

ANNA KOBIŃSKA *

ZAKRES AUTONOMII PACJENTA NA PRZYKŁADZIE NIEWYRAŻENIA ZGODY NA ZASTOSOWANIE PREPARATU KRWI PODCZAS EWENTUALNEJ INTERWENCJI MEDYCZNEJ W BLIŻEJ NIEOKREŚLONEJ PRZYSZŁOŚCI

Odpowiedź na pytanie, gdzie sięga granica swobody decydowania i samostanowienia przez pacjenta, wymaga odpowiedzi na wiele pytań, między innymi następujących.

Czy ochrona życia ludzkiego stanowi dobro wyższej wartości aniżeli wola indywidualna pacjenta. Czy uszanowanie woli pacjenta (przejawiającej się przykładowo w wolności wyznania wynikającej z art. 53 Konstytucji RP) wyprzedza obowiązek lekarza ratowania życia (zasada ochrony życia wynika z art. 38 Konstytucji RP).

Gdzie ta autonomia sięga, gdzie są jej granice, czy można przyjąć jakieś kryteria wyróżniające zakres swobody pozostawiony pacjentowi.

Czy w pewnych sytuacjach lekarz ma prawo powołać się na zasady współżycia społecznego i wbrew woli pacjenta podjąć interwencję medyczną, a czy pacjent może powołać się na wyznawany światopogląd lub religię i tylko na tej podstawie sprzeciwić się interwencji medycznej.

Wydawać się powinno, że odpowiedzi na te pytania, na gruncie obowiązującego stanu prawnego, nie powinny budzić wątpliwości. Nie tylko dlatego, iż chodzi tu o najistotniejsze dobra człowieka jak życie i zdrowie ludzkie, w związku z czym odpowiedzi powinny być jasne i jednoznaczne, ale ze względu chociażby na aktualny stan prawny, który chroni wolność człowieka do decydowania i samostanowienia

* *Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego na kierunku prawo, doktorantka na Wydziale Prawa i Administracji UJ w Katedrze Prawa Cywilnego, aplikantka adwokacka. Zainteresowania naukowe autorki związane są z prawem cywilnym, a szczególnie z tematyką dotyczącą prawa medycznego.*

o sobie. Jednakże problemy te pisane przez życie, a częstokroć później znajdujące swe odzwierciedlenie w praktyce sądowej, pozostają nadal obecne i niejednoznacznie oceniane w doktrynie prawa.

Aktualności problemu dowodzi między innymi sprawa, która trafiła przed Sąd Najwyższy wskutek kasacji¹, w której to sprawie Sąd Najwyższy wydał postanowienie z dnia 27 października 2005 r. (III CK 155/05), uchylające co prawda zaskarżone orzeczenie Sądu drugiej instancji i przekazujące sprawę do ponownego rozpoznania, jednakże w uzasadnieniu tego postanowienia ustalił kwestie zasadnicze dla oceny zakresu autonomii pacjenta².

Przedstawione postanowienie Sądu Najwyższego dotyczy sprawy, w której pojawił się problem zgody na świadczenia zdrowotne w sytuacji, gdy porozumienie się z pacjentem nie było możliwe ze względu na jego stan świadomości (stan nieprzytomności), a zgoda taka była nieodzowna z uwagi na konieczność dokonania czynności medycznej (przetoczenia krwi); jednocześnie przy pacjencie znajdowało się oświadczenie wyraźnie sprzeciwiające się takiej czynności³.

1. OGRANICZENIA AUTONOMII PACJENTA

W pewnych i wyjątkowych sytuacjach nasza wola poddania się zabiegom medycznym nie będzie respektowana (zabiegi zakazane przez prawo, np. aborcja, eutanazja).

Niekiedy wbrew naszej woli zostaniemy poddani pewnym czynnościom medycznym (przymus leczenia). Przymus leczenia stanowi wyjątek od zasady pełnej autonomii woli pacjenta i zachodzi tylko w sytuacjach wyraźnie określonych przez ustawę. Ustawodawca w ten sposób chroni dobro ogółu społeczeństwa (np. choroby zakaźne) lub też dobro samego pacjenta (np. chorego psychicznie).

Przykładowo na mocy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384) zostały wprowadzone, w przypadku epidemii, obowiązkowe szczepienia (art. 15 ust. 1 ustawy), jak i ogólny obowiązek szczepień przeciwko chorobom zakaźnym (art. 14 ust. 1 ustawy), czy też obowiązkowe badania (art. 25 ust. 1, art. 27 ustawy) lub obowiązkowa hospitalizacja w określonych sytuacjach (art. 27, 28 ustawy).

¹ Określenie tego środka odwoławczego zostało zastąpione z dniem 6 lutego 2005 r. terminem „skarga kasacyjna” na podstawie ustawy z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie Kodeksu postępowania cywilnego oraz ustawy — Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98).

² Sprawa komentowana m.in. w „Rzeczpospolitej” (29 listopada 2005 r., nr 254).

³ Na potrzeby niniejszych rozważań przyjmuję, że pacjent ma pełną zdolność do czynności prawnych i nie jest chory psychicznie, a także wyrażając swoją wolę działał świadomie i swobodnie, może więc sporządzić ważne oświadczenie woli dla służby zdrowia.

Zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. Nr 147, poz. 1231 ze zm.) osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład pożycia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo zakłócają systematycznie spokój lub porządek publiczny, można skierować na przymusowe leczenie w stacjonarnym bądź niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego, a o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu orzeka sąd rejonowy (art. 26 ustawy).

Następnie na mocy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535) osoba, której zachowanie wskazuje, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych albo nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu bez jej zgody (art. 21 ustawy), a w pewnych sytuacjach, gdy osoba chora psychicznie zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu innych osób, może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez uzyskania jej zgody (art. 23 ustawy).

Osoba niepełnoletnia, uzależniona od środków odurzających lub substancji psychotropowych, na mocy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485) może zostać skierowana przez sąd rodzinny na przymusowe leczenie (art. 30 ustawy).

Gdy życiu osoby skazanej grozi poważne niebezpieczeństwo, to zgodnie z art. 118 kodeksu karnego wykonawczego można dokonać zabiegu lekarskiego nawet mimo sprzeciwu skazanego.

Przedstawione regulacje „przymusu leczenia” są tylko wyliczeniem przykładowym, gdyż wyjątki te, od zasady pełnej autonomii pacjenta, szczegółowo zostały opisane w wymienionych ustawach.

Druga grupa sytuacji, w której autonomia pacjenta może zostać ograniczona, to zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2000 r. Nr 21, poz. 204 ze zm.) stan tak zwanej wyższej konieczności, kiedy stan pacjenta wymaga niezwłocznego działania ze strony lekarza, a uzyskanie zgody jest bądź niemożliwe, bądź utrudnione.

W sytuacji stanu wyższej konieczności lekarz jednak może zostać zwolniony z obowiązku udzielenia pomocy pacjentowi, gdy ten wcześniej złożył oświadczenie, iż nie wyraża zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Forma oświadczenia może tu być dowolna, zarówno ustna, jak i pisemna.

Należy więc pamiętać, że nie zachodzi stan wyższej konieczności w sytuacji, gdy pacjent jako podmiot ratowanego dobra nie życzy sobie utrzymania tego dobra⁴.

Poza wyżej wymienionymi przypadkami przymusowego leczenia lub też stanu wyższej konieczności lekarz nie ma prawa powoływać się ani na dobro pacjenta, ani

⁴ J. Śliwiński: *Prawo karne*, Warszawa 1946, s. 171.

właśnie na stan wyższej konieczności — wbrew wiadomej woli pacjenta — w celu poświęcenia prawa człowieka do samostanowienia na rzecz ratowania jego zdrowia lub życia⁵.

Poza wyraźnie wskazanymi wyjątkami w ustawie nie można nikogo zmusić do poddania się czynnościom medycznym, powołując się na dobro pacjenta czy też ewentualnie zasady współżycia społecznego⁶.

2. ZAKRES AUTONOMII PACJENTA NA PRZYKŁADZIE POGLĄDÓW DOKTRYNY

Na przykładzie między innymi świadków Jehowy doktryna wypowiada się na temat granic zgody na określone czynności medyczne.

M. Nesterowicz przywołuje orzeczenie paryskiego sądu, który nakazał podać krew, gdyż uznał ochronę życia ludzkiego jako dobro wyższej wartości aniżeli wolę indywidualną pacjenta: „obowiązek lekarza poszanowania woli pacjenta, który jest w stanie ją wyrazić, znajduje granice w obowiązku, który ma lekarz, tj. ochrony życia i zdrowia jednostki”.

Autor ten uważa, że odmowa zgody na transfuzję krwi jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego, a także z obowiązkami wynikającymi z zawodu lekarza i z przepisów prawnych. W związku z czym oświadczenie dla służby zdrowia, w którym pacjent nie zgadza się na transfuzję krwi, uważa za pozbawione znaczenia prawnego⁷.

Według J. Ignaczewskiego „(...) nikt nie ma prawa obciążać innych swoją śmiercią.

W tym kontekście postępowanie świadków Jehowy można rozpatrywać jako nadużycie prawa sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Takie działanie jak wiadomo — na podstawie art. 5 kodeksu cywilnego — nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony”⁸.

Postępowanie świadków Jehowy również według tego autora stanowi nadużycie prawa, sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Przeciwnicy wyżej wymienionych poglądów twierdzą, iż są one chybione z następujących względów.

Zarzucają, że doktryna przyjmuje hierarchię wartości, iż zdrowie pacjenta jest synonimem jego najwyższego dobra, stawiając obowiązek zawodowy lekarzy ponad

⁵ A. Liszewska: *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Zakamycze 1998, s. 95.

⁶ Zob. M. Safjan: *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 61.

⁷ M. Nesterowicz: *Wyrok Copr. Administrative d' Appel de Paris z 9.06.1998 (D. 1999.J.277)*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5 s. 153.

⁸ J. Ignaczewski: *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003, s. 36.

konstytucyjną normę, gwarantującą wolność człowieka, w związku z czym nierepektowanie woli pacjenta, traktowane jako wyjątek, może z czasem stać się regułą⁹.

Uważają też, że jest to krok wstecz w stosunku do europejskiej myśli prawnotetycznej opartej na poszanowaniu autonomii woli jednostki¹⁰.

Z tym stanowiskiem, posługując się tymi samymi argumentami, polemizuje J. Ignaczewski, który zarzuca takiemu stanowisku subiektywizm w przyjętej hierarchii wartości, jakoby wola pacjenta była synonimem jego najwyższego dobra. Następnie autor zarzuca, iż stanowisko takie stawia wolę pacjenta ponad konstytucyjną normą ochrony zdrowia, co z kolei może doprowadzić do podważenia porządku prawnego. J. Ignaczewski stwierdza, iż branie pod uwagę wcześniej wyrażonych życzeń pacjenta nie oznacza absolutnego nakazu podporządkowania się woli pacjenta¹¹.

Autor ponadto powołuje się między innymi na art. 38 Konstytucji RP gwarantujący ochronę życia oraz art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wprowadzający możliwość ograniczenia praw i wolności także ze względu na ochronę zdrowia.

J. Ignaczewski stoi na stanowisku, iż wola pacjenta nie jest jego fundamentalnym prawem w postępowaniu leczniczym, a wola pacjenta winna być respektowana tylko dopóki człowiek jest w stanie świadomie wyrazić sprzeciw¹².

Nie mogę zgodzić się z autorem, który dokonuje nieuzasadnionego rozgraniczenia sytuacji dotyczącej sprzeciwu (w tym na transfuzję krwi), w wypadku gdy pacjent jest przytomny i gdy znajduje się w sytuacji po utracie przytomności.

Autor bowiem powołując się w tych drugich okolicznościach na fakt, iż pacjent nie ma już możliwości zweryfikowania uprzednio wyrażonej woli, kiedy to niebezpieczeństwo śmierci jest realne, znajduje uzasadnienie do działania przez lekarza wbrew jego woli¹³.

Nie jestem też w stanie zgodzić się z poglądem autora, że świadkowie Jehowy muszą się pogodzić z sytuacją, iż w placówkach publicznej służby zdrowia, ze względu na klauzulę sumienia dla lekarza, większą wartość może mieć życie ludzkie niż wola indywidualna pacjenta¹⁴.

Zgodnie z art. 31 ust. 2 Konstytucji RP należy szanować wolności i prawa innych, nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo nie nakazuje. Jednostka ma prawo oczekiwać nieingerowania w sfery, które jej dotyczą. To prawo wolnościowe ma dwa elementy: z jednej strony pozytywną wolność kształtowania swojego postępowania według swojego uznania, a z drugiej negatywny aspekt prze-

⁹ U. Chmielewska, A. Karnas: *Głos w sprawie uznania wyroku Apelacyjnego Trybunału Administracyjnego (Copr. Administrative d' Appe; de Paris) z dnia 9 czerwca 1998 r., jako wyznacznika kierunku przemian polskiego prawa medycznego*, Prawo i Medycyna 2000, nr 5, s. 156.

¹⁰ *Ibidem*, s. 156.

¹¹ J. Ignaczewski: *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003, s. 38.

¹² *Ibidem*, s. 39.

¹³ Zob. J. Ignaczewski: *Zgoda pacjenta...*, *op. cit.*, s. 40–41.

¹⁴ *Ibidem*, s. 44.

jawiający się jako wolność od zewnętrznej ingerencji (np. w postaci nakazów lub innych utrudnień dotyczących danej sfery życia)¹⁵.

Konstytucja RP ponadto zapewnia w art. 41 ust. 1 każdemu nietykalność osobistą i wolność osobistą, a także w art. 47 prawo do ochrony prawnej życia prywatnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym.

Zgodnie z art. 31 ust. 2 Konstytucji RP nikogo nie można zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje.

Na mocy wyżej wymienionych praw osobistych, Konstytucja RP gwarantuje pacjentowi nietykalność osobistą (wolność od środków przymusu) i wolność osobistą (wolność dysponowania swoją osobą), a pozbawienie czy ograniczenie tych wolności może nastąpić wyłącznie na zasadach i w trybie określonym w ustawie (przymus leczenia), przy poszanowaniu oczywiście zasad wyrażonych w ustawie zasadniczej¹⁶.

3. PRAWO PACJENTA DO DECYDOWANIA O SAMYM SOBIE

Należy w pełni zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, który zwrócił uwagę na kwestię podstawową, a dotyczącą wolności człowieka, która nie została przez Sąd Okręgowy wzięta pod uwagę. Sąd Najwyższy podkreślił, iż „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 (por. art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167, oraz art. 8 europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Dz.U. z 1992 r. Nr 85, poz. 427), w związku z czym również Konstytucja powierza ją specjalnej opiece państwa, zapewniając każdemu wolność i nietykalność osobistą oraz chroniąc życie prywatne, rodzinne, cześć, dobre imię oraz prawo o decydowaniu o swoim życiu osobistym (art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji)”.

Lekarz, który podjąłby się czynności medycznych bez zgody pacjenta, nie zaatakowałby jego życia lub zdrowia, gdyż działa wtedy w obronie tych dóbr, ale atakuje wolność pacjenta, prawo do decydowania o stanie własnej osoby i własnym losie¹⁷.

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (w skrócie konwencja o prawach człowieka i biomedycynie) gwarantuje ponadto każdemu poszanowanie dla jego integralności oraz

¹⁵ K. Wojtyczek (w:) P. Sarnecki (red.): *Prawo konstytucyjne Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 1999, s. 46–47.

¹⁶ *Ibidem*, s. 65.

¹⁷ A. Zoll: *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 16.

innych podstawowych wolności w sferze zastosowań biologii i medycyny (art. 1 konwencji)¹⁸.

W art. 5 konwencji stanowi, że nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej, a osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę. Konwencja ponadto zawiera w art. 9 wyraźne postanowienie, iż należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest ona w stanie wyrazić swojej woli.

W art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry i w art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) pacjentowi zostało przyznane prawo do wyrażenia zgody dotyczącej podejmowanych wobec niego świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy¹⁹.

Kwestie związane z odmową zgody na daną interwencję medyczną należy rozpatrywać w świetle prawa jednostki do podejmowania suwerennych decyzji i do samostanowienia o swoim ciele²⁰.

Sąd Najwyższy stwierdził także, iż „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”.

Zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych i najważniejszych zasad z zakresu praw człowieka. Niestety, nie jest to jeszcze zasada zbyt oczywista dla niektórych przedstawicieli doktryny i sądów. Wynika to między innymi z braku tolerancji i poszanowania wyborów, w oczach innych ludzi moralnie nagannych, nieznajdujących zrozumienia czy też logicznego wytłumaczenia w danym porządku społecznym.

Jednakże w sprawach wyznawanego światopoglądu, religii, moralności, etyki można krytykować pewne zachowania i decyzje podjęte na tym tle, ale jednocześnie nie zapominając o respektowaniu w pełni autonomii człowieka do podejmowania ostatecznych decyzji i jemu tylko pozostawiając wybór.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu swojego orzeczenia wskazał, że „zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążąca

¹⁸ Konwencja ta została podpisana 4 kwietnia 1997 r. w Owiedo, ale nie została do dziś ratyfikowana przez Polskę. Sąd Najwyższy w swoim orzeczeniu powołał się również na konwencję o prawach człowieka i biomedycynie, uznając ją za istotną wskazówkę interpretacyjną.

¹⁹ Zob. też M. Nesterowicz: *Prawo i medycyna*, Toruń 2001, s. 100.

²⁰ T. Wiwatowski, U. Chmielewska, A. Karnas: *Prawo wyboru metody leczenia — stanowisko Świadków Jehowy w sprawie transfuzji krwi*, *Prawo i Medycyna* 1999, nr 4, s. 18.

i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu — delegalizuje go”.

Nie można bowiem, tam gdzie ustawa nie zawiera nakazu, wołę jednostki wypierać powołując się na dobro społeczeństwa, czy przeciwstawiać wołę innej osoby (np. działającego lekarza). Sąd Najwyższy stwierdził, iż prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta albo przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił, albo przez występowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawić mocy.

4. ROZSTRZYGANIE KOLIZJI OBOWIĄZKU RATOWANIA ŻYCIA PRZEZ LEKARZA A PRAWA PACJENTA DO SAMOSTANOWIENIA

Klauzula sumienia, na którą powołują się przeciwnicy respektowania autonomii woli, nie może podlegać osądowi sumienia lub odczuć zupełnie innej osoby, dlatego, chroniąc wartości etyczne uznawane przez lekarza, nie ma pierwszeństwa przed sumieniem pacjenta i wyznawanymi przez niego zasadami etycznymi²¹.

Ocena ponadto kolidujących tu dóbr życia i zdrowia człowieka z jego prawem do samostanowienia nie powinna być pozostawiona lekarzowi, a jedyną osobą, która będzie uprawniona do ustalenia, które dobro ma wyższą wartość, będzie sam zainteresowany²².

W przeciwnym wypadku działanie lekarza bez zgody pacjenta będzie stanowiło naruszenie dóbr osobistych²³.

Słusznie twierdzi M. Filar, że jeśli zgody nie wyraża pacjent — wyłącznie uprawniony do jej wyrażania — jego decyzja wiąże lekarza, który naraża się na odpowiedzialność z art. 192 kodeksu karnego, jak to ma miejsce w przypadku odmowy poddania się transfuzji krwi przez świadków Jehowy²⁴.

Należy zanegować na tle aktualnego stanu prawnego pojawiający się nieraz w literaturze pogląd, uzależniający skuteczność zgody od położenia, w jakim pacjent się znajduje, tzn. czy jest w stanie świadomie wyrazić swoją zgodę.

Reprezentanci tego stanowiska z jednej strony uznają i preferują wołę pacjenta ponad obowiązek działania lekarza, gdy pacjent jest przytomny i odmawia on jakiegokolwiek pomocy, nawet jeśli zagrożone jest jego życie²⁵.

²¹ U. Chmielewska, S. Ciołkowski, T. Wiwatowski: *Praktyka leczenia Świadków Jehowy bez krwi — aspekty medyczne, prawne i etyczne*, Prawo i Medycyna 2003, nr 13, s. 95.

²² A. Zoll: *Odpowiedzialność karna lekarza...*, *op. cit.*, s. 18.

²³ Zob. A. Cisek: *Dobra osobiste i ich niemajątkowa ochrona w kodeksie cywilnym*, Wrocław 1989, s. 99–100.

²⁴ M. Filar: *Postępowanie lecznicze (świadczenie zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody*, Prawo i Medycyna 2003, nr 13, s. 46.

²⁵ M. Sośniak: *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 149.

Z drugiej jednak strony wskazują, iż jeśli pacjent jest nieprzytomny, to można podjąć działania ratujące jego życie²⁶.

Z tym poglądem można zgodzić się tylko częściowo, a mianowicie w sytuacji, gdy z okoliczności danego przypadku nie wynika nic innego. Wola bowiem pacjenta w takiej sytuacji może być zupełnie inna (np. pacjent ma ze sobą oświadczenie, aby nie dokonywać określonych czynności medycznych — nie wycinać mu woreczka żółciowego, nie przetaczać krwi itd.). W razie zaistnienia takiego przypadku należałoby tę wolę uszanować i kierować się nią w podejmowanych działaniach.

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE EWENTUALNEJ INTERWENCJI MEDYCZNEJ W BLIŻEJ NIEOKREŚLONEJ PRZYSZŁOŚCI

Zabieg operacyjny bez zgody pacjenta, który w danej chwili nie może jej wyrazić, jest dopuszczalny tylko wtedy, gdy jego dokonanie nie sprzeciwia się wiadomej woli chorego²⁷.

Wola pacjenta może zostać wyrażona w oświadczeniu sporządzonym na wypadek utraty przytomności, które odzwierciedla, jakie czynności wolno lekarzowi podjąć, a na jakie pacjent nie wyraża zgody.

Każdy sporządzając takie oświadczenie musi być świadomy, iż może ono wywołać określone skutki w razie zaistnienia określonych w nim okoliczności (potrzeby podjęcia przewidzianej w oświadczeniu ewentualnej interwencji medycznej).

Ten, kto sporządza oświadczenie dla służby zdrowia, aby go nie ratować, czy też nie podejmować określonych czynności medycznych w stosunku do jego osoby, musi się liczyć z tym, iż jego wola w pewnym momencie może zostać urzeczywistniona.

Pacjent w razie zmiany swojej woli co do przyszłej interwencji medycznej musi ją uzewnętrznić poprzez odwołanie poprzednio sporządzonego oświadczenia. W przeciwnym wypadku, jeśli tego nie uczyni i zaniecha jakichkolwiek kroków w tym zakresie, grozi mu, że jego pierwotne oświadczenie wywoła skutki prawne, pomimo zmiany jego woli.

Nierespektowanie bowiem woli człowieka stanowiłoby ograniczenie skuteczności sporządzania takich oświadczeń, a co za tym idzie — powodowałoby brak zaufania do prawa.

²⁶ Zob. M. Nesterowicz: *Prawo...*, *op. cit.*, s. 98, w sytuacji zagrożenia życia pacjenta, autor przyjmuje domniemanie, że gdyby pacjent był przytomny, to mógłby zmienić swoją wolę, a lekarz będzie wówczas działał jako prowadzący cudze sprawy bez zlecenia; J. Ignaczewski: *Zgoda...*, *op. cit.*, s. 39, według tego autora dopóki pacjent może świadomie „podtrzymywać” sprzeciw, dopóty wola musi być respektowana.

²⁷ E. Zielińska: *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5, s. 75.

Oświadczenie zawierające dyspozycje co do przyszłych świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia prawa cywilnego jest oświadczeniem woli, do którego będą miały zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego (art. 60 k.c. i n.).

W związku z czym takie oświadczenie będzie podlegać takiej samej wykładni, jakiej podlegają oświadczenia tego typu na gruncie kodeksu cywilnego.

Gdy z zaistniałych okoliczności sprawy można wywieść podejrzenie, iż pismo nie pochodzi od danego pacjenta, albo pojawiają się wątpliwości co do czytelności pacjenta, wówczas lekarz może podjąć interwencję medyczną wbrew zapisom zawartym w oświadczeniu. Jednakże jeśli w danym przypadku nie zachodzą takie czy podobne wątpliwości, należy z całą pewnością uszanować oświadczenie woli pacjenta i nie podejmować działań, które by naruszały tę wolę. Takie działanie lekarza nie zasługiwałoby na ochronę i stanowiłoby działanie bezprawne.

Oświadczenie pacjenta zawierające dyspozycję co do ewentualnych czynności medycznych będzie zawierało albo zgodę, albo jej brak na dane czynności, co częściej w takich oświadczeniach będzie się pojawiało, z uwagi na cel ich sporządzenia (zawierających życzenie pacjenta, aby określonych czynności nie podejmować wobec jego osoby).

Nie mogę zrozumieć, dlaczego inaczej traktowane jest ustne oświadczenie pacjenta, a inaczej sporządzone w formie pisemnej czy to na wypadek utraty przytomności, czy też zawierające pewne dyspozycje dla lekarzy.

W związku z czym należy tutaj sięgnąć do przepisów regulujących formę zgody *sensu stricto*.

Forma pisemna takiego oświadczenia nie powinna tu mieć znaczenia dla jego ważności, gdyż i tak czyni zadość co do wymagań formy zgody.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje wyrażenie zgody w postaci ustnej, a nawet *per facta concludentia* (byleby sposób wyrażenia tego oświadczenia nie budził wątpliwości — art. 32 ust. 7 ustawy), a jedynie wymaga formy pisemnej przy czynnościach stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 34 ust. 1). W związku z czym nawet nagranie na jakimś nośniku dźwięku lub obrazu mogłoby stanowić ważne oświadczenie.

Oświadczenie złożone przez pacjenta zawierające bądź to sprzeciw wobec udzielanej pomocy, bądź wskazujące, na jakie czynności nie wyraża zgody, jest skuteczne prawnie, pod warunkiem iż jest wyrażone przez pacjenta, który nie znajdował się w stanie psychicznym wyłączającym świadome (np. pod wpływem alkoholu) lub swobodne (np. pod wpływem środków farmakologicznych) powzięcie decyzji i wyrażenie woli co do podjęcia określonych czynności medycznych.

Oczywiście część doktryny może zarzucić oraz zadać pytanie, skąd wiemy, że to oświadczenie jest skuteczne i wyrażone przez pacjenta, gdy ten sporządzał je świadomie i swobodnie.

Odpowiedź jest taka, że należy w każdym wypadku podejść indywidualnie do danego oświadczenia i jeśli okoliczności danego przypadku nie wskazują na nic innego i nie ma żadnych podejrzeń co do niepoczytalności pacjenta, to należy bezwzględnie uszanować to oświadczenie (np. jeśli pacjent ma w plecaku leki psychotropowe, to wtedy może to wskazywać, że się leczy psychiatrycznie, co z kolei może doprowadzić do ustalenia, że oświadczenie złożone zostało w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji, a więc może być nieważne).

Rzadko będzie dało się z całą pewnością uznać, że oświadczenie takie jest ważne lub nieważne, w związku z czym wszelkie wątpliwości stwarzające podstawę do przyjęcia wysokiego prawdopodobieństwa, że wola pacjenta jednak była inna niż przejawiona w sporządzonym oświadczeniu, będą stwarzały konieczność podjęcia przez lekarza działań sprzecznych z takim oświadczeniem.

W przedstawionej sprawie oświadczenie nie budziło wątpliwości, dodatkowo podpisane było przez świadków, a rodzina jeszcze potwierdziła wolę pacjentki.

Sąd Najwyższy, powołując się na powszechną, konstytucyjną gwarancję wolności, orzekł, iż oświadczenie świadka Jehowy, będącego osobą pełnoletnią i zdolną w pełni do czynności prawnych, musi być respektowane, a lekarze powinni być przygotowani na stosowanie alternatywnych metod leczenia.

Decyzja pacjenta może być — w ocenie lekarza — niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli, wpisana także w deontologię zawodu lekarza (np. art. 15 i 16 kodeksu etyki lekarskiej), nakazuje ją uszanować.

W konsekwencji Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że **oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza — jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny — i nie budzi innych wątpliwości — wiążące**. Zważywszy że oświadczenie takie stanowi zgodę lub jej antonimie, wystarczające jest zachowanie formy wymaganej dla wyrażenia zgody, przewidzianej w art. 32 ust. 7 i art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza.

Wierzę, iż na tle rozważań Sądu Najwyższego w rozpatrywanej sprawie doktryna ujrzy pierwszeństwo woli jednostki ponad obowiązkiem działania lekarza.

Sygn. akt III CK 155/05

POSTANOWIENIE

Dnia 27 października 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:
SSN Jacek Gudowski (przewodniczący, sprawozdawca)
SSA Aleksandra Marszałek
SSN Gerard Bieniek
Protokolant Bożena Nowicka

w sprawie z urzędu
przy uczestnictwie Bogusławy Ł. i Bogusława Szymona Ł.
o wyrażenie zgody na wykonanie czynności medycznych
po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej na rozprawie w dniu 27 października 2005 r.,
kasacji uczestniczki Bogusławy Ł.
od postanowienia Sądu Okręgowego w Siedlcach
z dnia 30 grudnia 2004 r.,

uchyła zaskarżone postanowienie i przekazuje sprawę Sądowi Okręgowemu
w Siedlcach do ponownego rozpoznania.

UZASADNIENIE

W dniu 18 sierpnia 2004 r. uczestniczka Bogusława Ł. uległa wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku którego utraciła przytomność, a stan zdrowia powstały na skutek urazów wymagał przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych. Z pisemnego oświadczenia znalezionej przy uczestniczce, sporządzonego w dniu 6 stycznia 2004 r., zatytułowanego „Oświadczenie dla służby zdrowia — żadnej krwi” wynikało, że „bez względu na okoliczności” nie zgadza się na „żadną formę transfuzji krwi”, nawet gdyby w ocenie lekarza ich użycie było konieczne do ratowania zdrowia i życia. Jednocześnie uczestniczka oświadczyła, że przyjmie środki niekrwiopochodne zwiększające ilość osocza, leki tamujące krwawienie oraz środki pobudzające produkcję czerwonych krwinek, oraz że zgadza się na inne metody leczenia alternatywnego „bez podawania krwi”. Uczestniczka wyjaśniła również w tym oświadczeniu, że jest świadkiem Jehowy, chce być posłuszna nakazom Biblii, z któ-

rych jeden brzmi: „Powstrzymujcie się (...) od krwi”. Dodała, że ma 43 lata i przestrzega tego przykazania od siedmiu lat.

W wypadku zginął mąż uczestniczki, w związku z czym Sąd Rejonowy w Węgrowie, działając z urzędu — na skutek informacji o stanie zdrowia pacjentki, udzielonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w W. — postanowieniem z dnia 19 sierpnia 2004 r. zezwolił na wykonanie czynności medycznych obejmujących przetoczenie krwi i jej preparatów, celem ratowania jej życia. Sąd powołał się najpierw na art. 24 k.r.o., a następnie — w uzupełnieniu uzasadnienia sporządzonego równocześnie z sentencją — podał, że podstawą orzeczenia były art. 30 i 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm. — dalej: „ustawa o zawodzie lekarza”). Stwierdził również, że „wobec nadrzędnej — w systemie społecznych wartości — potrzeby ratowania życia ludzkiego zgoda sądu opiekuńczego na poddanie poszkodowanej czynnościom medycznym wskazanym przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii była konieczna i w pełni uzasadniona”.

Na etapie postępowania apelacyjnego przystąpił do sprawy w charakterze uczestnika syn poszkodowanej Szymon Ł. i oboje wnieśli apelację, w której zakwestionowali trafność orzeczenia Sądu pierwszej instancji. Zarzucili w szczególności naruszenie art. 34 ust. 1 i 3 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 30, 31 ust. 2, art. 38, 41 ust. 1 i 47 Konstytucji, broniąc tezy, że pacjent ma pełne prawo do decydowania, czy proponowana przez lekarza metoda mu odpowiada. Uczestniczka Bogusława Ł., sporządzając stosowne oświadczenie, wyraziła swą wolę właśnie na wypadek, gdyby wzięła udział w wypadku komunikacyjnym i wyraźnie stwierdziła, że nie wyraża zgody na pewien ściśle określony rodzaj zabiegów. Oświadczenie to było znane zarówno Sądowi, jak i lekarzom.

Po rozpoznaniu apelacji Sąd Okręgowy w Siedlcach — postanowieniem z dnia 20 grudnia 2004 r. — uchylił zaskarżone orzeczenie i umorzył postępowanie. Ustaliwszy że uczestniczka opuściła już szpital, jej stan zdrowia jest stabilny i nie wymaga stosowania jakichkolwiek zabiegów związanych z przetoczeniem krwi, Sąd drugiej instancji — powołując się także na art. 35 ustawy o zawodzie lekarza — uznał, że wydawanie postanowienia co do istoty stało się zbędne.

Kasacja uczestników została oparta na obu podstawach przewidzianych w art. 393¹ k.p.c., a w ich ramach podniesiono zarzuty naruszenia art. 32 ust. 2, art. 34 i 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz art. 386 § 3 i art. 355 § 1 w związku z art. 13 § 2 k.p.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Postanowienie Sądu Rejonowego w Węgrowie dnia 19 sierpnia 2004 r., działającego jako sąd opiekuńczy, dotyczyło wydania zgody na wykonanie świadczeń zdrowotnych w sytuacji, w której porozumienie się z pacjentką (uczestniczką) było ze względu na stan jej świadomości niemożliwe, a planowany zabieg (przetoczenie krwi)

takiej zgody wymagał. Podstawą rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji, udzielającego zgody, był początkowo art. 24 k.r.o., a następnie — po sprostowaniu motywów dokonywanym w „uzupełnieniu uzasadnienia” — art. 32 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza. W wyniku udzielenia tej zgody zabieg został wykonany, jednak uczestniczka, działając wspólnie z synem uczestnikiem Bogusławem Ł., zakwestionowała orzeczenie Sądu Rejonowego oraz legalność przeprowadzonego zabiegu. W tej sytuacji teza Sądu Okręgowego, że orzekanie w sprawie stało się zbędne tylko z powodu poprawy stanu zdrowia uczestniczki, niewymagającego stosowania w chwili rozpoznawania apelacji jakichkolwiek zabiegów związanych z przetaczaniem krwi, jest oczywiście bezzasadna. Jest jasne, że stan zdrowia uczestniczki w chwili orzekania przez Sąd drugiej instancji nie mógł mieć żadnego retrospektywnego znaczenia dla oceny prawidłowości orzeczenia Sądu Rejonowego. Tym samym teza Sądu Okręgowego koliduje z podstawowym celem postępowania apelacyjnego, jakim jest kontrola zaskarżonego orzeczenia przez ponowne — w granicach zaskarżenia — rozpoznanie sprawy, przy uwzględnieniu postawionych w apelacji zarzutów formalnych oraz po zbadaniu prawidłowości zastosowania prawa materialnego (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2002 r., III CZP 62/02, OSNC 2004, nr 1, poz. 7). W tej sytuacji zatem, uchylając zaskarżone postanowienie i bezzasadnie umarzając postępowanie, Sąd drugiej instancji nie tylko — z naruszeniem art. 176 ust. 1 w związku z art. 78 Konstytucji — pozbawił uczestniczkę kontroli instancyjnej wydanego dotyczącego jej orzeczenia, ale także odmówił jej ochrony sądowej, gdyż poddany przez nią pod osąd wypadek naruszenia jej wolności osobistej oraz integralności cielesnej pozostał bez merytorycznego rozpoznania (art. 45 ust. 1 Konstytucji; por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 1996 r., III CZP 6/96, OSNC 1996, nr 7–8, poz. 95).

Uwagi Sądu Okręgowego uszedł przy tym fakt, że 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 (por. art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167, oraz art. 8 europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Dz.U. z 1992 r. Nr 85, poz. 427), w związku z czym również Konstytucja powierza ją specjalnej opiece państwa, zapewniając każdemu wolność i nietykalność osobistą oraz chroniąc życie prywatne, rodzinne, cześć, dobre imię oraz prawo o decydowaniu o swoim życiu osobistym (art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji).

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. Z tego względu ustawa o zawodzie lekarza przewiduje, że lekarz może przeprowadzić badanie

lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody pacjenta (art. 32 ust. 1). Problem udzielania zgody jest normowany również przez ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.) oraz ustawę z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 138, poz. 682 ze zm.), natomiast z kodeksu karnego wynika, że zabieg leczniczy wykonany bez zgody pacjenta stanowi występki ścigany na wniosek pokrzywdzonego (art. 192). Zgodę pacjenta — jako czynnik sankcjonujący moralnie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze — przewiduje także kodeks etyki lekarskiej (art. 15 ust. 1).

Obowiązujące w Polsce unormowania dotyczące zgody pacjenta lub jej braku — mimo klimatu prawnego sprzyjającego uszanowaniu woli pacjenta — nie dotyczą bezpośrednio oświadczeń składanych *pro futuro*, choć podobne regulacje istnieją już w wielu krajach (*Patiententestament, testament de vie, living will, advanced directives*). Chodzi o przypadki oświadczeń woli pacjenta wyrażanych na wypadek utraty przytomności, polegających na określeniu przez pacjenta (tzw. pacjenta potencjalnego) woli dotyczącej postępowania lekarza wobec niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości. Niniejsza sprawa świadczy o tym, że oświadczenia takie składane są również w Polsce, co jest zrozumiałe także dlatego, iż nie sposób formułować jakiegokolwiek zakazu ich składania; z punktu widzenia prawa cywilnego są one klasycznymi oświadczeniami woli, materializującymi skorzystanie z przysługującego człowiekowi (pacjentowi) prawa wyboru (art. 60 i n. k.c.).

Zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu — delegalizuje go. W piśmiennictwie podkreśla się, że sprzeciw pacjenta powinien być uwzględniany w szczególności wtedy, gdy został uzewnętrzniony w sposób wyraźny i jednoznaczny, ze świadomością dokonanego wyboru i przyjętych preferencji, zwłaszcza gdy związek czasowy między oświadczeniem a zabiegiem jest dostatecznie ścisły. Stanowisko takie znajduje potwierdzenie w konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (konwencji o prawach człowieka i biomedycynie), podpisanej w Oviedo w dniu 4 kwietnia 1997 r. („Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, s. 140), która wprawdzie nie została jeszcze ratyfikowana, niemniej może stanowić istotną wskazówkę interpretacyjną. Zgodnie z art. 9 tej konwencji, „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”.

Oczywiście, za stanowiskiem tym przemawiają również argumenty konstytucyjne, wywodzone z art. 41 ust. 1 i art. 47, a zwłaszcza z art. 31 ust. 2, zabrania-

jącego zmuszać kogokolwiek do czynienia tego, czego mu prawo nie nakazuje. Należy mieć na względzie, że — pominiawszy przypadki szczegółowo i wyczerpująco unormowane (np. art. 118 k.k.w., ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jedn. Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 ze zm., ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. Nr 179, poz. 1485 albo ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz.U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.) — prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta albo przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił, albo przez występowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawić mocy. Warto zwrócić uwagę także na art. 19 ust. 1 pkt 2 i art. 22 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), które wyraźnie przewidują prawo pacjenta do odmowy poddania się określonym zabiegom medycznym, a także prawo żądania wypisania ze szpitala niezależnie od stanu swego zdrowia; lekarz nie może odmówić wypisania ani wystąpić do sądu opiekuńczego, aby zneutralizować wolę pacjenta, choćby jego stan wymagał dalszego leczenia szpitalnego.

Problem sprzeciwu na wykonanie zabiegu leczniczego *pro futuro* występuje szczególnie ostro — co ilustruje także niniejsza sprawa — w wypadku oświadczeń składanych przez członków „Strażnicy”, Towarzystwa Biblijnego i Traktatowego, Związku Świadców Jehowy, którzy ze względów religijnych odmawiają poddania się zabiegowi transfuzji krwi, godząc się — a nawet apelując o to — na stosowanie, w razie konieczności ratowania zdrowia lub życia, odpowiednich substytutów, środków niekrwiopochodnych, zwiększających ilość osocza, tamujących krwawienie i pobudzających produkcję czerwonych krwinek. Problem ten jest dostrzegany w literaturze prawniczej i medycznej, a także w praktyce lekarskiej, o czym świadczą liczne wypowiedzi naukowe oraz specjalne programy medyczne, przygotowywane przez szpitale i stowarzyszenia lekarskie (np. „Stanowisko w sprawie postępowania anestezjologa wobec pacjenta świadka Jehowy” Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii podjęte w 2000 r. — „Anestezjologia i Intensywna Terapija” 2000, nr 32, s. 273). Powszechnie, z powołaniem się na konstytucyjną gwarancję wolności, przyjmuje się, że oświadczenie świadka Jehowy, będącego osobą pełnoletnią i zdolną w pełni do czynności prawnych, musi być respektowane, a lekarze powinni być przygotowani na stosowanie alternatywnych metod leczenia. Decyzja pacjenta może być — w ocenie lekarza — niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli, wpisana także w deontologię zawodu lekarza (np. art. 15 i 16 kodeksu etyki lekarskiej), nakazuje ją uszanować.

W konsekwencji należy wyrazić pogląd, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości,

jest dla lekarza — jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny — i nie budzi innych wątpliwości — wiążące. Zważywszy że oświadczenie takie stanowi zgodę lub jej antonimie, wystarczające jest zachowanie formy wymaganej dla wyrażenia zgody, przewidzianej w art. 32 ust. 7 i art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza.

Wszystkie te aspekty rozpoznawanej sprawy uszły uwagi Sądu Okręgowego, niezależnie od faktu, że naruszenie art. 35 i 32 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza, które w stanie faktycznym w ogóle nie mogły mieć zastosowania, zostały powołane błędnie. W tej sytuacji postawione w kasacji zarzuty naruszenia prawa procesowego i materialnego okazały się uzasadnione. Z tych względów orzeczono jak w sentencji (art. 393¹³ k.p.c. w związku z art. 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie ustawy — Kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy — Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz.U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98).