzystaniu narzędzi informacyjnych między różnymi rodzajami zabiegów mogą dostarczyć cennych informacji o preferencjach informacyjnych pacjentów i praktykach informacyjnych chirurgów plastycznych.

Test Chi-Kwadrat

Następnie autor przeprowadził test chi-kwadrat, aby zbadać, czy istnieje związek między narzędziami informacyjnymi a tym, czy pozew miał związek z procesem informacyjnym. Test chi-kwadrat pozwolił autorowi stwierdzić, że:

- istnieje istotny statystycznie związek między Czynnikiem 1 a Skutkiem ($p=0.000081$),

- istnieje istotny statystycznie związek między Czynnikiem 2 a Skutkiem ($p=0.000001$),
- nie ma istotnego statystycznego związku między Czynnikiem 3 a Skutkiem ($p=1.000000$).

Aby odpowiedzieć na pytanie jaki związek jest między czynnikami 1 i 2 a skutkiem, autor przyjrzał się tabelom kontyngencji dla każdego z czynników w odniesieniu do skutku. Te tabele pokazują, jak wiele pozwów pojawia się w przypadku obecności (1) lub braku (0) danego czynnika. Analizując te tabele istnieje możliwość określenia, czy obecność danego czynnika zwiększa czy zmniejsza ryzyko pozwu w porównaniu z jego brakiem.

Tabela nr 13 - Tabela kontyngencji dla czynnika 1.

	Brak pozwu (0)	Pozew (1)	Ogółem
Brak czynnika (0)	1	18	19
Obecność czynnika (1)	39	26	65
Ogółem	40	44	84

Tabela nr 14 - Tabela kontyngencji dla czynnika 2.

	Brak pozwu (0)	Pozew (1)	Ogółem
Brak czynnika (0)	33	12	45
Obecność czynnika (1)	7	32	39
Ogółem	40	44	84

Analizując powyższe tabele:

1) Czynniki 1:

- w przypadku braku czynnika (0), ryzyko wystąpienia pozwu wynosi $18/19 \approx 94.7\%$,
- w przypadku obecności czynnika (1), ryzyko wystąpienia pozwu wynosi $26/65 \approx 40.0\%$;

2) Czynniki 2:

- w przypadku braku czynnika (0), ryzyko wystąpienia pozwu wynosi $12/45 \approx 26.7\%$,
- w przypadku obecności czynnika (1), ryzyko wystąpienia pozwu wynosi $32/39 \approx 82.1\%$.

Na podstawie powyższej analizy można wskazać, że czynnik 1 wydaje się zmniejszać ryzyko pozwu, ponieważ ryzyko wystąpienia pozwu jest niższe, gdy czynnik ten jest obecny, natomiast czynnik 2 wydaje się zwiększać ryzyko pozwu, ponieważ ryzyko wystąpienia pozwu jest wyższe, gdy czynnik ten jest obecny.

Regresja Logistyczna

Ponieważ test chi-kwadrat wskazał, że Czynnik 1 i Czynnik 2 mają związek ze skutkiem, autor przeprowadził również analizę regresji logistycznej, aby zbadać, jak te czynniki wpływają na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym. Z wyników regresji logistycznej wynika, że:

- Czynnik 1 - specyficzna, pisemna zgoda/broszura - ma negatywny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym (coef: -3.2958, $p=0.002$).
- Czynnik 2 - dodatkowe materiały informacyjne - ma dodatni wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym (coef: 2.5314, $p<0.0001$).

Autor zdecydował się również zbadać, czy liczba użytych narzędzi informacyjnych wpływa na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym. W tym celu stworzył nową zmienną reprezentującą liczbę użytych narzędzi informacyjnych i przeprowadził regresję logistyczną z nowo utworzoną zmienną. Wyniki analizy wykazały, że liczba użytych narzędzi informacyjnych nie ma statystycznie istotnego wpływu na prawdopodobieństwo wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym (coef: 0.2196, $p=0.417$).

Na podstawie przeprowadzonych analiz, autor doszedł do wniosku, że specyficzna, pisemna zgoda/broszura może zmniejszać ryzyko pozwu związanego z procesem informacyjnym, podczas gdy używanie dodatkowych materiałów informacyjnych może zwiększać to ryzyko. Możliwość zabrania materiałów do domu nie miała istotnego wpływu. Liczba użytych narzędzi informacyjnych również nie miała istotnego wpływu na ryzyko pozwu związanego z procesem informacyjnym. Co ciekawe, dalsza analiza podanych już wcześniej informacji z analizy deskryptywnej:

- proporcje pozwów związanych z procesem informacyjnym są różne dla zabiegów terapeutycznych i nieterapeutycznych (dla zabiegów terapeutycznych, proporcja taka wynosi 24%, podczas gdy dla zabiegów nieterapeutycznych wynosi 64.41%),
- specyficzna, pisemna zgoda/broszura (Czynnik 1) jest częściej używana w zabiegach terapeutycznych (84%) w porównaniu do zabiegów nieterapeutycznych (74.58%); z drugiej strony, dodatkowe materiały informacyjne (Czynnik 2) są częściej używane w zabiegach nieterapeutycznych (50.85%) niż w terapeutycznych (36%),

z wnioskami z analizy regresji logistycznej sugeruje, że wyższe ryzyko pozwów w zabiegach nieterapeutycznych może być związane z różnicami w wykorzystaniu narzędzi informacyjnych, bowiem w zabiegach nieterapeutycznych częściej wykorzystywane są dodatkowe materiały informacyjne, które, jak wcześniej stwierdzono, zwiększają ryzyko pozwu. Równocześnie, w tych zabiegach rzadziej wykorzystywana jest specyficzna, pisemna zgoda/broszura, która, jak wykazano, zmniejsza ryzyko pozwu.

Autor postanowił więc sprawdzić, czy to większe ryzyko pozwu przy zastosowaniu dodatkowych materiałów informacyjnych ma związek, z tym, że są one wykorzystywane częściej przy bardziej roszczeniogennych zabiegach nieterapeutycznych, czy też wpływ dodatkowych materiałów informacyjnych na większe ryzyko pozwu jest niezależny. Przeprowadzono więc wieloczynnikową regresję logistyczną, aby zbadać wpływ czynnika 2 i rodzaju zabiegu na ryzyko pozwu, kontrolując wpływ jednej zmiennej podczas analizy wpływu drugiej. W modelu regresji logistycznej:

- zmienną zależną będzie "Skutek" (czy wystąpił pozew czy nie).
- zmienne niezależne to "Czynnik 2" oraz "Rodzaj zabiegu".

Jeśli współczynnik dla "Czynnika 2" w modelu regresji logistycznej jest istotny statystycznie nawet po uwzględnieniu wpływu "Rodzaju zabiegu", oznaczałoby to, że "Czynnik 2" ma niezależny wpływ na ryzyko pozwu. W przeciwnym razie można by wnioskować, że wpływ "Czynnika 2" na ryzyko pozwu jest związany z jego związkiem z "Rodzajem zabiegu". Wyniki wieloczynnikowej regresji logistycznej są następujące:

- 1) Czynniki 2:
 - Współczynnik (coef): 2.7535
 - p-wartość: <0.0001
- 2) Rodzaj zabiegu:
 - Współczynnik (coef): 2.0747
 - p-wartość: 0.003

Oto, co możemy z tego wywnioskować:

- czynnik 2 posiada pozytywny współczynnik, co oznacza, że obecność "Czynnika 2" zwiększa logarytm szans wystąpienia pozwu (w porównaniu do braku tego czynnika). Ponieważ p-wartość jest mniejsza niż 0,05, wynik ten jest istotny statystycznie, co oznacza, że "Czynnik 2" ma niezależny wpływ na ryzyko pozwu, nawet po uwzględnieniu "Rodzaju zabiegu".
- rodzaj zabiegu posiada również pozytywny współczynnik, co wskazuje, że zabiegi nieterapeutyczne (wartość 2) mają wyższe logarytm szans wystąpienia pozwu w porównaniu do zabiegów terapeutycznych (wartość 1). Ponieważ p-wartość jest mniejsza niż 0,05, wynik ten jest także istotny statystycznie.

Podsumowując, zarówno "Czynnik 2", jak i "Rodzaj zabiegu" mają niezależny wpływ na ryzyko pozwu. Oba zwiększają ryzyko pozwu, ale "Czynnik 2" ma silniejszy wpływ (na podstawie wartości współczynnika).

Głównym celem tego badania było zidentyfikowanie elementów, które mogą pomóc w zmniejszeniu liczby roszczeń związanych z zagadnieniem świadomej zgody na zabieg operacyjny w tej dziedzinie. Zbierając wyniki poszczególnych testów, można zauważyć, że:

w części badania ilościowego:

- w 52% przypadków opisanych przez lekarzy, pozew miał związek ze świadomą zgodą, co wpisuje się zarówno w wyniki pierwszego badania analizy orzeczeń sądowych jak i badania naukowe przedstawione we wcześniejszej części niniejszej rozprawy,
- istnieją różnice w odsetku pozwów związanych ze zgodami pacjenta w zależności od rodzaju zabiegu oraz miejsc jego przeprowadzenia. Największy odsetek pozwów dotyczących świadomej zgody pacjenta wykazano w przypadku zabiegów nieterapeutycznych wykonanych w szpitalach prywatnych (68,52% pozwów)

a najmniej w przypadku zabiegów terapeutycznych wykonanych w szpitalach publicznych (10% pozwów), co wobec wyników o poziomie wykorzystania narzędzi informacyjnych w tych grupach stanowi istotną informację do twierdzenia postawionego w dalszej części o znaczeniu psychologii oczekiwań w roszczeniach pacjentów,

- więcej narzędzi informacyjnych wykorzystywanych jest w zabiegach nieterapeutycznych niż terapeutycznych, w szczególności związanych:
 - z czasem i miejscem przekazania informacji (rozpoczęcie procesu już w czasie wstępnej konsultacji oraz udostępnianie broszur do domu),
 - technikami przekazywania informacji (zdjęcia pacjentów „przed i po zabiegu”, symulacje wyglądu pacjenta po zabiegu),
 - zakresem informacji (alternatywne procedury medyczne),
- przed zabiegami terapeutycznymi w szpitalach prywatnych:
 - wykorzystuje się średnio więcej narzędzi informacyjnych z każdej grupy niż w szpitalach publicznych,
 - lekarze średnio informują pacjentów z większą dokładnością niż w szpitalach publicznych,
- na zwiększenie ryzyka pozwu w zabiegach terapeutycznych może wpływać (istnieje związek):
 - wykorzystanie dodatkowych technik informowania pacjentów z wykorzystaniem zdjęć „przed i po zabiegu”,
 - wykorzystanie nagrań wideo,
 - stosowanie większej ilości technik informacyjnych - im więcej tym potencjalnie wyższe ryzyko wystąpienia pozwu,
- w szpitalach publicznych, lekarze uczestniczący w szkoleniach dotyczących minimalizacji ryzyka pozwu stosują średnio mniej narzędzi podczas informowania pacjenta o zabiegach terapeutycznych w porównaniu z lekarzami, którzy w takich szkoleniach nie uczestniczą,

w części badania jakościowego:

- przeprowadzanie zabiegów nieterapeutycznych wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia pozwu niż zabiegów terapeutycznych,
- stosowanie broszur informacyjnych/ specyficznych dla zabiegu formularzy świadomych zgód pacjenta wydaje się zmniejszać ryzyko pozwu (istnieje taki związek),

- stosowanie dodatkowych materiałów informacyjnych ma związek ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia pozwu związanego z procesem informacyjnym.

Podsumowując powyższe oraz w kontekście wymagań dla projektowanego standardu organizacyjnego należy podkreślić, że:

1. świadoma zgoda ma istotne znaczenie w sporach sądowych (średnio co drugi spór sądowy z udziałem chirurga plastycznego),
2. wystąpienie pozwu związanego ze świadomą zgodą pacjenta jest istotnie bardziej prawdopodobne w przypadku zabiegów nieterapeutycznych niż zabiegów terapeutycznych,
3. stosowanie broszur informacyjnych/ specyficznych dla zabiegu formularzy świadomych zgód pacjenta ma związek z mniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia pozwu,
4. stosowanie dodatkowych technik informacyjnych takich jak zdjęcia „przed i po zabiegu”, nagrania wideo („edukacyjne”) oraz mnogość zastosowanych technik, ma związek z większym prawdopodobieństwem wystąpienia pozwu,
5. istnieją istotne różnice w stosowaniu narzędzi informacyjnych w odniesieniu do rodzaju zabiegu (więcej narzędzi stosuje się przy zabiegach nieterapeutycznych),
6. istnieją istotne różnice w stosowaniu narzędzi informacyjnych w odniesieniu do miejsca przeprowadzenia zabiegu terapeutycznego (więcej narzędzi stosuje się w szpitalach prywatnych),
7. szkolenia na temat minimalizacji ryzyka i przyczyn roszczeń pacjentów nie wpływają bezpośrednio na zmniejszenie ryzyka pozwu, ale mają związek ze zmianą w stosowaniu narzędzi informacyjnych u lekarzy w nich uczestniczących z ramienia szpitala publicznego.

Autor niniejszej rozprawy uznaje za niezwykle ciekawe wyniki dotyczące wpływu stosowania dodatkowych technik informacyjnych takich jak zdjęcia „przed i po zabiegu”, nagrania wideo („edukacyjne”) oraz ich mnogość na większe prawdopodobieństwo pozwu. Zjawisko to można rozpatrywać w kontekście psychologii oczekiwań i efektu kontrastu.

Oczekiwania pacjenta odgrywają kluczową rolę w tym, jak postrzega on dostarczone usługi. Jeśli pacjent ma wysokie oczekiwania i choćby jeden aspekt usługi nie spełni tych

oczekiwań, może to prowadzić do silnego uczucia rozczarowania. Wysokie oczekiwania mogą sprawić, że nawet drobne niedociągnięcia wydają się znaczące. Pokazuje to jedno z badań, które skupia się na oczekiwaniach pacjentów w zakresie psychologii klinicznej. Badanie to sugeruje, że większość pacjentów ma oczekiwania, że terapeuci pomogą im za pomocą technik zmniejszyć ich objawy. Ponadto pacjenci mają nieproporcjonalnie wysokie oczekiwania w stosunku do wyników psychoterapii, co jest zgodne z dominującym modelem biomedycznym w tej dziedzinie¹⁷⁵. Efekt kontrastu w psychologii z kolei odnosi się do zjawiska, w którym na percepcję jednego bodźca ma wpływ wcześniejsza ekspozycja na inny bodziec. W kontekście oceny atrakcyjności twarzy, efekt kontrastu może wpływać na to, jak oceniamy atrakcyjność twarzy w obecności innych twarzy. Na przykład, w jednym z badań stwierdzono, że gdy twarz była prezentowana w grupie innych twarzy, uczestnicy dokonywali bardziej skrajnych ocen atrakcyjności.¹⁷⁶ Efekt kontrastu jest to tendencja do oceniania rzeczy w oparciu o porównanie z innymi, zamiast obiektywnego standardu. Jeśli pacjent miał niskie oczekiwania i doświadczył czegoś pozytywnego, nawet jeśli było to drobne, może to prowadzić do znaczącego wzrostu jego postrzeganej jakości usługi. To dlatego niespodziewane pozytywne doświadczenia mogą wywołać silne reakcje. W praktyce, jeśli placówka medyczna przekroczy oczekiwania pacjenta, nawet w niewielkim stopniu, może to prowadzić do znaczącego wzrostu satysfakcji pacjenta. Z drugiej strony, jeśli placówka nie spełni nawet jednego z wysokich oczekiwań pacjenta, może to prowadzić do znaczącego spadku satysfakcji.

Pomimo, że rozważania mogą wydawać się wykraczać poza obszar kompetencji prawniczych autora, to wydaje się, że uprawnionym będzie sformułowanie sugestii, że nieustandaryzowane prezentowanie pacjentom zdjęć „przed i po zabiegu” lub edukacyjnych nagrań wideo może nieświadomie ustawić pewien standard w ich umysłach. Jeśli prezentowane materiały pokazują najlepsze możliwe wyniki, pacjenci mogą zacząć oczekiwać podobnych rezultatów dla siebie. Jeśli pacjent widzi zdjęcie/nagranie przedstawiające doskonały wynik zabiegu, a jego własny wynik jest tylko

¹⁷⁵ M. Cuesta-Pastor, D. Sanchez-Ruiz, A. Moreno-Perez. Expectations of patients assessed in clinical psychology in a mental health center. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2022;13(3):60–66. DOI: 10.15406/jpcpy.2022.13.00715

¹⁷⁶ Y Lei, X He, T Zhao and Z Tian (2020) Contrast Effect of Facial Attractiveness in Groups. *Front. Psychol*. 11:2258. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02258

"dobry", może to prowadzić do silniejszego uczucia rozczarowania niż gdyby nie widział takiego zdjęcia, a to z kolei może prowadzić do wytoczenia powództwa. Należy tutaj zwrócić uwagę na wyniki pierwszego badania przeprowadzonego przez autora niniejszej pracy, które ujawniło, że pacjenci w połowie pozwów mających związek z podjętą decyzją o poddaniu się zabiegowi operacyjnemu (43%) zwracali właśnie uwagę na efekt zabiegu operacyjnego.

Na potrzeby projektowanego standardu organizacyjnego wydaje się ważne, aby lekarze byli transparentni w komunikacji z pacjentami na temat potencjalnych wyników. Pokazywanie zdjęć lub nagrań wideo może być pomocne, ale ważne jest, aby podkreślić, że każdy pacjent jest inny i że uzyskiwane efekty mogą się różnić.

Potrzebne wydają się również dalsze badania zagadnienia psychologii oczekiwań w obszarze bezpieczeństwa prawnego nie tylko lekarzy chirurgów plastycznych, ale też innych lekarzy prowadzących zabiegi operacyjne, w których istotny jest oczekiwany efekt.

4.3 Propozycja standardu organizacyjnego uzyskiwania zgody pacjenta na świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej

Na wstępie projektowania standardu organizacyjnego należy przypomnieć, że kierując się omówionymi w I rozdziale niniejszej pracy komentarzami do ustaw, przemawiającymi, co słuszne zdaniem jej autora, za uznaniem świadczeń w zakresie chirurgii plastycznej, bez znaczenia co do przesłanki terapeutyczności, za świadczenia zdrowotne lub w razie odmiennej rzeczywistości prawnej jako postulat *de lege ferenda* ustanowienia przepisów odrębnych regulujących zasady wykonywania zabiegów nieterapeutycznych w chirurgii plastycznej, a tym wtedy spełnienia wymagań definicyjnych świadczenia zdrowotnego, autor przyjął, że:

- zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej są świadczeniami zdrowotnymi,
- lekarz chirurg plastyczny przeprowadzający te zabiegi wykonuje zawód lekarza,
- osoba zwracająca się lub korzystająca z tych świadczeń jest pacjentem,
- zabiegi te mogą zostać przeprowadzone wyłącznie w podmiocie leczniczym.

Projektowane rozporządzenie będzie wykonywało więc dyspozycję przepisów art. 22 ust. DziałLeczU, które dają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia możliwość określania,

w drodze rozporządzenia, standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Rozporządzenie będzie określało standard organizacyjny dotyczący uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na świadczenia z zakresu chirurgii plastycznej.

Z uwagi na przyjęcie powyższych twierdzeń oraz w szczególności ze względu na definicję legalną świadczeń zdrowotnych przedstawioną w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”, w projektowanym rozporządzeniu należy podkreślić, że akt ten określa działania medyczne w zakresie chirurgii plastycznej, zarówno mające znamiona zabiegów terapeutycznych jak i nieterapeutycznych zgodnie z definicjami tych zabiegów. Podobnie jak na gruncie PrPacjRPPU, wszystkie trzy pojęcia, które należy uwzględnić w projektowanym rozporządzeniu powinny odnosić się do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i tak należy przyjąć, że:

- 1) świadczenie zdrowotne - oznacza „świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”.
- 2) osoba wykonująca zawód medyczny – oznacza „osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”.
- 3) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych oznacza „podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”,

Równocześnie należy przyjąć definicje pojęć wypracowane w pierwszym rozdziale niniejszej pracy tj.:

- 4) chirurgia plastyczna - to specjalność lekarska chirurgiczna, która zajmuje się naprawą, rekonstrukcją lub wymianą fizycznych defektów postaci lub funkcji obejmujących skórę, narząd ruchu, struktury czaszkowo-szczękowo-twarzowe, rękę, kończyny, piersi i tułów, zewnętrzne narządy płciowe lub kosmetycznym uwydatnieniem tych obszarów ciała. Procedury medyczne wykonywane w ramach chirurgii plastycznej mogą mieć charakter:

- a) chirurgii plastycznej rekonstrukcyjnej, przy czym w celu poprawy ogólnego wyglądu, jak i optymalizacji zabiegów rekonstrukcyjnych stosuje również procedury chirurgii estetycznej,
 - b) chirurgii plastycznej estetycznej;
- 5) chirurgia plastyczna rekonstrukcyjna (również jako „chirurgia rekonstrukcyjna”) - to obszar chirurgii plastycznej, którego celem jest przywrócenie wyglądu i funkcji obszaru ciała, który został uszkodzony w wyniku urazu, choroby lub wady wrodzonej poprzez wykonywanie procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych;
 - 6) chirurgia plastyczna estetyczna (również jako „chirurgia estetyczna” lub „chirurgia kosmetyczna”) – to obszar chirurgii plastycznej, który koncentruje się na poprawie wyglądu osoby poprzez wykonywanie procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych;
 - 7) zabiegi terapeutyczne w chirurgii plastycznej (również jako „zabiegi terapeutyczne”) - to rodzaj procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych chirurgii plastycznej, które wykonywane są w celu zdiagnozowania, leczenia lub wyleczenia schorzenia lub choroby. Ich celem jest przywrócenie zdrowia lub złagodzenie objawów choroby;
 - 8) zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej (również jako „zabiegi nieterapeutyczne”) – to rodzaj procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych w chirurgii plastycznej wykonywanych *a priori* w celu poprawy i zmiany wyglądu, a nie zdiagnozowania, leczenia lub wyleczenia schorzenia lub choroby. Mogą być jednak wykorzystywane do osiągnięcia celów chirurgii rekonstrukcyjnej;
 - 9) procedury chirurgiczne w chirurgii plastycznej (również jako „procedury chirurgiczne”) – procedury wykonywane z nacięciem skóry i manipulowaniem tkankami w celu naprawy, rekonstrukcji lub zastąpienia fizycznych wad formy lub funkcji lub ich zmiany. Procedury te są zwykle wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym z sedacją i mogą mieć charakter zabiegów terapeutycznych lub zabiegów nieterapeutycznych;
 - 10) procedury niechirurgiczne w chirurgii plastycznej (również jako „procedury niechirurgiczne”) – procedury wykonywane bez nacięć skóry i konieczności stosowania znieczulenia ogólnego lub miejscowego z sedacją. Procedury te są zwykle minimalnie inwazyjne i mogą obejmować stosowanie wypełniaczy do wstrzykiwań, laserów lub innych nieinwazyjnych technik w celu poprawy wyglądu;

a także inne pojęcia, które mają znaczenie w precyzyjnym zrozumieniu opracowywanego standardu takie jak:

- 11) lekarz – oznacza lekarza, który posiada specjalizację w dziedzinie chirurgii plastycznej oraz lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej;
- 12) pacjent – oznacza „pacjenta”, o którym mowa art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 13) pacjent małoletni – oznacza pacjenta, który nie ukończył 18 lat;
- 14) opiekun faktyczny – oznacza „opiekuna faktycznego”, o którym mowa art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jak już stwierdzono w części teoretycznej niniejszej pracy, czemu też poświęcono szczególne analizy prawne i oparte na poglądach doktryny, zgoda pacjenta jest czynnością prawną, która, aby mogła zostać uznana za skuteczną musi spełnić szereg warunków:

- posiadanie przez osobę udzielającą zgody kompetencji do jej udzielenia,
- wyrażenie zgody przez osobę znajdującą się w odpowiednim stanie zdrowia fizycznego i psychicznego (w sytuacji, gdy osoba ta jest osobą uprawnioną do wyrażenia zgody),
- czynność stanowiąca przedmiot zgody nie sprzeciwia się ustawie lub zasadom współżycia społecznego,
- zgoda musi zostać wyrażona przez pacjenta, który jest skutecznie poinformowany o okolicznościach faktycznych dotyczących zarówno swojego stanu zdrowia, jak i planowych procedur medycznych,
- zgoda musi dotyczyć określonej procedury medycznej,
- zgoda musi mieć charakter uprzedni,
- zgoda musi zostać wyrażona w przewidzianej prawej formie.

Standard organizacyjny powinien więc określać powyższe warunki w zakresie nieuregulowanym innymi przepisami prawa.

W zakresie kompetencji do udzielenia zgody na świadczenie zdrowotne w chirurgii plastycznej, standard powinien regulować:

- konieczność uzyskania zgody wszystkich przedstawicieli ustawowych pacjenta małoletniego na wykonanie zabiegu nieterapeutycznego lub rozpoczęcie procesu medycznego, którego taki zabieg będzie częścią,
- brak możliwości udzielenia zgody na zabiegi nieterapeutyczne przez opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego bez pełnomocnictwa wszystkich przedstawicieli ustawowych tego pacjenta do przeprowadzenia określonego zabiegu nieterapeutycznego, w tym rozpoczęcia procesu medycznego, którego taki zabieg będzie częścią.

W zakresie zasady oceny oraz dokumentowania stanu psychicznego osób poddających się zabiegom nieterapeutycznym z grupy procedur chirurgicznych, standard powinien uwzględnić obowiązek oceny oraz udokumentowania oceny stanu psychicznego pacjenta w zakresie potencjalnych zaburzeń psychicznych istotnych w chirurgii plastycznej, mogących wpłynąć na fakt udzielenia prawnie relewantnej zgody.

Z uwagi na dyskusję w literaturze prawniczej dotyczącą przeprowadzania zabiegów nieterapeutycznych u pacjentów małoletnich, standard powinien obejmować obowiązek udokumentowania braku znaczenia wieku w kontekście skutków zdrowotnych przeprowadzonego zabiegu, dzięki czemu jasnym będzie, iż czynność stanowiąca przedmiot zgody nie sprzeciwia się ustawom lub zasadom współżycia społecznego.

Istotną kwestią podnoszoną zarówno w literaturze jak i badaniu analizy orzeczeń sądowych przeprowadzonym przez autora niniejszej pracy jest forma wyrażenia zgody. Autor przyjmuje, że wobec spoczywającego na lekarzu ciężaru dowodu spełnienia obowiązku informacyjnego, standard powinien określić obowiązek przyjęcia pisemnej formy wyrażenia zgody pacjenta na procedury chirurgiczne, w tym obowiązek pisemnego udokumentowania przez lekarza zakresu oraz technik przekazania pacjentowi niezbędnych do podjęcia świadomej zgody informacji.

W obszarze zakresu i technik przekazywania informacji, standard organizacyjny powinien uwzględniać:

- wyłączenie prawa do zrzeczenia się informacji w przypadku zabiegów nieterapeutycznych,
- standard przystępności przekazywanych informacji z uwzględnieniem:

- informacji pisemnych „formularzy świadomej zgody”, nagrań audiowizualnych, materiałów typu „przed i po”,
- tzw. „prostego języka” zarówno w kontekście terminologii medycznej jak i prawniczej,
- dostępności języka, którym posługuje się pacjent,
- standard momentu, w którym informacje powinny zostać przedstawione pacjentowi do swobodnego zapoznania się przed podjęciem świadomej zgody na poddanie się procedurom chirurgicznym,
- prawo pacjenta uzyskania pełnej informacji o procesie medycznym oraz wyrażenia zgody *a priori* na planowany proces medyczny, z rozgraniczeniem na:
 - tzw. *primary case* czyli rozpoczęcie procesu w danym podmiocie leczniczym,
 - przeniesienie się pacjenta do danego podmiotu leczniczego z procesem rozpoczętym w innym ośrodku,
 - wykonanie u pacjenta jednej procedury medycznej w procesie realizowanym w innym podmiocie leczniczym,
- standard zakresu informacji o następstwach procedury chirurgicznej przekazywanych pacjentowi, z uwzględnieniem alternatywnych metod diagnostycznych lub leczniczych dostępnych, a nierealizowanych w tejże placówce, niezależnie od faktu ich refundacji przez płatnika publicznego lub prywatnego,
- standard wyboru lekarza, który przeprowadzi procedurę chirurgiczną,
- standard wskazania wyrobów medycznych, które zostaną zaimplementowane pacjentowi podczas procedury chirurgicznej,
- standard informowania pacjenta o wykorzystaniu sztucznej inteligencji przy tworzeniu symulacji wyglądu i projektowaniu ryzyka zabiegowego.

Autor niniejszej pracy postanowił przenieść powyższe wymagania na projekt rozporządzenia w celu ilustracji zakresu standardu bez poddawania szczegółowej oceny legislacyjnej. Projekt rozporządzenia przedstawiono poniżej.

Warszawa, dnia

Poz.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹

z dnia

w sprawie standardu organizacyjnego uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii plastycznej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.²) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii plastycznej.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) świadczenie zdrowotne - oznacza „świadczenie zdrowotne”, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) osoba wykonująca zawód medyczny – oznacza „osobę wykonującą zawód medyczny”, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) lekarz – oznacza lekarza, który posiada specjalizację w dziedzinie chirurgii plastycznej oraz lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej;
- 4) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych oznacza „podmiot wykonujący działalność leczniczą”, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2023 r. poz. 1675

- 5) pacjent – oznacza „pacjenta”, o którym mowa art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 6) opiekun faktyczny – oznacza „opiekuna faktycznego”, o którym mowa art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 7) chirurgia plastyczna - to specjalność lekarska chirurgiczna, która zajmuje się naprawą, rekonstrukcją lub wymianą fizycznych defektów postaci lub funkcji obejmujących skórę, narząd ruchu, struktury czaszkowo-szczękowo-twarzowe, rękę, kończyny, piersi i tułów, zewnętrzne narządy płciowe lub kosmetycznym uwydatnieniem tych obszarów ciała. Procedury medyczne wykonywane w ramach chirurgii plastycznej mogą mieć charakter:
 - a) chirurgii plastycznej rekonstrukcyjnej, przy czym w celu poprawy ogólnego wyglądu, jak i optymalizacji zabiegów rekonstrukcyjnych stosuje również procedury chirurgii estetycznej,
 - b) chirurgii plastycznej estetycznej;
- 8) chirurgia plastyczna rekonstrukcyjna (również jako „chirurgia rekonstrukcyjna”) - to obszar chirurgii plastycznej, którego celem jest przywrócenie wyglądu i funkcji obszaru ciała, który został uszkodzony w wyniku urazu, choroby lub wady wrodzonej poprzez wykonywanie procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych;
- 9) chirurgia plastyczna estetyczna (również jako „chirurgia estetyczna” lub „chirurgia kosmetyczna”) – to obszar chirurgii plastycznej, który koncentruje się na poprawie wyglądu osoby poprzez wykonywanie procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych;
- 10) zabiegi terapeutyczne w chirurgii plastycznej (również jako „zabiegi terapeutyczne”) - to rodzaj procedur chirurgicznych lub procedur niechirurgicznych chirurgii plastycznej, które wykonywane są w celu zdiagnozowania, leczenia lub wyleczenia schorzenia lub choroby. Ich celem jest przywrócenie zdrowia lub złagodzenie objawów choroby;
- 11) zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej (również jako „zabiegi nieterapeutyczne”) – to rodzaj procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych w chirurgii plastycznej wykonywanych w celu poprawy i zmiany wyglądu, a nie zdiagnozowania, leczenia lub wyleczenia schorzenia lub choroby. Mogą być jednak wykorzystywane do osiągnięcia celów chirurgii rekonstrukcyjnej;

- 12) procedury chirurgiczne w chirurgii plastycznej (również jako „procedury chirurgiczne”) – procedury wykonywane z nacięciem skóry i manipulowaniem tkankami w celu naprawy, rekonstrukcji lub zastąpienia fizycznych wad formy lub funkcji lub ich zmiany. Procedury te są zwykle wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym z sedacją i mogą mieć charakter zabiegów terapeutycznych lub zabiegów nieterapeutycznych;
- 13) procedury niechirurgiczne w chirurgii plastycznej (również jako „procedury niechirurgiczne”) – procedury wykonywane bez nacięć skóry i konieczności stosowania znieczulenia ogólnego lub miejscowego z sedacją. Procedury te są zwykle minimalnie inwazyjne i mogą obejmować stosowanie wypełniaczy do wstrzykiwań, laserów lub innych nieinwazyjnych technik w celu poprawy wyglądu.

§ 3. Ustala się standard organizacyjny uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii plastycznej, który określa:

- 1) wykonywanie zabiegów nieterapeutycznych w warunkach zgody zastępczej,
- 2) zasady oceny oraz dokumentowania stanu psychicznego osób poddających się zabiegom nieterapeutycznym,
- 3) dokonywanie szczególnych zapisów w przypadku wykonywania zabiegów nieterapeutycznych u pacjentów małoletnich,
- 4) formę wyrażenia świadomej zgody pacjenta na procedury chirurgiczne,
- 5) zasady informowania pacjenta o planowanym procesie medycznym, w tym planowanych procedurach, uwzględniające:
 - a) standardy przekazywania pacjentowi informacji,
 - b) ograniczenie prawa pacjenta do informacji w przypadku zabiegów nieterapeutycznych¹⁷⁷.

§ 4. Świadczenia zdrowotne z zakresu chirurgii plastycznej mogą być udzielane przez lekarzy pacjentom w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych.

§ 5. W celu przeprowadzenia procedury chirurgicznej, poza obowiązkami określonymi w przepisach odrębnych lekarz:

¹⁷⁷ Uwaga, ograniczenie prawa pacjenta zdaniem autora byłoby możliwe wyłącznie w warunkach jednoczesnej nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie art. 9 ust. 4 poprzez dodanie: „(...) poza świadczeniami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia w sprawie standardu organizacyjnego uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na procedury chirurgii plastycznej”.

- 1) udziela pacjentowi informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 2) uzyskuje pisemną zgodę pacjenta na określoną procedurę chirurgiczną, z zastrzeżeniem §15.

§ 6. W celu przeprowadzenia zabiegu nieterapeutycznego u pacjenta małoletniego, poza obowiązkami określonymi w przepisach odrębnych, lekarz:

- 1) uzyskuje pisemną zgodę wszystkich przedstawicieli ustawowych pacjenta małoletniego na wykonanie zabiegu nieterapeutycznego lub rozpoczęcie procesu medycznego, którego taki zabieg będzie częścią,
- 2) w historii choroby dokumentuje brak znaczenia wieku pacjenta małoletniego w kontekście skutków zdrowotnych przeprowadzonego zabiegu nieterapeutycznego.

§ 7. W celu przeprowadzenia procedury chirurgicznej będącej zabiegiem nieterapeutycznym, poza obowiązkami określonymi w przepisach odrębnych, lekarz:

- 1) dokonuje lekarskiej oceny stanu psychicznego pacjenta zamierzającego poddać się tej procedurze w zakresie potencjalnych zaburzeń psychicznych istotnych w chirurgii plastycznej,
- 2) w razie wątpliwości co do stanu psychicznego pacjenta mogącego wpływać na chęć poddania się zabiegowi nieterapeutycznemu, proponuje pacjentowi poddanie się ocenie przeprowadzonej przez lekarza psychiatrę, a następnie uwzględnia pisemną ocenę tego lekarza,
- 3) dokumentuje powyższe czynności w historii choroby pacjenta.

§ 8. W przypadku procedury chirurgicznej będącej zabiegiem nieterapeutycznym, pacjent nie ma prawa żądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 9. Realizacja obowiązku informacyjnego, o którym mowa w §5 pkt 1, w przypadku procedur chirurgicznych wykonywanych w trybie planowym, powinna uwzględniać:

- 1) standard zakresu czasowego, w którym informacje mogą być swobodnie przyswojone przez pacjenta,
- 2) standard przystępności przekazywanych pacjentowi informacji,
- 3) standard doboru metod przekazywaniu pacjentowi informacji,

- 4) standard zakresu informacji przekazywanych pacjentowi,
- 5) standard transparentności informacji.

§ 10. Standard zakresu czasowego, o który mowa w §9 pkt 1, powinien zapewniać, że pacjent otrzymał pełne informacje dotyczące planowanej procedury chirurgicznej przed przyjęciem do podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Przekazanie tych informacji powinno nastąpić w odpowiednio wcześniejszym terminie, aby pacjent miał wystarczająco dużo czasu na ich przyswojenie oraz podjęcie świadomej decyzji, a także konsultację z osobami bliskimi lub innymi specjalistami przed podjęciem decyzji o zgłoszeniu się na zabieg operacyjny.

§ 11. Standard przystępności przekazywanych pacjentowi informacji, o który mowa w §9 pkt 2, powinien zapewniać, że informacje przekazywane pacjentowi, zarówno w toku rozmowy z lekarzem, jak i poprzez wykorzystanie broszur informacyjnych, ustandaryzowanych formularzy czy nagrań audiowizualnych są:

- 1) wytworzone z użyciem języka minimalizującego terminologię zarówno medyczną jak i prawniczą,
- 2) zrozumiałe dla każdego pacjenta niezależnie od jego poziomu wiedzy i edukacji.

§ 12. Standard doboru metod przekazywania pacjentowi informacji, o który mowa w §9 pkt 3, powinien zapewniać:

- 1) obowiązkową rozmowę z pacjentem na temat planowanej procedury chirurgicznej oraz dodatkowych procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych, jeśli są wymagane lub wskazane do osiągnięcia zamierzonego celu zarówno na etapie konsultacji przed przyjęciem do podmiotu leczniczego, w którym zostanie przeprowadzony zabieg, jak i po przyjęciu do tego podmiotu, a przed odebraniem świadomej zgody pacjenta,
- 2) obowiązkowe wykorzystanie pisemnych informacji na temat planowanej procedury chirurgicznej zawierającej informacje przedstawione w §13 pkt 1-5 oraz dodatkowych procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych, jeśli są wymagane lub wskazane do osiągnięcia zamierzonego celu, przed przyjęciem do podmiotu leczniczego, w którym przeprowadzony zostanie zabieg operacyjny,
- 3) możliwość wykorzystania innych metod, takich jak nagrania audiowizualne, symulacje z wykorzystaniem sztucznej inteligencji czy zdjęcia efektów

operacyjnych u innych pacjentów pozyskanych i przetwarzanych za ich zgodą, z zastrzeżeniem §14.

§ 13. Standard zakresu informacji przekazywanych pacjentowi, o który mowa w §9 pkt 4, powinien zapewniać zdobycie przez pacjenta informacji o:

- 1) przygotowaniu do procedury chirurgicznej przed przyjęciem do podmiotu leczniczego i w samym już podmiocie przed jej wykonaniem, oraz tym, na czym polega ta procedura chirurgiczna,
- 2) alternatywnych procedurach medycznych zarówno chirurgicznych jak i niechirurgicznych, zarówno dostępnych jak i niedostępnych w podmiocie leczniczym, do którego zgłosił się pacjent według najlepszej wiedzy lekarza, niezależnie od faktu refundacji, lecz ze wskazaniem refundacji przez płatnika publicznego,
- 3) planowanych skutkach procedury chirurgicznej, w tym w odniesieniu do osiągnięcia planowanego celu medycznego,
- 4) możliwych powikłaniach pooperacyjnych,
- 5) skutkach odległych,
- 6) postępowaniu pooperacyjnym,
- 7) konieczności przeprowadzenia dodatkowych procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych niezbędnych do osiągnięcia określonego celu,
- 8) braku możliwości przeprowadzenia innych procedur chirurgicznych lub niechirurgicznych w przypadku poddania się określonej procedurze chirurgicznej,
- 9) wyrobach medycznych, które zostaną wszczepione pacjentowi podczas procedury chirurgicznej.

§ 14. Standard transparentności informacji przekazywanych pacjentowi, o który mowa w §9 pkt 5, powinien zapewniać, że

- 1) zdjęcia efektów operacyjnych u innych pacjentów są dobrane w taki sposób, aby prezentowały najbardziej zbliżone efekty do tych, które możliwe są do uzyskania u konkretnego pacjenta,
- 2) zdjęcia, o których mowa w pkt 1), nagrania audiowizualne czy symulacje komputerowe są opatrzone informacją wskazującą, że uzyskanie identycznych efektów jest w praktyce niemożliwe.

§ 15. Pisemna zgoda, o której mowa w §5 pkt 2 zawiera:

- 1) wskazanie procedury chirurgicznej,
- 2) wskazanie lekarza operatora, który tę procedurę chirurgiczną przeprowadzi,
- 3) wskazanie wyrobów medycznych, które zostaną wszczepione pacjentowi z określeniem ewentualnego rozmiaru oraz producenta, jeśli ma to zastosowanie,
- 4) wskazanie metod wykorzystanych w realizacji obowiązku informacyjnego,
- 5) wskazanie zakresu informacji przekazanych pacjentowi,
- 6) oświadczenie pacjenta, wskazujące, że:
 - a) w pełni zrozumiał wszystkie informacje,
 - b) został poinformowany o całym procesie medycznym niezbędnym do osiągnięcia zamierzonego celu, jeśli ma to zastosowanie,
 - c) miał możliwość zadawania pytań lekarzowi,
 - d) miał zapewniony wystarczający czas do świadomego podjęcia decyzji,

§ 16. Podmioty wykonujące działalność leczniczą dostosują swoją działalność do wymagań określonych niniejszym rozporządzeniem w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia:

ZAKOŃCZENIE

Instytucja zgody pacjenta symbolizuje jego niezależność i prawo do podejmowania decyzji o sobie. Samodzielność jednostki manifestuje się poprzez prawo do podejmowania decyzji o własnym zdrowiu, w tym wybierania metody leczenia. Zgoda na interwencję medyczną jest niezbędnym warunkiem jej legalności. W pracy omówiono rozwój tej instytucji w Polsce, zwracając uwagę na ewolucję obowiązków prawnych dla osób wykonujących zawód medycznych. Zgłębiono kwestię, jak ważna jest pełna świadomość pacjenta przy wyrażaniu zgody na przeprowadzenie procedur medycznych. Współczesne podejście do medycyny wymaga, by pacjent był nie tylko biernym odbiorcą opieki zdrowotnej, ale aktywnym uczestnikiem w procesie leczenia. W tym kontekście, zgoda pacjenta nie jest jedynie formalnością, ale kluczowym elementem, który zapewnia jego zaangażowanie i zrozumienie. W miarę ewolucji systemu medycznego w Polsce, rola pacjenta jako partnera w procesie leczenia stała się bardziej wyraźna.

Zagadnienie instytucji zgody pacjenta szczególnie istotne wydaje się w chirurgii plastycznej, która jako specjalność medyczna lekarska, koncentruje się na naprawie, odbudowie i poprawie defektów ciała. Przeprowadzone analizy standardów ustanowionych przez międzynarodowe organizacje chirurgii plastycznej umożliwiają scharakteryzowanie chirurgii plastycznej z uwzględnieniem jej wymiaru rekonstrukcyjnego oraz estetycznego. Współczesna relacja lekarz-pacjent ewoluowała od modelu paternalistycznego do modelu opartego na autonomii pacjenta. To podkreśla znaczenie pełnej informacji o stanie zdrowia i proponowanym leczeniu. W chirurgii plastycznej, gdzie zabiegi często mają charakter estetyczny, kwestia świadomej zgody jest skomplikowana. Lekarze muszą balansować między oczekiwaniami pacjenta a etycznymi i prawnymi ograniczeniami swojej praktyki. W trakcie realizacji tej rozprawy doktorskiej dokonano dogłębnej analizy kwestii świadomej zgody w chirurgii plastycznej. Zidentyfikowano kluczowe momenty w procesie uzyskiwania zgody, które mogą prowadzić do konfliktów prawnych.

Ważnym aspektem skuteczności zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest jej forma. Zasadniczo zgoda lub odmowa wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego może być wyrażona ustnie, poprzez zachowanie jednoznacznie wskazujące na wolę pacjenta lub na piśmie. Zwykła forma zgody (ustna lub dorozumiana) jest

wystarczająca dla świadczeń zdrowotnych, które nie stwarzają istotnego ryzyka dla pacjenta, jednak pisemna zgoda jest wymagana w przypadku zabiegów chirurgicznych oraz innych procedur obarczonych zwiększonym ryzykiem dla pacjenta. Niedochowanie pisemnej zgody pacjenta na operację nie powoduje nieważności tej zgody, ale pociąga za sobą ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie.

Istotnym elementem jest także kwestia skuteczności samej zgody. Jeśli pacjent wyraził zgodę na procedurę medyczną o podwyższonym ryzyku bez pełnej wiedzy o jej konsekwencjach, taka zgoda jest uznawana za bezskuteczną. Analiza omawianych w literaturze przedmiotu orzeczeń sądowych dotyczących powikłań pokazuje, że pacjent powinien być poinformowany o planowanej procedurze oraz o wszystkich potencjalnych skutkach, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Lekarz powinien szczególnie podkreślić możliwe konsekwencje, które mogą poważnie zaszkodzić zdrowiu pacjenta, nawet jeśli są one mało prawdopodobne. Chociaż nie jest wymagane podawanie każdego możliwego powikłania, lekarz powinien w przybliżeniu opisać rodzaj ewentualnych następstw i ich wpływ na organizm pacjenta. Informacje o potencjalnych negatywnych skutkach powinny być dostosowane do rodzaju zabiegu, w zależności czy są to zabiegi ratujące życie, planowane terapeutyczne czy planowane nieterapeutyczne, przy czym najbardziej szczegółowe informacje powinny dotyczyć zabiegów nieterapeutycznych.

Regulacje prawne odnoszące się do oświadczenia woli pacjenta, które wzmacniają jego niezależność w podejmowaniu decyzji na podstawie pełnej wiedzy o swoim zdrowiu, stają się normą ograniczającą medyczny paternalizm we wszystkich nowych aktach prawnych dotyczących świadczeń zdrowotnych w Polsce. W prawie polskim istnieje dualizm przepisów dotyczących zgody na leczenie, ale zgoda w chirurgii plastycznej w Polsce, w przeciwieństwie do zgody w ochronie zdrowia psychicznego, nie jest dokładnie określona w regulacjach. Przepisy dotyczące zgody pacjenta wskazują trzy typy zgód: wyłączną, równoległą i zastępczą. Równie istotne wydaje się podejście prawne do pacjentów małoletnich korzystających z chirurgii plastycznej, ponieważ, jak wskazano, dane Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej pokazują, że w 2020 roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej przeprowadzono 88 000 operacji estetycznych i 230 000 mniej inwazyjnych zabiegów estetycznych wśród osób w wieku 13-19 lat. Najpopularniejsze zabiegi w tej grupie wiekowej to korekta nosa, korekta uszu, operacje powiek, powiększanie piersi i korekta szczęki.

Po analizie licznych artykułów i komentarzy do ustaw przedstawiających spór dotyczący uznania zabiegów nieterapeutycznych jako świadczenia zdrowotne, czy usługobiorców za pacjentów, autor przyjął, że:

- zabiegi nieterapeutyczne w chirurgii plastycznej są świadczeniami zdrowotnymi,
- chirurg plastyczny przeprowadzający te zabiegi wykonuje zawód lekarza,
- osoba zwracająca się lub korzystająca z tych świadczeń jest pacjentem,
- zabiegi te mogą zostać przeprowadzone wyłącznie w podmiocie leczniczym.

W przypadku stwierdzenia odmiennej rzeczywistości prawnej, autor określił postulat *de lege ferenda* ustanowienia przepisów odrębnych regulujących zasady wykonywania zabiegów nieterapeutycznych w chirurgii plastycznej.

Usystematyzowane badanie orzecznictwa sądowego przeprowadzone przez autora podkreśliło znaczenie zgody w sporach sądowych. W wielu przypadkach pacjenci twierdzili, że nie byli świadomi efektów zabiegu i potencjalnych powikłań. Badanie ankietowe wśród chirurgów plastycznych ujawniło nie tylko różnice w stosowaniu narzędzi informacyjnych, ale również narzędzia, których wykorzystanie może zarówno zmniejszyć jak i też zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia sporu sądowego po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym. Zwrócono jednak uwagę na ograniczenia obu badań, takie jak zakres materiału źródłowego i metody badawcze. Autor ograniczył zakres badań wyłącznie do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy wykonujących zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii plastycznej oraz do świadczeń zdrowotnych udzielanych metodą zabiegów operacyjnych, w ramach których uzyskuje się długotrwały lub trwały efekt estetyczny. Wykluczył również całą gałąź lekarsko-dentystyczną z uwagi na jej specyfikę. Analizę znaczenia zgody w roszczeniach pacjentów przeprowadzono w ramach badania usystematyzowanego przeglądu orzeczeń sądowych. Badaniem nie objęto zatem całej grupy ugód zawartych przesądowo, co może wpływać na pełny obraz zjawiska roszczeniowości pacjentów w chirurgii plastycznej. Ponadto, badanie ankietowe przeprowadzone wśród chirurgów plastycznych, mimo że dostarcza cennych danych, jest ograniczone pod względem reprezentatywności. Niemniej jednak, te doświadczenia pozwoliły na dogłębne zrozumienie problematyki świadomej zgody w chirurgii plastycznej.

Jak przedstawiono w części głównej niniejszej pracy, w porównaniu do lekarzy innych specjalności, chirurdzy plastyczni mają ponadprzeciętne ryzyko pozwu i związanych z nim wydatków. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, prawie 15% chirurgów plastycznych doświadcza co najmniej jednego takiego pozwu rocznie,

podczas gdy dla innych specjalności ten wskaźnik wynosi 7%. Omówiony przegląd opublikowany w *British Journal of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery* wskazuje, że większość roszczeń stawianych przeciwko chirurgom plastycznym dotyczy spraw związanych z niekompletną zgodą na zabieg operacyjny, efektem kosmetycznym, nadmiarem blizn lub brakiem doświadczenia w wykonywanych procedurach. Choć zarzuty dotyczące niewłaściwego efektu estetycznego czy braku pełnej zgody nie pogorszyły sytuacji chirurgów w sądzie, wiele roszczeń podkreśla konieczność omówienia z pacjentem potencjalnych skutków operacji. Autorzy sugerują, że jednym ze sposobów na zmniejszenie liczby roszczeń może być wprowadzenie dokładnej zgody przedoperacyjnej, która opisuje ryzyka i potencjalne skutki operacji.

Jak wskazano we wstępie, genezą niniejszych badań, był przeprowadzony odrębnie przez autora niniejszej pracy przegląd dostępnych doniesień naukowych, który wykazał, że świadoma zgoda była przedmiotem sporu sądowego w 30,1% do nawet 43,8% wszystkich spraw sądowych z udziałem chirurgów plastycznych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. W niniejszej pracy przedstawiono badania z innych kontynentów, prezentujące podobne zjawiska. Co do obszaru kontynentu europejskiego, w połowie 2021 roku opublikowana została praca zespołu badaczy, którzy przeanalizowali wszystkie orzeczenia dotyczące błędów w sztuce lekarskiej wydanych przez Sąd Cywilny w Rzymie w latach 2012-2016 (nie uwzględniono orzecznictwa drugiej instancji oraz Sądu Najwyższego). Badacze wskazują, że skoncentrowali się na chirurgii plastycznej biorąc pod uwagę wysoki wskaźnik roszczeń z tytułu błędów w sztuce w tej dziedzinie i jego wzrost wraz ze wzrostem dostępnych procedur. Według autorów, ich dane potwierdzają, że chirurgia plastyczna charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem spraw sądowych, z przewagą wyroków orzekanych na korzyść powoda za zabiegi kosmetyczne nad zabiegami rekonstrukcyjnymi, zarówno w zakresie spraw o błąd w sztuce jak i za naruszenie świadomej zgody pacjenta. Nieważność lub nieadekwatność świadomej zgody była powracającym przedmiotem sporów i często pojawiała się wśród motywów orzeczenia na korzyść powoda (w 34% wyroków i 48,5% wyroków), zwłaszcza w przypadku zabiegów kosmetycznych, potwierdzając znaczenie uzyskania odpowiedniej zgody na leczenie i konieczności skutecznej komunikacji przedoperacyjnej z pacjentem w celu uniknięcia sporów sądowych.

Przeprowadzone przez autora w ramach niniejszej pracy badanie dostarcza cennych wniosków na temat roli pełnej świadomości pacjenta w kontekście konfliktów sądowych w dziedzinie chirurgii plastycznej w Polsce. Analiza wyników pokazuje, że

kwestia pełnej informacji pacjenta miała znaczenie w 74% analizowanych spraw sądowych dotyczących procedur chirurgii plastycznej. Choć często poruszane były tematy takie jak błędy medyczne czy naruszenia innych praw pacjenta, to właśnie brak pełnej informacji o efektach i ryzyku zabiegu odgrywał ważną rolę w ocenie konfliktu. Z przeprowadzonego badania wynika również, że w 79% przypadków sądy uznały, że pacjent był odpowiednio poinformowany o zabiegu, co potwierdzały dowody takie jak podpisane formularze zgody czy zeznania świadków. W 16% spraw sąd jednoznacznie orzekł, że zgoda pacjenta nie była pełna. Mimo że w większości przypadków sąd uznał, że pacjent był odpowiednio poinformowany, autor badania sugeruje, że proces informacyjny mógłby być suboptymalny lub odnosząc się do wyników kolejnego badania autora, związany z nadmiernymi oczekiwaniami pacjentów. Głównym celem regulacji prawnych oraz samej praktyki chirurgicznej powinno być nie tylko osiągnięcie stuprocentowej świadomości zgody, ale przede wszystkim zmniejszenie liczby pozwów, w których brak takiej świadomości był częścią sporu. Badanie ujawnia również specyfikę braku świadomości pacjentów. Najczęściej pacjenci podnosili brak wiedzy odnośnie efektu zabiegu (43%) oraz potencjalnych powikłań (43%). W pojedynczych przypadkach brak świadomości dotyczył możliwości modyfikacji zabiegu w trakcie jego trwania oraz specyfiki zachowania pacjenta w okresie pooperacyjnym. W porównaniu z innymi opisanymi badaniami, wyniki tego badania pokazują podobne tendencje. Podobnie jak w innych krajach, brak pełnej informacji i zrozumienia ryzyka przez pacjentów jest znaczącym czynnikiem prowadzącym do konfliktów sądowych. W świetle tych wyników, konieczne jest dalsze badanie procesów informacyjnych, by zredukować ryzyko nieporozumień i konfliktów sądowych związanych z brakiem pełnej świadomości pacjentów. Ostatecznym celem jest osiągnięcie pełnej przejrzystości i zrozumienia między pacjentem a lekarzem, co zwiększy zaufanie do procedur medycznych i zmniejszy liczbę sporów prawnych w tej dziedzinie.

Niezwykle ważne były wnioski amerykańskich naukowców, którzy przeprowadzili opisaną w pracy ankietę w celu określenia czynników wpływających na ryzyko pozwu w chirurgii plastycznej. Na podstawie wyników tego badania określili, że dostarczanie pacjentom broszur informacyjnych opracowanych dla określonych procedur chirurgicznych jest znaczącym czynnikiem redukującym ryzyko pozwu przeciwko chirurgom plastycznym. Badania przeprowadzone przez autora niniejszej pracy na gruncie doświadczeń polskich chirurgów plastycznych wykazało, że:

- w ocenie chirurgów plastycznych świadoma zgoda ma istotne znaczenie w sporach sądowych (średnio co drugi spór sądowy z udziałem chirurga plastycznego),
- wystąpienie pozwu związanego ze świadomą zgodą pacjenta jest istotnie bardziej prawdopodobne w przypadku zabiegów nieterapeutycznych niż zabiegów terapeutycznych,
- stosowanie broszur informacyjnych/ specyficznych dla zabiegu formularzy świadomych zgód pacjenta ma związek z mniejszą ilością pozwów (w szczególności należy tutaj wskazać tożsamość wyników autora niniejszej pracy z badaniami amerykańskimi, które wykazały, że dostarczanie pacjentom broszur informacyjnych opracowanych dla określonych procedur chirurgicznych jest znaczącym czynnikiem redukującym ryzyko pozwu przeciwko chirurgom plastycznym),
- stosowanie dodatkowych technik informacyjnych takich jak zdjęcia „przed i po zabiegu”, nagrania wideo („edukacyjne”) oraz mnogość zastosowanych technik ma związek z większą ilością pozwów,
- istnieją istotne różnice w stosowaniu narzędzi informacyjnych w odniesieniu do rodzaju zabiegu (więcej narzędzi stosuje się przy zabiegach nieterapeutycznych),
- istnieją istotne różnice w stosowaniu narzędzi informacyjnych w odniesieniu do miejsca przeprowadzenia zabiegu terapeutycznego (więcej narzędzi stosuje się w szpitalach prywatnych),
- szkolenia na temat minimalizacji ryzyka i przyczyn roszczeń pacjentów nie wpływają bezpośrednio na zmniejszenie ryzyka pozwu, ale wpływają na zmiany w stosowaniu narzędzi informacyjnych u lekarzy w nich uczestniczących z ramienia szpitala publicznego.

Autor niniejszej rozprawy uznał za niezwykle ciekawe wyniki dotyczące wpływu stosowania dodatkowych technik informacyjnych takich jak zdjęcia „przed i po zabiegu”, nagrania wideo („edukacyjne”) oraz ich mnogość na większą ilość pozwów. Zjawisko to można rozpatrywać w kontekście psychologii oczekiwań i efektu kontrastu. Chociaż te rozważania mogą wykraczać poza wiedzę prawniczą autora, warto zasugerować, że prezentowanie pacjentom zdjęć przed i po zabiegu czy edukacyjnych filmów wideo może nieświadomie kreować pewne oczekiwania. Jeśli materiały ukazują najlepsze efekty, pacjenci mogą oczekiwać podobnych wyników dla siebie. Warto zwrócić uwagę na wyniki pierwszego badania autora, które pokazały, że w 43% pozwów pacjenci kierowali

uwagę na efekt operacji. Prezentowanie zdjęć czy filmów może być użyteczne, ale kluczowe jest podkreślenie, że każdy przypadek jest indywidualny i efekty mogą się różnić.

W obliczu udowodnionych specyficznych wymagań stawianych procesowi uzyskiwania zgody w chirurgii plastycznej zarówno wynikających z orzecznictwa sądowego jak i innych oddziaływań naukowych związanych ze specyfiką tej dyscypliny medycznej, autor potwierdził tezę o potrzebie ustalenia standardu procesu uzyskiwania świadomej zgody na zabiegi operacyjne w chirurgii plastycznej, w randze przepisów prawa.

W odniesieniu do celu pracy, którym było wzmocnienie bezpieczeństwa prawnego chirurgów plastycznych, autor osiągnął ten cel, proponując standard procesu uzyskiwania świadomej zgody. Standard ten uwzględnia zarówno dodatkowe prawa pacjentów, jak i obowiązki lekarzy, oferując jasne wytyczne dotyczące informowania pacjentów.

W świetle przeprowadzonych badań można wskazać kilka obszarów wymagających dalszej eksploracji lub które nie zostały uwzględnione w pracy, ale mogą być istotne dla rozwoju nauki, takich jak:

1. Właściwym wydaje się przeprowadzenie badania naukowego dotyczącego procesu uzyskiwania zgody na zabiegi nieterapeutyczne przeprowadzane przez innych lekarzy m.in. ginekologów estetycznych, dermatologów oraz chirurgów szczękowo-twarzowych;
2. Właściwym wydaje się zaprojektowanie badania naukowego dotyczącego procesu uzyskiwania zgody na zabiegi, których celem jest osiągnięcie zamierzonego efektu oraz sporów sądowych związanych z tymi zabiegami;
3. Istotnym wydawać się może konieczność pogłębienia badań w zakresie regulacji związanych procesami medycznymi, czyli cyklem procedur medycznych niezbędnych do osiągnięcia określonego efektu medycznego;
4. Interesującym wydaje się przeprowadzenie badania ugód przesądowych w zakresie chirurgii plastycznej w celu uzyskania informacji o znaczeniu zagadnienia zgody pacjenta w tych roszczeniach;
5. Warty zbadania wydaje się proces uzyskiwania świadomej zgody jest realizowany w innych krajach Unii Europejskiej w kontekście projektowania potencjalnych wspólnych regulacji dotyczących chirurgii plastycznej;

6. Ciekawym wydaje się przeprowadzenia badania określającego, czy istnieją różnice kulturowe w oczekiwaniach i percepcji wyników chirurgii plastycznej, a także skuteczności odbioru informacji dostarczonych różnymi narzędziami informacyjnymi, w szczególności na poziomie generalnym zabiegów prowadzonych w krajach europejskich;
7. Warty zbadania wydaje się możliwość wykorzystania narzędzi cyfrowych i sztucznej inteligencji w procesie uzyskiwania świadomej zgody, zwłaszcza w kontekście realizacji standardów zakresu, przystępności i transparentności informacji.

W kontekście praktycznych implikacji wyników badań, mogą one znaleźć zastosowanie m.in. w:

- 1) legislacji: na podstawie wyników badań można opracować lub zaktualizować przepisy prawne dotyczące procesu uzyskiwania świadomej zgody w chirurgii plastycznej. Wyniki mogą również służyć jako podstawa dla wprowadzenia standardów organizacyjnych w tej dziedzinie,
- 2) praktyce prawniczej: wyniki badań mogą być wykorzystywane przez prawników specjalizujących się w prawie medycznym do lepszego zrozumienia i interpretacji przypadków związanych z chirurgią plastyczną. Można je również wykorzystać do szkoleń dla prawników, aby podnieść ich świadomość na temat specyfiki procesu uzyskiwania świadomej zgody w tej dziedzinie medycyny,
- 3) edukacji medycznej: wyniki badań mogą być wykorzystywane w programach edukacyjnych dla lekarzy i studentów medycyny, aby podnieść świadomość na temat znaczenia świadomej zgody w chirurgii plastycznej oraz potencjalnych ryzyk z nią związanych.

W toku procesu badawczego autor zdobył cenne doświadczenie w zakresie zrozumienia złożonych relacji prawnych i czynnikowych, które kształtują proces uzyskiwania świadomej zgody w chirurgii plastycznej.

BIBLIOGRAFIA

I. Komentarze, monografie, publikacje naukowe

1. Baron K., Zgoda pacjenta, Prokuratura i Prawo, nr 9, Warszawa 2010
2. Boratyńska M., Kubiak E., Forma zgody [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych, red. Boratyńska M., Konieczniak P., Zielińska E., Warszawa 2019
3. Boratyńska M., Kubiak R., Podmioty uprawnione do wyrażenia zgody [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych, red. Boratyńska M., Konieczniak P., Zielińska E., Warszawa 2019
4. Boratyńska M., Kubiak R., Zgoda osoby uprawnionej na zabieg czysto kosmetyczny [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych, red. Boratyńska M., Konieczniak P., Zielińska E., Warszawa 2019
5. Bosek L. (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Komentarze Becka, 2020, Legalis/el 2020
6. Czerwińska M., Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych – Szkoła Główna Handlowa” 2015/38
7. Daniluk P., Pozaustawowe nieterapeutyczne (nielecnicze) czynności lekarskie, PiP 2006, nr 1
8. Fiutak A., Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, Warszawa 2016, Wolters Kluwer Polska
9. Hajdukiewicz D., Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny, Wolters Kluwer Polska 2019
10. Jaroń K., Zabiegi estetyczne a odpowiedzialność cywilna lekarza [w:] Kruk E., Wołoszyn-Cichocka A., Zdyb M. (red.), Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018, wydanie 1
11. Karczewska-Kamińska N., Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta, Warszawa 2018, Wolters Kluwer Polska
12. Karkowska D., Kmiecik B. [w:] Karkowska D. (red.), Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2021
13. Karkowska D., Prawa pacjenta, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009

14. Kmiecik B. [w:] Karkowska D. (red.), Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2021
15. Kmiecik B., Pacjent - Klient - Konsument Zdrowia [w:] System Prawa Medycznego. Tom I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, red. Kubiak R., Kubicki L., Zielińska E., Warszawa 2018
16. Lachowski J. [w:] Kodeks karny. Komentarz, wyd. III, red. Konarska-Wrzosek V., Warszawa 2020
17. Lipiński K. [w:] Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. Giezek J., Warszawa 2021
18. Łokaj M., Uprawnienia i obowiązki diagnosty laboratoryjnego w świetle ustawy o medycynie laboratoryjnej, LEX/el. 2022
19. Maciejewska-Szałas M. [w:] Kodeks cywilny. Komentarz, red. Balwicka-Szczyrba M., Sylwestrzak A., Warszawa 2022
20. Mozgawa M. [w:] Budyn-Kulik M., Kozłowska-Kalisz P., Kulik M., Mozgawa M., Kodeks karny. Komentarz aktualizowany, LEX/el. 2023
21. Nesterowicz M., Glosa do wyroku s. apel. z dnia 2 października 2014 r., I ACa 625/14 [w:] Nesterowicz M., Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, WK 2017, LEX/el. 2017
22. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 2 października 2003 r., – niepoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu [w:] Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014
23. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., – niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny [w:] Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014
24. Nesterowicz M., Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., – ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi informacji [w:] Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014
25. Nesterowicz M., Glosa do wyroku SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/2008, Prawo medyczne 2012, nr 136
26. Nesterowicz M., Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych. LexisNexis 2014

27. Pacian J., Pacian A., Kulik T.B., Flieger P., Kowalczyk K., Regulacje prawne dotyczące zgody pacjenta na czynność medyczną, *Przegląd Prawa Publicznego*, nr 7-8/2012
28. Radwański Z., Olejniczak A., *Prawo cywilne – część ogólna*, C.H. Beck, wyd. 14, Warszawa 2017
29. Rejmaniak R., Problemy interpretacyjne wybranych pojęć zawartych w art. 192 k.k., *CPKiNP* 2013/2
30. Rososzczuk A., Zakres informacji przekazywanych pacjentowi przez lekarza przed wyrażeniem lub odmową udzielenia zgody na świadczenia zdrowotne, *Przegląd Sądowy* 4/2017
31. Sadowska M., *Zapobieganie błędom w praktyce*, Wolters Kluwer 2019
32. Staszewski R., Cofta S., Ruszczak A., Dokumentacja medyczna w świetle akredytacji szpitali [w:] Śliwka M., Urbaniak M.(red.), *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, Wolters Kluwer Polska 2018
33. Szymańska vel. Szymanek P., Przeprowadzanie zabiegów z chirurgii estetycznej u osób małoletnich, *Przegląd Sądowy*, październik 2015, s. 61-62, za: McCarthy J.G., *Introduction to Plastic Surgery*, w: *Plastic Surgery*, McCarthy J.G. (red.), t. 1, Philadelphia 1990, t. 1
34. Tymiński R., Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jako przyczynienie się poszkodowanego w rozumieniu art. 362 k.c., *Przegląd Sądowy* (Warszawa). 0867-7255. R. 25, nr 11/12 (2016)
35. Tymiński R., Obowiązek informacyjny lekarza wobec pacjenta – refleksje na tle wybranego dorobku orzeczniczego Izby Cywilnej Sądu Najwyższego, *Przegląd Sądowy* 5/2017
36. Urbaniak M., Monitorowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [w:] D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego. Tom III. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, C.H. Beck, Warszawa 2021
37. Urbaniak M., *Prawa pacjenta jako prawa człowieka* [w:] A. Hauser, M. Urbaniak (red.), *Ochrona praw człowieka*, Okręgowa Izba Radców Prawnych w Poznaniu, Poznań 2019
38. Zoll A. [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, red. Wróbel W., Warszawa 2017.

II. Literatura obcojęzyczna wykorzystana w pracy

1. American Society of Plastic Surgeons, Plastic Surgery Statistics Report 2020
2. Amin K, Moscalu R, Imere A, Murphy R, Barr S, Tan Y, Wong R, Sorooshian P, Zhang F, Stone J, Fildes J, Reid A, Wong J. The future application of nanomedicine and biomimicry in plastic and reconstructive surgery. *Nanomedicine (Lond)*. 2019 Oct;14(20):2679-2696. doi: 10.2217/nnm-2019-0119. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31668141
3. Barton N, Janis JE. Missing the Mark: The State of Health Care Literacy in Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 May 13;8(5):e2856. doi: 10.1097/GOX.0000000000002856. PMID: 33133907; PMCID: PMC7572040
4. Bolcato M, Shander A, Isbister JP, Trentino KM, Russo M, Rodriguez D, Aprile A. Physician autonomy and patient rights: lessons from an enforced blood transfusion and the role of patient blood management. *Vox Sang*. 2021 Nov;116(10):1023-1030. doi: 10.1111/vox.13106. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33826768; PMCID: PMC9291028
5. Boyll P, Kang P, Mahabir R, Bernard R.W., *Variables That Impact Medical Malpractice Claims Involving Plastic Surgeons in the United States*, *Aesthet Surg J*. 2018
6. Choudry MI, Latif A, Hamilton L, Leigh B. Documenting the process of patient decision making: a review of the development of the law on consent. *Future Hosp J*. 2016 Jun;3(2):109-113. doi: 10.7861/futurehosp.3-2-109. PMID: 31098199; PMCID: PMC6465837
7. Chung KC, Pushman AG, Bellfi LT. A systematic review of ethical principles in the plastic surgery literature. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Nov;124(5):1711-1718. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181b98a9f. PMID: 20009860; PMCID: PMC2796557
8. Clodfelter KL, Mailey B, Hassanein AH. Plastic Surgery Innovation through War, Disaster, and Pandemic. *Plast Reconstr Surg*. 2022 Feb 1;149(2):373e-374e. doi: 10.1097/PRS.00000000000008749. PMID: 34958650; PMCID: PMC8779604
9. Cuesta-Pastor M, Sanchez-Ruiz D, Moreno-Perez A. Expectations of patients assessed in clinical psychology in a mental health center. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2022;13(3):60–66. DOI: 10.15406/jpcpy.2022.13.00715
10. Doncatoo LF, Uso do termo de consentimento informado em cirurgia plástica estética, *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(3):353-8

11. Enoch S, Shaaban H, Dunn KW. Informed consent should be obtained from patients to use products (skin substitutes) and dressings containing biological material. *J Med Ethics*. 2005 Jan;31(1):2-6. doi: 10.1136/jme.2003.005272. PMID: 15634745; PMCID: PMC1734000
12. Gibstein AR, Jabori SK, Watane A, Slavin BR, Elabd R, Singh D. Do Plastic Surgery Residents Get Sued? An Analysis of Malpractice Lawsuits. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023 Jan 13;11(1):e4721. doi: 10.1097/GOX.0000000000004721. PMID: 36655026; PMCID: PMC9839246
13. Giunta RE, Costa H, Demirdöver C, Benedetto GD, Elander A, Henley M, Murray DJ, Schaefer DJ, Spindel S, Vasar O, Zic R. ESPRAS Position Paper on Patient Protection in Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2022 Aug;54(4):374-376. doi: 10.1055/a-1885-6162. Epub 2022 Aug 9. PMID: 35944540
14. Grover R, Sanders R. Plastic surgery. *BMJ*. 1998 Aug 8;317(7155):397-400. doi: 10.1136/bmj.317.7155.397. PMID: 9694759; PMCID: PMC1113673
15. Jarvis T, Thornburg D, Rebecca AM, Teven CM. Artificial Intelligence in Plastic Surgery: Current Applications, Future Directions, and Ethical Implications. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 Oct 29;8(10):e3200. doi: 10.1097/GOX.0000000000003200. PMID: 33173702; PMCID: PMC7647513
16. Kandinov A, Mutchnick S, Nangia V, Svider PF, Zuliani GF, Shkoukani MA, Carron MA. Analysis of Factors Associated With Rhytidectomy Malpractice Litigation Cases. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017 Jul 1;19(4):255-259. doi: 10.1001/jamafacial.2016.1782. PMID: 28199538; PMCID: PMC5543314
17. Lei Y, He X, Zhao T and Tian Z (2020) Contrast Effect of Facial Attractiveness in Groups. *Front. Psychol*. 11:2258. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02258
18. Liang Z, Xu M, Liu G, Zhou Y, Howard P. Patient-centred care and patient autonomy: doctors' views in Chinese hospitals. *BMC Med Ethics*. 2022 Apr 8;23(1):38. doi: 10.1186/s12910-022-00777-w. PMID: 35395761; PMCID: PMC8994393
19. Lynøe N, Engström I, Juth N. How to reveal disguised paternalism: version 2.0. *BMC Med Ethics*. 2021 Dec 28;22(1):170. doi: 10.1186/s12910-021-00739-8. PMID: 34961487; PMCID: PMC8712205

20. Macionis V. History of plastic surgery: Art, philosophy, and rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018 Jul;71(7):1086-1092. doi: 10.1016/j.bjps.2018.03.001. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29685841
21. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jan 29;17(3):835. doi: 10.3390/ijerph17030835. PMID: 32013108; PMCID: PMC7036952
22. Murphy DC, Saleh DB. Artificial Intelligence in plastic surgery: What is it? Where are we now? What is on the horizon? *Ann R Coll Surg Engl.* 2020 Oct;102(8):577-580. doi: 10.1308/rcsann.2020.0158. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32777930; PMCID: PMC7538735
23. Paik AM, Mady LJ, Sood A, Eloy JA, Lee ES. A look inside the courtroom: an analysis of 292 cosmetic breast surgery medical malpractice cases. *Aesthet Surg J.* 2014 Jan 1;34(1):79-86. doi: 10.1177/1090820X13515702. PMID: 24396074
24. Park BY, Kim MJ, Kang SR, Hong SE. A Legal Analysis of the Precedents of Medical Disputes in the Cosmetic Surgery Field. *Arch Plast Surg.* 2016 May;43(3):278-83. doi: 10.5999/aps.2016.43.3.278. Epub 2016 May 18. PMID: 27218027; PMCID: PMC4876158
25. Parmeshwar N, Reid CM, Park AJ, Brandel MG, Dobke MK, Gosman AA. Evaluation of Information Sources in Plastic Surgery Decision-making. *Cureus.* 2018 Jun 9;10(6):e2773. doi: 10.7759/cureus.2773. PMID: 30109166; PMCID: PMC6084688
26. Svider PF, Keeley BR, Zumba O, Mauro AC, Setzen M, Eloy JA. From the operating room to the courtroom: a comprehensive characterization of litigation related to facial plastic surgery procedures. *Laryngoscope.* 2013 Aug;123(8):1849-53. doi: 10.1002/lary.23905. Epub 2013 Jan 8. PMID: 23299988
27. Valiquette CR, Forrest CR, Kasrai L, Wanzel KR, Martou G, Beber BA, Semple JL, Constantine T, Ho ES, Somogyi RB. Can We Reach a Consensus on the Appropriate Use of Before and After Photos in Breast Surgery? *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021 Jul 16;9(7):e3682. doi: 10.1097/GOX.0000000000003682. PMID: 34285856; PMCID: PMC8284704
28. Veerman MM, van der Woude LA, Tellier MA, Legemaate J, Scheltinga MR, Stassen LPS, Leclercq WKG. A decade of litigation regarding surgical informed

consent in the Netherlands. *Patient Educ Couns.* 2019 Feb;102(2):340-345. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.031. Epub 2018 Aug 29. PMID: 30173877

29. Vila-Nova da Silva D.B. i wsp., The increasing growth of plastic surgery lawsuits in Brazil. *Aesthetic. Plast. Surg.* 2010;34

III. Akty prawne oraz inne akty normatywne wykorzystane w pracy

1. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej (moduł podstawowy i moduł specjalistyczny) dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, Warszawa 2014, aktualizacja 2018, moduł specjalistyczny
2. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej, Warszawa 2014, aktualizacja 2018
3. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Program specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej, Warszawa 2014, aktualizacja 2018
4. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE 2016 C 202)
5. Kodeks Etyki Lekarskiej, uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej z późn. zm.
6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
7. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny – Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, otwarta do podpisu 4.04.1997 r., CETS nr 164
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2010 Nr 2, poz. 24)
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2013, poz. 26) (akt utracił moc)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566 ze zm.)

11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.)
12. Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280)
13. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123)
14. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 z późn. zm.)
15. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 168 z późn. zm.)
16. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)
17. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1950 nr 50 poz. 458)
18. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.)
19. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.)
20. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.)
21. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1575)
22. Uzasadnienie do projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta, <http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/opisy/283.htm> [dostęp dnia: 6 lutego 2023 r.]

IV. Orzeczenia sądów

1. Orzeczenie SN z 14.11.1972 r., I CR 463/72, NP 1975, nr 4, poz. 585
2. Postanowienie SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137
3. Uchwała SN z 13.05.2015 r., III CZP 19/15, OSNC 2016, nr 5, poz. 59
4. UK Supreme Court, Montgomery (Appellant v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland)), 2015, <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0136-judgment.pdf>, [dostęp dnia: 10 lutego 2023 r.]
5. Wyrok SA w Lublinie z 2.10.2003 r., I ACa 368/03, LEX nr 1681154
6. Wyrok SA w Poznaniu z 29.09.2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206

7. Wyrok SA w Poznaniu z 8.03.2018 r., I ACa 917/17, LEX nr 2553672
8. Wyrok SA w Warszawie z 11.03.2008 r., I ACa 846/07, PS 2009, nr 11-12, poz. 220-225
9. Wyrok SN z 11.04.2006 r., I CSK 191/05, OSNC 2007, nr 1, poz. 18
10. Wyrok SN z 16.05.2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885.
11. Wyrok SN z 17.12.2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131
12. Wyrok SN z 20.11.1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980, nr 4, poz. 81
13. Wyrok SN z 26.04.2007 r., II CSK 2/07, LEX nr 319613
14. Wyrok SN z 28.08.1973 r., I CR 441/73, OSNC 1974, nr 7-8, poz. 131
15. Wyrok SN z 28.09.1999 r., II CKN 511/96, LEX nr 453701
16. Wyrok SN z 28.11.2007 r., V KK 81/07, OSNKW 2008, nr 2, poz. 14
17. Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02, OSP 2005, nr 4, poz. 54
18. Wyrok SN z 29.12.1969 r., II CR 551/69, OSPiKA 1970, nr 11, poz. 224
19. Wyrok SN z 3.12.2009 r., II CSK 337/09, LEX nr 686364
20. Wyrok SN z 5.09.1980 r., II CR 280/80, OSPiKA 1981, nr 10, poz. 170
21. Wyrok SN z 7.11.2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166
22. Wyrok WSA w Warszawie z 30.05.2016 r., VII SA/Wa 385/16, LEX nr 2113957

V. Orzeczenia sądów analizowane w ramach badania

1. Wyrok SA w Białymstoku I Wydział Cywilny z dnia 14.09.2016 r., Sygn. akt I A Ca 7/16
2. Wyrok SA w Gdańsku I Wydział Cywilny z dnia 21.08.2018 r., Sygn. akt I ACa 970/14
3. Wyrok SA w Gdańsku I Wydział Cywilny z dnia 23.10.2018 r., Sygn. akt I ACa 1136/17.
4. Wyrok SA w Katowicach I Wydział Cywilny z dnia 16.12.2014 r., Sygn. akt I ACa 807/14
5. Wyrok SA w Katowicach I Wydział Cywilny z dnia 24.05.2016 r., Sygn. akt I ACa 1153/15
6. Wyrok SA w Łodzi I Wydział Cywilny z dnia 2.10.2014 r., Sygn. akt I ACa 625/14
7. Wyrok SA w Warszawie I Wydział Cywilny z dnia 7.02.2014 r., Sygn. akt I Aca 377/13
8. Wyrok SO w Elblągu VI Wydział Karny Odwoławczy z dnia 28.01.2022 r., Sygn. akt VI Ka 589/21

9. Wyrok SO w Łodzi II Wydział Cywilny z dnia 10.03.2014 r., Sygn. akt II C 455/12
10. Wyrok SO w Łodzi II Wydział Cywilny z dnia 6.04.2022 r., Sygn. akt II C 408/19
11. Wyrok SO w Łodzi z dnia 5.02.2018 r., Sygn. akt III Ca 1663/17
12. Wyrok SO w Poznaniu Wydział XV Cywilny Odwoławczy z dnia 24.01.2014 r., Sygn. akt VX Ca 1506/13
13. Wyrok SO w Świdnicy II Wydział Cywilny Odwoławczy z dnia 12.11.2019 r., Sygn. akt Ca 793/19
14. Wyrok SO w Warszawie XXV Wydział Cywilny z dnia 8.04.2022 r., Sygn. akt XXV C 57/17
15. Wyrok SO we Wrocławiu I Wydział Cywilny z dnia 27.05.2013 r., Sygn. akt I C 224/10
16. Wyrok SO we Wrocławiu Wydział I Cywilny z dnia 22.09.2014 r., Sygn. akt I C 789/11
17. Wyrok SR w Gdyni I Wydział Cywilny z dnia 29.07.2022 r., Sygn. akt I C 1209/18
18. Wyrok SR w Kutnie I Wydział Cywilny z dnia 31.03.2022 r., Sygn. akt I C 519/15

VI. Źródła internetowe

1. <http://www.espras.org/index.php/espras>
2. <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
3. <https://www.abplasticsurgery.org>
4. <https://www.isaps.org>
5. <https://www.plasticsurgery.org>

WYKAZ TABEL

1. Tabela nr 1 – Artykuły dokumentujące powstawanie pomysłów chirurgii plastycznej podczas katastrof
2. Tabela nr 2 - Rozkład procedur chirurgicznych estetycznych wśród pacjentów w wieku 13-19 lat w roku 2020 w Stanach Zjednoczonych
3. Tabela nr 3 – Zakres informacji o następstwach procedury medycznej o podwyższonym ryzyku w orzecznictwie
4. Tabela nr 4 – Przegląd wyników badań naukowych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej z wykorzystaniem platformy Westlaw legal database w zakresie udziału spraw, których proces uzyskiwania zgody był

przedmiotem sporu w stosunku do wszystkich analizowanych spraw sądowych z udziałem chirurgów plastycznych

5. Tabela nr 5 – Wyniki zapytań do bazy Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych
6. Tabela nr 6 - Wyniki analizy wyroków zakwalifikowanych do badania
7. Tabela nr 7 - Znaczenie miejsca pracy w obszarach związanych z procesem informacyjnym
8. Tabela nr 8 - Istotne statystycznie różnice w zastosowaniu narzędzi w zabiegach nieterapeutycznych w porównaniu z zabiegami terapeutycznymi
9. Tabela nr 9 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy czynnikami procesu informacyjnego w zabiegach terapeutycznym a pozwami dotyczącymi zgody pacjenta
10. Tabela nr 10 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a stosowaniem grup czynników procesu informacyjnego w zabiegach terapeutycznych
11. Tabela nr 11 - Tabela współczynników regresji pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a stosowaniem grup czynników procesu informacyjnego w zabiegach terapeutycznych w podziale na miejsce pracy;
12. Tabela nr 12 - Tabela współczynników korelacji pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a ryzykiem pozwu
13. Tabela nr 13 - Tabela kontyngencji dla czynnika 1
14. Tabela nr 14 - Tabela kontyngencji dla czynnika 2