

Prof. dr hab. Eleonora Zielińska
Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytetu Warszawskiego
Instytut Prawa Karnego

RECENZJA

rozprawy doktorskiej mgr Pawła Kazmierczyka „ Prawo do informacji medycznej jako gwarancja autonomii pacjenta w świetle teorii komunikacji „ przygotowanej pod kierunkiem dr hab. Pawła Daniluka, prof. PAN

I. Uwagi ogólne

1. Prawo pacjenta do informacji jest współcześnie szczególnie trudne do realizacji co najmniej z dwóch powodów. Z jednej strony, wynika to z coraz większego i stale postępującego zróżnicowania metod postępowania leczniczego, co w konsekwencji oznacza konieczność przekazywania pacjentom przez pracowników medycznych coraz to szerszego zakresu informacji. Z drugiej zaś, z powszechnego dostępu do informacji medycznej, zwłaszcza w sieci, co sprawia, że pacjenci mają łatwą możliwość „weryfikacji” otrzymywanych informacji. Równocześnie nadal obserwujemy wśród pracowników medycznych brak umiejętności do zrozumiałego dla pacjenta przekazywania takich informacji, a w konsekwencji problemem obecnie staje się, nie jak kiedyś, ich deficyt, lecz raczej nadmiar. Wiąże się to często z brakiem wśród pracowników medycznych zdolności do selekcji posiadanych danych oraz dokonania właściwego doboru tych, które powinny być przekazane określonemu pacjentowi, czemu zazwyczaj sprzyjają niedostateczne umiejętności wykorzystania w tym procesie nowoczesnych technologii informatycznych.

Piśmiennictwo poruszające zagadnienie obowiązku informacyjnego jest bogate.

Dotychczasowe jednak opracowania na ten temat koncentrowały się przede wszystkim na omówieniu tego zagadnienia jako elementu koniecznego do wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na proponowane postępowanie medyczne. Mało uwagi zaś poświęcano informacji medycznej jako takiej oraz jej spersonalizowanej formie przekazywanej przez system teleinformatyczny. Nie uwzględniano też, z reguły, przy omawianiu tego zagadnienia wiedzy wynikającej z teorii komunikacji, a zwłaszcza wyróżnianych tam modeli komunikacyjnych. Autor rozprawy zajął się tytułowym zagadnieniem m.in. z tej perspektywy, co stanowi pewne novum. Waga społeczna tak ujętej w rozprawie problematyki jest nie do zakwestionowania. Z tych względów problem właściwego określenia zakresu przekazywanych informacji oraz wykorzystania w tym celu najbardziej adekwatnych technik komunikacji jest niewątpliwie wart szczególnego zbadania. Dobrze więc się stało, że to zagadnienie zostało wybrane jako temat recenzowanej rozprawy doktorskiej.

2. Rozprawa składa się z 9 rozdziałów i zakończenia. Zawiera też obszerną bibliografię obejmującą wykazy wielu pozycji literatury oraz orzecznictwa. Każdy rozdział poprzedzony jest mini wprowadzeniem, co wydatnie ułatwia jego lekturę. Układ pracy jest prawidłowy, spektrum analizowanych zagadnień bardzo szerokie. Interesujące jest, że układ rozprawy został zdeterminowany, w dużej mierze, interdyscyplinarnym podejściem do tematu, a zwłaszcza odwołaniem się przez Doktoranta do teorii komunikacji i dziedziny wiedzy określanej jako komunikologia. Obrany przez Doktoranta do wykorzystania w rozprawie model aktu komunikacyjnego zwany formułą, czy schematem Lasswella (od nazwiska jego pomysłodawcy) który zmierza do ustalenia: kto, co, jak (jakim kanałem, w jaki sposób, w jakich okolicznościach), komu i z jakim skutkiem coś się komunikuje, nie tylko trafnie zdeterminował układ znacznej części rozprawy, umożliwił jej funkcjonalną strukturę ale także, w dużej mierze, przesądził o trafnym wyborze i kolejności rozważanych zagadnień. Właściwe rozważania co

do meritum poprzedza w rozprawie jasne uzasadnienie celowości wyboru tematu, a także klarowne przedstawienie celu pracy, zasadniczej tezy badawczej, siatki pojęciowej i stosowanej terminologii, a także zakresu analizy oraz przyjętej perspektywy badawczej. Ważne i porządkujące dalsze wywody są ustalenia terminologiczne, którymi Doktorant konsekwentnie posługuje się w kolejnych częściach rozprawy. Analizę obowiązujący przepisów Doktorant poprzedza też przedstawieniem, w uporządkowany sposób, rozwoju historycznego prawa do informacji medycznej w skali globalnej oraz w Polsce. Uwzględnia też prawnomiędzynarodowe oraz konstytucyjne aspekty zarówno prawa do informacji medycznej i autonomii pacjenta, jak i jego prawno-człowieczych i etycznych podstaw w postaci godności, wolności, prawa do prywatności czy do ochrony życia i zdrowia jednostki. Wiele uwagi Doktorant poświęca ponadto określeniu kręgu nadawców informacji medycznej oraz prawnej charakterystyce ich poszczególnych grup, a ponadto analizie przepisów regulujących treść informacji medycznej w odniesieniu do każdej z tych grup nadawców oraz do charakteru świadczenia zdrowotnego. Oddzielnie omawia też sposób i okoliczności przekazywania informacji medycznej koncentrując się na kwestii przystępności przekazu oraz czasu i okolicznościach w jakich powinien on nastąpić. Omawia ponadto kilka sytuacji szczególnych jak np. warunki skorzystania przez nadawcę informacji medycznej z tzw. przywileju terapeutycznego. W końcowej części pracy Doktorant charakteryzuje poszczególne grupy odbiorców informacji medycznej oraz omawia skutki dla nadawcy przekazania lub zaniechania przekazania informacji medycznej uprawnionym odbiorcom.

Wskazany zarys zagadnień poruszanych w rozprawie świadczy o kompleksowym, wieloaspektowym i multidyscyplinarnym podejściu do omawianej problematyki, co biorąc pod uwagę swobodę z jaką Doktorant „porusza się” w tych różnych dziedzinach wiedzy zasługuje na wysoką ocenę.

Pozytywnie należy także ocenić konsekwentne przeprowadzanie wywodu wg wskazanej wyżej struktury rozprawy, a ponadto fakt, że właściwą treść poszczególnych rozdziałów rozprawy poprzedziło jasne określenie rozważanego w każdym z nich problemu badawczego, a na końcu każdego rozdziału znalazło się syntetyczne podsumowanie zawartych w nim treści oraz zwięźle „zaawizowanie” tematyki następnego rozdziału.

3. Doktorant deklaruje, że głównym celem badawczym postawionym przez niego w rozprawie jest „dokładna weryfikacja hipotezy badawczej”, że prawo do informacji służy ochronie autonomii pacjenta a obowiązująca ustawowa konstrukcja tego prawa gwarantuje zapewnienie możliwości podejmowania przez pacjenta świadomych decyzji związanych z życiem i zdrowiem.

Tak postawiony problem główny pracy pociąga za sobą potrzebę rozważenia kilku kwestii szczegółowych, które Doktorant ujmuje w formie następujących pytań: czemu dokładnie ma służyć przysługujące obecnie każdemu pacjentowi prawo do informacji medycznej, czy rzeczywiście obowiązujące przepisy uzasadniają przyjęcie stanowiska, że podstawową funkcją prawa do informacji medycznej jest zapewnienie autonomii pacjenta, czy sposób uregulowania prawa do informacji, w tym m.in. zakres i sposób przekazywania informacji umożliwia (a jeśli tak, to na ile skutecznie) osiągnięcie przywołanego celu czyli realizację podstawowej funkcji tych przepisów prawnych. I wreszcie, jaki wpływ na rolę i znaczenie prawa do informacji medycznej ma rozwój nowych technologii, w tym rozwój narzędzi tzw. e zdrowia zapewniających obecnie pacjentom stosunkowo łatwy dostęp do informacji medycznych, którymi dysponowały dotąd przede wszystkim osoby wykonujące zawody medyczne. Zarówno teza jak i hipotezy cząstkowe nie budzą zastrzeżeń co do meritum. Autor daje w treści rozprawy odpowiedź na wszystkie cytowane wyżej pytania. Sformułowanie jednak zasadniczego celu rozprawy może budzić wątpliwości co do formy, o czym szerzej w uwagach szczegółowych.

4. Dla osiągnięcia postawionych sobie celów Doktorant zastosował w rozprawie kilka różnych metod badawczych. Przede wszystkim swoje rozważania oparł na pogłębionej analizie obowiązujących przepisów prawa i norm etyki zawodowej. W badaniach tych szeroko wykorzystał literaturę przedmiotu oraz dokonał poprawnej analizy orzecznictwa, zarówno polskich sądów powszechnych jak też SN, TK oraz sądów międzynarodowych, a zwłaszcza Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. W ograniczonym zakresie przeprowadził również analizę prawnoporównawczą i historyczno- prawną. Rozprawa nie ogranicza się do wykorzystania klasycznych metod badawczych dla nauk prawnych w postaci analizy formalno- dogmatycznej z zastosowaniem reguł wykładni przepisów: językowej, celowościowej (funkcjonalnej) i systemowej. W związku z uwzględnieniem także podejścia interdyscyplinarnego wykorzystał ponadto narzędzia wypracowane na gruncie stosunkowo młodej dyscypliny naukowej, jaką jest nauka o komunikacji. Zaczerpnięty z tej dziedziny nauki transmisyjny model aktu czy procesu komunikacyjnego, Doktorant odnosi, po ogólnym go scharakteryzowaniu i uzasadnieniu jego wykorzystania w refleksji nad prawem, do działania polegającego na przekazywaniu informacji medycznej. Podkreśla przy tym wyraźnie, że nie chodzi mu o dopasowanie określonych przepisów prawa postrzeganych jako pisemne komunikaty (przekazy) do określonego modelu komunikowania się ustawodawcy z resztą społeczeństwem, lecz raczej o próbę odtworzenia, na podstawie przepisów prawa, pożądanego przez ustawodawcę modelu komunikacji pomiędzy podmiotami uprawnionymi do otrzymania informacji medycznej a podmiotami zobowiązanymi do jej udzielenia. Metodologia zastosowana przez Doktoranta jest prawidłowa i świadczy o dobrym przygotowaniu warsztatowym do pracy naukowej.

II. Uwagi szczegółowe

Ta generalnie pozytywna ocena rozprawy nie oznacza, że jej lektura nie nasunęła mi kilku wątpliwości oraz uwag, w tym również polemicznych, czy też nie dała w niektórych częściach poczucie niedosytu. Przy przedstawianiu dotyczących tego komentarzy trzymać się będę chronologii wyводу Autora przyjętej w recenzowanej rozprawie.

1. Zastrzeżenie może budzić użycie przez Autora przy sformułowaniu zasadniczego celu badań, wyrazu „hipoteza” co zakłada wyznaczenie tego celu w formie pytania. Doktorant jednak w rozprawie cel badań podaje w trybie zdania oznajmującego, co oczywiście jest w pełni dopuszczalne, ale w takiej sytuacji powinien raczej użyć wyrazu „teza”, a nie „hipoteza” albo przeformułować wypowiedź dotyczącą celu badań na tryb pytający (czego nie należy rekomendować w związku z prawidłowym ujęciem, co do formy, hipotez cząstkowych).

2. W pierwszym rozdziale pracy, celem Autora było m.in. wyjaśnienie dlaczego należy prawo do informacji traktować jako prawo samoistne, a nie tylko jako warunek wyrażenia przez pacjenta ważnej, z punktu widzenia prawa, zgody (tzw. zgody oświeconej, poinformowanej, ang. informed consent). Dla poparcia tej tezy Doktorant przywołuje 6 różnych przekonujących, co do zasady, argumentów. Polemizować natomiast można ze stwierdzeniem Doktoranta, że w literaturze przeważa podejście ujmujące prawo do informacji jedynie jako element prawa do zgody. Faktem oczywiście jest, że najczęściej omawiana problematyka obowiązku informowania pojawia się w tym kontekście. Niemniej jednak wydaje się, że takie ujęcie nie wynika z tego, że cytowani przez Doktoranta autorzy nie dostrzegają autonomicznego bytu prawa pacjenta do informacji czy wręcz negują samoistny charakter tego prawa, lecz raczej wiąże się z faktem, że większość wskazanych prac poświęcona była lub koncentrowała się głównie na zagadnieniu zgody, co determinowało obszerność i sposób prowadzenia rozważań dotyczących każdego z tych zagadnień.

W rozdziale tym Doktorant natomiast trafnie określa wzajemne relacje prawa do informacji medycznej i prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyznacza zakres prawa do informacji objętej tajemnicą lekarską czy też stanowiącej dane osobowe. Omawia ponadto, ze znanstwem, techniki i modele analizy z zakresu teorii komunikacji oraz uzasadnia wybór określonego modelu dla dalszych rozważań. Dokonując wyboru schematu Lasswella dla dalszych rozważań Doktorant przedstawia jego zalety. Szkoda jednak, że nie poświęca wystarczająco dużo miejsca na wskazaniu wad tego schematu, a w szczególności nie zwraca uwagi np. na kwestię sprzężenia zwrotnego między nadawcą a odbiorcą informacji, które uwzględnia się w bardziej nowoczesnych i złożonych modelach komunikacji.

3. W rozdziale II przedstawiono w interesujący sposób historyczny rys problemu. Celem tego przedstawienia jest zrozumienie jaką rolę spełniała informacja kierowana przez medyków do pacjentów w różnych okresach rozwoju naszej cywilizacji, począwszy od czasów prehistorycznych poprzez okres kultury antycznej, średniowiecznej i nowożytnej aż do czasów współczesnych. Autor trafnie wyróżnił w procesie tej ewolucji, biorąc jako kryterium rozróżnienia stan wiedzy medycznej wśród lekarzy i pacjentów, trzy następujące po sobie okresy: wzajemnej niewiedzy, nierównowagi wiedzy oraz wzajemnej wiedzy, dając charakterystykę każdego z nich przy uwzględnieniu wspomnianego już schematu Lasswella. Temu podziałowi podporządkował też tok wyводу. Dobrym pomysłem jest też zawarte w podsumowaniu tego rozdziału ujęcie tabularyczne przeprowadzonych rozważań, które ułatwia czytelnikowi lekturę i ewentualną ocenę.

4. Rozdział III poświęcony jest konstytucyjnym i prawnomiędzynarodowym podstawom prawa do informacji medycznej. Omawiając aspekty konstytucyjne Doktorant koncentruje się na Konstytucji RP z 1997 r. zarzucając przy tym innym autorom, że pisząc o prawach pacjenta ograniczają się tylko ogólnie do

wskazywania, że znajdują one zakotwiczenie (umocowanie) w Konstytucji nie dookreślając wystarczająco precyzyjnie z jakich konkretnie norm ustawy zasadniczej należy wywodzić ich poszczególne rodzaje. Podobny zarzut zgłasza też w odniesieniu do osób analizujących, pod tym względem, dokumenty międzynarodowe. Zarzut ten nie wydaje się być w pełni uzasadniony, biorąc pod uwagę fakt, że cytowane w rozprawie publikacje nie ograniczają się do aspektów konstytucyjnych i traktatowych praw pacjenta, a samo zdekodowanie wzorca wynikającego z poszczególnych norm tych dokumentów jest procesem złożonym i dynamicznym, zwłaszcza w sytuacji gdy same te dokumenty nie dają w tym zakresie żadnych wskazówek. Pewien niedosyt może budzić też fakt, że Doktorant przystępując do omawiania tego zagadnienia niewystarczająco eksponuje rolę, jaką w odniesieniu np. do Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (EKPC) odgrywa tzw. Konwencja Bioetyczna (EKB) wraz z protokołami dodatkowymi. Wprawdzie w dalszym toku wywodów Doktorant pisze o EKB, ale należałoby moim zdaniem wspomnieć już o tym na samym początku tego podrozdziału. Ponadto, mówiąc o braku bezpośredniego odniesienia do prawa do informacji „w żadnym z dokumentów prawa międzynarodowego o charakterze źródła prawa sensu stricto” Doktorant nie odniósł tego stwierdzenia do Polski, gdzie Konwencja ta została wprawdzie podpisana, ale nie doczekała się jeszcze ratyfikacji w związku z czym nie obowiązuje w pełnym zakresie.

Interesujące natomiast są rozważania odnoszące się do doszukiwania źródeł prawa pacjenta do informacji medycznej w tych przepisach Konstytucji RP, które w różnych innych kontekstach gwarantują obywatelowi prawo do informacji (np. w art. Art. 14, 51, 61,74). Wywody Doktoranta w tym zakresie, w zasadzie nie budzą wątpliwości, aczkolwiek razi mnie nieraz zbyt kategoriyczny ton zniechęcający np. do kreatywnej interpretacji tych przepisów, które być może w określonych kontekstach mogłyby mieć zastosowanie. Zarzut ten dotyczy zwłaszcza prawa do pozyskiwania informacji, przewidzianego w art. 54

Konstytucji RP, który wprowadzie, jak słusznie zauważa Doktorant, łączony jest tradycyjnie z wolnością słowa, lecz warto by było ogólnie zauważyć, że tradycją współczesnego prawa stało się traktowanie zbioru przepisów konstytucyjnych i traktatowych jako „żyjących instrumentów” (living instruments), co pozwala nieraz na „nietradycyjalne” rozumienie gwarantowanych tam praw, zgodnie z duchem czasu, a niekoniecznie w sposób odpowiadający ich „pierwotnej istocie” czy założeniom.

Wiele uwagi Doktorant poświęca przedstawieniu przepisów oraz analiz dot. konstytucyjnego i międzynarodowego rozumienia pojęcia „godność człowieka”, opytując za przyjęciem, na potrzeby prawa do informacji medycznej, kantowskiego podejścia łączącego pojęcie godności z autonomią. Rozważania w tym zakresie są wnikliwe i w zasadzie nie budzą wątpliwości, aczkolwiek zabrakło mi refleksji Doktoranta na temat niedookreśloności tego pojęcia i związanej z tą jego cechą szczególną podatnością na manipulację. W podobny sposób Doktorant przedstawia jako źródła prawa do informacji medycznej konstytucyjne i statutowe gwarancje wolności oraz poszanowania prywatności jednostki, a także prawa do ochrony zdrowia, i wymogu zgody na eksperyment naukowy w dziedzinie medycyny. Słusznie przy tym zwraca uwagę, że prawo do informacji medycznej niekoniecznie chroni zdrowie pacjenta, bo lekarz może równie skutecznie, a w pewnych sytuacjach pewnie nawet skuteczniej, leczyć pacjenta bez jego wiedzy i zgody. Poprawne rozważania Doktoranta w tym obszarze, podparte w niezbędnym zakresie orzecznictwem TK i ETPC prowadzą go do konkluzji, że funkcją (rolą) prawa do informacji jest ochrona autonomii pacjenta. Pewien niedosyt budzi brak symetrii w rozważaniach, kiedy to np. mówiąc o prawie do informacji w świetle konstytucji i dokumentów prawa międzynarodowe Doktorant nie powołuje np. art. 19 (2) MPPOIP, czy też art. 14 (3) Europejskiej Karty Praw Pacjenta, chociaż czyni to w odniesieniu do przepisów dot. godności. Skrytykować także można niewykorzystanie w pełni dostępnego orzecznictwa międzynarodowych organów ochrony praw człowieka,

w szczególności dotyczącego odmowy dostępu do dokumentacji medycznej , niezapewnienia informacji medycznej np. w zrozumiałym dla pacjenta języku albo niepoinformowania go o wszystkich opcjach leczniczych. W szczególności, warto byłoby przytoczyć sprawę K.H. i inni and przeciwko Słowacji (sygn.. no. 32881/04 , wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) z 28 kwietnia 2009 r.) , w której Trybunał uznał, że brak udzielenia zrozumiałej informacji oraz odmowa wydania kopii dokumentacji medycznej kobietom romskim, które zostały wysterylizowane w czasie pobytów w szpitalach, stanowi naruszenie art. 8 EKPC.

5. W rozdziale IV Doktorant charakteryzuje pojęcie autonomii pacjenta z perspektywy filozoficznej bioetycznej i prawnej. Wiele uwagi poświęca zwłaszcza kwestii znaczenia i zakresu przypisywanych pojęciu autonomii w bioetyce cytując poglądy co do warunków autonomii w dziedzinie medycyny sformułowane przez T.L. Beauchamp'a i J.F. Childress'a oraz I. Berlinga. Słusznie też podkreśla , że rozumienie autonomii na gruncie nauk prawnych co do zasady jest zbieżne z interpretacjami bioetycznymi a także że autonomia stała się jedną z naczelných zasad współczesnego prawa medycznego. Rozdział ten stanowi cenne wprowadzenie dla uzasadnienia zasadniczej tezy rozprawy.

6. Kolejny rozdział rozprawy (V), który rozpoczyna kluczową część rozważań , Doktorant poświęca podmiotom zobowiązanym prawnie do udzielania informacji medycznej określanym przez Lasswella jako jej nadawcy (emitenci), wyłączając tym samym z kręgu swego zainteresowania te podmioty , które wprawdzie często przekazują takie informacje, ale nie mają takiego obowiązku. Szczególnie trafne są rozważania Doktoranta wskazujące na mankamenty w tym zakresie ustawodawstwa odnoszącego się do ratowników medycznych, chociaż pogląd , że ratownik medyczny nie podlega, co do zasady odpowiedzialności zawodowej, nie został wystarczająco omówiony, zwłaszcza w świetle nadal obowiązującej ustawy z 1950 r. odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia.

Słusznie natomiast podkreśla Doktorant, że dla prawidłowej realizacji obowiązku informacyjnego kluczowe znaczenie ma umiejętność komunikowania się nadawcy informacji z pacjentem, czyli jego kompetencje komunikacyjne które pracownik medyczny powinien nabyć już na studiach, czy w procesie dalszego kształcenia zawodowego. W związku z tym poza określeniem (wyznaczeniem) kręgu nadawców informacji Autor w tym rozdziale podejmuje próbę oceny, czy standardy kształcenia lub przygotowania zawodowego przewidziane w poszczególnych ustawach zawodowych gwarantują pacjentowi możliwość uzyskania od każdego pracownika medycznego informacji podanej w przystępnej i zrozumiałej dla pacjentów formie i opartej o aktualną wiedzę. Wiele miejsca Doktorant poświęca analizie art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p.) a zwłaszcza wzajemnej relacji par. 1 i par.2 tego przepisu, przekonująco uzasadniając, że par.1 art.9 u.p.p. kreuje pewną zasadę, która ulega uszczegółowieniu w dalszych przepisach. Zniuansowanej analizie , w oparciu o wnikliwą interpretację materiałów źródłowych i szerokie wykorzystanie literatury przedmiotu, Doktorant poddaje przepisy odnoszące się do nadawcy informacji medycznej. Uwzględnia przy tym również zawody związane z systemem ochrony zdrowia ale nieuregulowane prawnie (np. dietetyka, absolwenta AWF ze specjalnością gimnastyka korekcyjna , psychoanalityka, logopedy, neuroterapeuty). Rozważa też czy i ewentualnie kiedy podmioty wykonujące zawody uregulowane ustawowo, da się zaliczyć do osób zobowiązanych w świetle art. 9 u.p.p. do udzielania pacjentowi informacji (chodzi np. o diagnostę laboratoryjnego, farmaceutę, czy psychologa).

W dalszej części tego rozdziału Doktorant szczegółowo omawia poszczególne uregulowania nie tylko prawne lecz również deontologiczne, dot. obowiązków informacyjnych oraz przygotowania zawodowego do ich realizacji tych podmiotów, które zostały przez niego zaliczone do grona nadawców informacji medycznej (lekarza, pielęgniarki i położnej, ratownika medycznego, fizjoterapeuty, felczera, diagnosty laboratoryjnego oraz farmaceuty). Porusza też

kwestią podmiotu zobowiązanego do udzielania informacji w przypadku gdy świadczenie zdrowotne jest wykonywane zespołowo, albo w wprowadzie uczestniczy w nim wiele osób, ale działających wobec siebie komplementarnie. Omawia ponadto inne nieosobowe źródła informacji (np. formularze informacyjne. Ta część rozważań Doktoranta zasługuje na wysoką ocenę z uwagi na wnikliwość analizy, zdolność krytycznej oceny obowiązujących przepisów , jasne wyartykułowanie własnego stanowiska w kwestiach spornych i dużą umiejętność przekonującego jego uzasadnienia.

6. To samo można powiedzieć o rozważaniach zawartych w rozdziale VI poświęconym treści informacji medycznej. Autor omawia tu poszczególne kategorie informacji objęte w myśl obowiązujących przepisów informacyjnym obowiązkiem prawnym (tj informacje o stanie zdrowia, o rozpoznaniu, o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych , dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania , a także informacje dot. wyników leczenia oraz rokowań). Pozytywnie ocenić należy, że Doktorant ściśle trzyma się układu pracy i np. mówiąc o rokowaniach sygnalizuje tylko kwestię przywileju terapeutycznego zaznaczając, że szczegółowo zostanie on omówiony później , unikając w ten sposób zbędnych powtórzeń. W tym miejscu Doktorant nie ogranicza się tylko do przedstawienia kwestii związanych ze standardową informacją medyczną, lecz zajmuje się także szczególnym zakresem treści obowiązku informacyjnego wynikającym ze specjalnych ustaw regulujących określone obszary medycyny jak np. ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów czy ustawa o planowaniu rodziny ochronie płodu i przerywaniu ciąży, o zwalczaniu chorób zakaźnych, o ochronie zdrowia psychicznego oraz przepisy dot. eksperymentów medycznych. Następnie odnosi zakres informacji medycznej do poszczególnych nadawców, reprezentujących różne zawody medyczne, a także omawia tę kwestię z perspektywy zespołowego działania. Porusza też zagadnienia zależności zakresu informacji medycznej od charakteru świadczenia zdrowotnego, od

rodzaju wskazań do zabiegu , w stanach nagłych, przy zabiegach nielecniczych (z uwzględnieniem medycyny estetycznej). Omawia też kwestię zakresu informacji medycznej udzielanej dziecku, osobie małoletniej powyżej 16 lat. Porusza też problem informacji nadmiernej. Warto podkreślić, że rozważania te Doktorant prowadzi kompetentnie, przy wykorzystaniu różnych źródeł oraz literatury, często polemizując z zawartymi tam poglądami przy użyciu przekonującej argumentacji.

7. Charakterystykę sposobu i okoliczności przekazywanej informacji medycznej zawiera rozdział VII rozprawy. Dużo miejsca Doktorant poświęca tu omówieniu sposobu rozumienia wymogu przystępności informacji. W powołaniu na literaturę przedmiotu zwraca uwagę na potrzebę różnicowania stopnia szczegółowości informacji , który zależy od czynników subiektywnych występujących zarówno po stronie lekarza (takich jak wiedza , doświadczenie, kultura osobista , próg empatii), jak i po stronie pacjenta (zwłaszcza związanych z poziomem intelektualnym). Taką potrzebę różnicowania określa jako „ granulację „ informacji. Moim zdaniem niezbyt trafnie, bo słownikowo termin „granulacja” oznacza rozdrobnienie i takie określenie bardziej pasowałoby to traktowania udzielania informacji jako procesu , w którym stopniowo przekazuje się poszczególne, nieraz coraz bardziej szczegółowe, informacje. Porusza też kwestię języka w jakim przekazywana jest informacja, podkreślając , że nie tylko chodzi o to, że ma to być język, którym włada pacjent, ale również o to, że nie powinien to być język np. nadmiernie fachowy lub w inny sposób hermetyczny, a w każdym razie zawsze dostosowany do zdolności komunikacyjnych i możliwości percepcyjnych pacjenta. Sygnalizuje też, w odwołaniu się do odpowiednich przepisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, szczególne kwestie związane z przystępnością (zrozumiałością) informacji pojawiające się w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych osobom z niepełnosprawnościami. Słusznie też przychyła się do poglądu, że istnieje potrzeba wypracowania standaryzacji prawnej sposobu przekazywania

informacji medycznej, ze świadomością, że niejednokrotnie zajdzie konieczność odchodzenia od standardu na rzecz indywidualizacji procesu komunikacji z pacjentem. Zwraca też uwagę na wagę osobistej rozmowy pracownika medycznego z pacjentem, aczkolwiek ma rację twierdząc, że prawo tego nie wymaga oraz że de lege lata rozmowa taka nie musi być prowadzona bezpośrednio, co potwierdzają przepisy dot. telemedycyny, a także pośrednio, wymóg ustawy lub praktyka przekazywania informacji pisemnej. Omawiając moment (czas) przekazywania informacji medycznej, Doktorant słusznie podkreśla, iż powinno się to odbywać w ramach udzielania świadczenia zdrowotnego, chyba że informacja poprzedza wymóg zgody na planowany zabieg, to należy jej udzielić odpowiednio wcześniej, tak żeby pacjent miał czas do namysłu, ale też nie zbyt wcześnie, bo do czasu przeprowadzenia zabiegu mogą się zmienić okoliczności faktyczne sytuacji pacjenta. Zwraca przy tym uwagę na potrzebę aktualizacji informacji oraz specyfikę informowania pacjenta w sytuacji, gdy dochodzi do przeprowadzenia konsultacji medycznej. W tym rozdziale Doktorant omawia też zagadnienie tzw. przywileju terapeutycznego, a także żądanie pacjenta w tym kontekście udzielenia mu informacji oraz jego prawo żądania nieudzielenia mu informacji medycznej, a ponadto tzw. wyjątek terapeutyczny, kiedy dochodzi w trakcie zabiegu lub leczenia ze wskazań życiowych do rozszerzenia lub zmiany jego zakresu o czym nie ma możliwości poinformowania pacjenta i uzyskania jego zgody. Rozważania dot. dopuszczalnych prawnie wyjątków od obowiązku informacyjnego lekarza są pełne i nie budzą zastrzeżeń co do meritum. Można natomiast mieć wątpliwości, czy umieszczenie ich w rozdziale dot. sposobu i okoliczności przekazywania informacji jest prawidłowe, czy bardziej celowe z punktu widzenia czytelnika nie byłoby ujęcie ich w oddzielnym rozdziale. Uważam też, że lepiej by było połączyć refleksję końcową dot. przywileju terapeutycznego z podsumowaniem omawianego rozdziału w jednej jednostce redakcyjnej.

8. Rozdział VIII poświęcony jest odbiorcy informacji medycznej czyli głównie pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej. Autor słusznie pomija tu inne osoby, które są uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej, gdyż taka informacja nie służy bezpośrednio ochronie autonomii pacjenta, lecz głównie realizacji przez te podmioty ich własnych zadań i obowiązków. Rozdział ten porządkuje wiedzę na temat pacjenta jako odbiorcy informacji medycznej definiując samo pojęcie „pacjent” oraz wyróżniając pod kątem obowiązku informacyjnego 3 grupy pacjentów (ujmowanych: po pierwsze generalnie, po drugie szczególnie z uwagi na ich status osobowy (np. osoby małoletnie, ubezwłasnowolnione) lub (chyba ?) stan w jakim się znajdują (osoby nieprzytomne , w stanie nagłym) oraz, po trzecie, z uwagi na specyficzną sytuację zdrowotną w jakiej się znajdują (np. osoby chore psychicznie , chore na choroby zakaźne). Podział ten na pierwszy rzut oka wydaje się być przekonujący, niemniej jednak gdy w dalszej części tego rozdziału Doktorant bliżej charakteryzuje obowiązek informacyjny w odniesieniu do tych grup pacjentów, można mieć wątpliwości, czy nie dochodzi do zatarcia tego podziału, do czego przyczynia się niewątpliwie niezbyt konsekwentny podział tekstu na poszczególne jednostki redakcyjne (zwłaszcza pkt. od 2.1. do 2.5.) . W kolejnym punkcie (3) tego rozdziału Doktorant odnosi obowiązek informacyjny, do innych niż pacjent, odbiorców informacji medycznej, zwłaszcza gdy pacjent nie ma kompetencji formalnej lub materialnej do podejmowania autonomicznych decyzji. Porusza też budzącą wiele kontrowersji kwestię wykonywania obowiązku informacyjnego wobec współmałżonka nieprzytomnego pacjenta nie będącego jego przedstawicielem ustawowym lecz tylko osobą bliską, zwłaszcza w sytuacji gdy pacjent wcześniej, będąc zdolny do podejmowania decyzji nie upoważnił go do otrzymania informacji. Rozważa też kwestię, czy lekarz ma prawo nie udzielić informacji osobie upoważnionej przez pacjenta gdy nie jest przekonany o tym, że taka osoba będzie działać w interesie pacjenta. Zwłaszcza co do tej drugiej

sytuacji Doktorant zajmuje zdecydowane stanowisko, że wola pacjenta powinna być, niezależnie od okoliczności, respektowana, dając tym samym prymat zasadzie autonomii nad dobrem pacjenta. Zajmuje się też nieuregulowaną prawnie kwestią zakresu informacji medycznej udzielanej opiekunowi faktycznemu małoletniego lub pacjenta niezdolnego do podejmowania samodzielnej decyzji, a także szczególną kwestią prawa pracownika medycznego do informowania partnerów seksualnych pacjenta zakażonego chorobą przenoszoną drogą płciową.

9. Ostatni rozdział rozprawy poświęcony jest skutkom przekazania lub nieprzekazania informacji medycznej. Wydaje się, że tytuł tego rozdziału w odniesieniu do „przekazania” nie jest trafny, gdyż nie chodzi tu ogólnie o skutki przekazania informacji, lecz raczej o skutki niewłaściwego jej przekazania (np. osobie, która nie jest odbiorcą, czy też w niewłaściwym czasie , w nieprawidłowy sposób lub w złych okolicznościach). Wskazane są w tym rozdziale różne możliwe formy odpowiedzialności prawnej oraz poruszone, w sposób dosyć powierzchowny, ogólne zasady na jakich się ona odbywa. Tu też Doktorant sygnalizuje jakie inna prawa pacjenta może naruszać nieprawidłowe wypełnienie obowiązku informacyjnego przez pracownika medycznego. Brak pogłębienia omówionych w tym rozdziale zagadnień usprawiedliwia fakt, że założeniem Doktorant było tylko zasygnalizowanie możliwych do zastosowania form odpowiedzialności pracowników medycznych , gdyż ich dokładniejsze omówienie przekraczałoby ramy tematu.

10. W zakończeniu Doktorant odpowiada na pytania sformułowane w ramach hipotez badawczych. Część ta zawiera więc istotne podsumowanie rozważań zawartych w dysertacji, aczkolwiek można mieć zastrzeżenie co do sposobu ujęcia niektórych fragmentów tego rozdziału (np. na str. 492 zdania rozpoczynającego się od słów” Ostatni rozdział”) które bardziej pasowałyby do wstępu niż zakończenia.

III Uwagi końcowe

Recenzowana rozprawa stanowi kompleksowe studium tytułowej problematyki reprezentujące dobry poziom naukowy. Szczególną wartość, moim zdaniem, mają rozdziały VII i VIII rozprawy. Rozważania w tej części są prowadzone przy szerokim wykorzystaniu literatury przedmiotu oraz dostępnego orzecznictwa i zasługują na wysoką ocenę ze względu na poziom analizy dogmatycznej, wykazywaną przez Doktoranta dużą zdolność do samodzielnego myślenia oraz umiejętność przedstawiania trafnej argumentacji dla uzasadnienia własnego stanowiska. Nowatorskie są odniesienia do teorii komunikacji, a także do systemu teleinformatycznego, niespotykane na tę skalę w dotychczasowym piśmiennictwie z zakresu prawa medycznego. Cenne szczególnie są uwagi krytyczne Doktoranta zgłaszane pod adresem tych uregulowań obowiązku informacyjnego w poszczególnych ustawach medycznych, które charakteryzuje niezupełność, niejasność czy brak synchronizacji. Na podkreślenie zasługuje też dyscyplina wywodu, który nie wykracza poza ramy wytyczone tematem rozprawy, co świadczy o gruntownym przemyśleniu przez Autora zarówno całego układu pracy, jak też katalogu zagadnień szczegółowych, które zostaną poruszone. W efekcie, całość wywodu przedstawia się jako wewnętrznie spójne opracowanie monograficzne, w którym rozważania przedstawione zostały w sposób jasny i zwięzły, przy tym bez zbędnych powtórzeń, co biorąc pod uwagę, złożoność problematyki i krzyżowanie się niektórych zagadnień, świadczy nie tylko o dobrym opanowaniu metodologii badań naukowych, lecz również o dużej dyscyplinie myślenia Doktoranta i zdolności do selektywnego przedstawiania posiadanej wiedzy. Warto podkreślić, że zawarte w recenzji uwagi krytyczne mają w większości charakter polemiczny oraz nie wpływają na ogólnie pozytywną ocenę rozprawy. Celem ich zgłoszenia jest poddanie pod rozwagę Doktoranta ich uwzględnienia w przyszłej publikacji, na którą rozprawa, po usunięciu nielicznych usterek redakcyjnych, zasługuje.

Konkludując recenzję podkreślić należy, że przeprowadzona przez Doktoranta analiza pozwoliła na weryfikację postawionej na wstępie tezy. Propozycje zmian uregulowań ustawowych dot. obowiązku informacyjnego zgłaszane pod adresem różnych ustaw medycznych można uznać za oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. Autor podjął też próbę prezentacji nieporuszanego dotąd szerzej w polskiej literaturze przedmiotu zagadnienia prawa do informacji w świetle teorii komunikacji oraz telemedycyny oraz przedstawił własne, prawidłowo uzasadnione stanowisko w kwestiach będących już wcześniej przedmiotem debaty naukowej. Oceniana rozprawa zawiera przy tym rozważania nie tylko o ważkości teoretycznej ale i o znaczeniu praktycznym. Treść rozprawy, ze względu na zakres i formę prowadzenia analizy jak i sposób rozstrzygania problemów, dowodzi kompetencji Doktoranta w zakresie samodzielnego prowadzenia pracy naukowej oraz świadczy o jego dostatecznej znajomości systemu ochrony praw człowieka oraz bardzo dobrej orientacji w zagadnieniach prawa medycznego.

Z uwagi na powyższe wyrażam głębokie przekonanie, że recenzowana rozprawa spełnia wymogi określone w art. 187 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 lipca 2018 roku . prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668 ze zm.) i wnoszę o jej przyjęcie oraz dopuszczenie do publicznej obrony.

Eleonora Zielińska