



www.fpobm.pl

PRAWA PACJENTA I ICH REALIZACJA W PRAKTYCE.

PRZEWODNIK PO PRAWACH PACJENTA W POLSCE

Red.

Karolina Dobrowolska

Tymoteusz Zych



Redakcja

Karolina Dobrowolska

Tymoteusz Zych

Autorzy

Adw. Agnieszka Bednarek

Przemysław Pietrzak

Karolina Dobrowolska

r. pr. dr Tymoteusz Zych

Wydawca

FUNDACJA POMOCY OFIAROM BŁĘDÓW MEDYCZNYCH

ul. Nowogrodzka 56a, 00-695 Warszawa

Telefon: +48 601 471 063

adres e-mail: zgloszenia@fpobm.pl

NIP:5223098903

REGON:368081594

KRS: 0000687581

Wydanie I | Warszawa 2023

© Copyright 2023 by FUNDACJA POMOCY OFIAROM BŁĘDÓW MEDYCZNYCH



SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU WSPIERANIA ROZWOJU ORGANIZACJI PORADNICZYCH NA LATA 2022-2033

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	4
Rozdział 1	6
Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zgodnie z wymogami należytej staranności	6
Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.)	7
Prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (art. 8 u.p.p.)	15
Rozdział 2	19
Prawa do świadczeń zdrowotnych określone w art. 7 u.p.p.	19
Rozdział 3	26
Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz orzecznictwa	26
Pełna informacja warunkiem sine qua non	27
Naruszenie art. 16 u.p.p. a odpowiedzialność cywilna	27
Naruszenie art. 16 u.p.p. a odpowiedzialność karna	28
Wyłączenia wynikające z odrębnych ustaw (art. 15 u.p.p.)	31
Świadoma zgoda	34
Formularze zgody – zgoda pisemna	35
Zgoda ustna i dorozumiana	36
Rozdział 4	38
Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej – art. 23 i n. u.p.p.	38
Pacjent oraz osoby przez niego upoważnione	41
Śmierć pacjenta a osoby upoważnione, osoby nieupoważnione i osoby bliskie	41
Inne podmioty i organy władzy publicznej	42
Przypadki pacjentów nieprzytomnych – luka legislacyjna?	42
Forma wniosku	45
Brak konieczności uzasadniania wniosku	46
Brak terminu na złożenie wniosku	46
Termin na wydanie dokumentacji	48
Kiedy możliwe jest obciążenie wnioskodawcy opłatą?	51
Wysokość opłaty	53
Koszty przesyłki	53
Postulaty de lege ferenda	54
Bibliografia	56
Źródła	58

SŁOWO WSTĘPNE

Szanowni Państwo,

z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce publikację „Prawa pacjenta i ich realizacja w praktyce”, której celem jest przybliżenie wszystkim osobom mającym styczność z polskim systemem ochrony zdrowia podstawowych praw, jakie przysługują pacjentom. Niniejszy poradnik adresowany jest zarówno do prawników, personelu medycznego, jak i do samych pacjentów.

Mija właśnie 15 lat od uchwalenia w 2008 r. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z całą pewnością, przyjęcie norm bezpośrednio ukierunkowanych na ochronę praw pacjenta było momentem przełomowym dla funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia oraz roli, jaką pełni w tym systemie sam pacjent. Zdefiniowanie takich praw jak: prawo do świadczeń udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z należytą starannością, prawo do informacji, do zgody, do otrzymania natychmiastowo świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia czy wreszcie do poszanowania godności i intymności stanowiło nie tylko krok o doniosłym znaczeniu symbolicznym. Wpłynęło ono realnie na dynamikę ochrony praw pacjenta w Polsce.

Do 2008 r. prawa pacjenta można było wywodzić z polskiej Konstytucji, praw człowieka chronionych przez międzynarodowe traktaty, których Polska jest stroną oraz z ustaw, w tym ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r., ustawy o zawodzie lekarza i dentystry z 1996 r., z ogólnych reguł prawa cywilnego, a także z innych regulacji, w tym Kodeksu Etyki Lekarskiej. W 2000 r. rozsiane po różnych aktach prawnych przepisy zostały w pewnym stopniu zebrane w wydanej przez Ministerstwo Zdrowia Karcie Praw Pacjenta.

Do tej pory nie istniał zatem w Polsce żaden uporządkowany system ochrony praw pacjentów. A przecież pacjenci są grupą, która z wielu przyczyn wymaga specjalnej ochrony – ich zasoby (w zakresie wiedzy, ale także decyzyjności czy choćby aktualnego stanu ich zdrowia) są niższe. Oczywiście jest, że większość pacjentów nie dysponuje wiedzą medyczną na tym samym lub choćby zbliżonym do lekarza poziomie. Pacjent jest też często osobą cierpiącą z powodu choroby, co przekłada się na jego ogólny stan fizyczny i psychiczny. W relacji pacjent-lekarz naturalnie więc występuje nierównowaga sił, której zrównoważeniu służyć ma przestrzeganie praw pacjentów.

To ważne by pacjenta traktować jako podmiot leczenia, nie zaś jego przedmiot. Przyczynia się

to nie tylko do lepszego samopoczucia pacjentów, ale również w istotnym stopniu wpływa na wyniki leczenia. Pacjent potraktowany z empatią, którego prawa są szanowane i który czuje, że jest podmiotem leczenia darzy personel medyczny większym zaufaniem i lepiej z nim współpracuje. Chętniej poddaje się on terapii, a także dzieli z lekarzem obserwacjami dotyczącymi swojego stanu zdrowia, które mogą mieć istotne znaczenie dla procesu leczniczego i jego rokowań.

15-lecie ustawy o prawach pacjenta to ważny czas podsumowań. Prawa pacjenta przestały być postulatem o czysto normatywnym charakterze, ale stały się istotną częścią obowiązującego i funkcjonującego systemu ochrony praw człowieka w Polsce. Na podstawie doświadczeń ostatnich lat widzimy, że świadomość praw pacjenta z roku na rok jest w polskim społeczeństwie coraz wyższa. Zwiększa się ilość prowadzonych postępowań w zakresie błędów medycznych – zarówno w zakresie postępowań cywilnych, jak i karnych. Do wzmocnienia poziomu ochrony praw pacjenta w Polsce przyczyniło się również powołanie Rzecznika Praw Pacjenta.

W poradniku omówione zostaną najważniejsze zagadnienia dotyczące wybranych praw pacjenta chronionych przez ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W szczególności będą to: prawo do świadczeń udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i należytą starannością, prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, prawo do wyrażenia zgody na zabieg medyczny, a także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej. Przybliżona zostanie również tematyka dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta na podstawie art. 446 kodeksu cywilnego. Warto wiedzieć, że jest to samodzielna podstawa dla uzyskania zadośćuczynienia, niezależnie od rozmiaru poniesionej przez pacjenta w związku z naruszeniem szkody.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja będzie stanowiła dla Czytelników przystępne i jednocześnie uporządkowane źródło wiedzy na temat najważniejszych praw pacjenta.

KAROLINA DOBROWOLSKA

TYMOTEUSZ ZYCH

ROZDZIAŁ 1

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zgodnie z wymogami należytej staranności

Adw. Agnieszka Bednarek

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych może dojść do zdarzeń, które spowodują wystąpienie po stronie pacjenta roszczeń cywilnoprawnych wobec podmiotu leczniczego, zarówno dochodzonych bezpośrednio na podstawie przepisów ustawy z dnia 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360) (dalej: „k.c.”/„Kodeks cywilny”), jak i wynikających z naruszenia praw pacjenta statuowanych przepisami ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876) (dalej: „u.p.p.”/„ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”). Podstawę faktyczną odpowiedzialności podmiotu leczniczego może stanowić w szczególności wystąpienie zdarzenia kwalifikowanego jako tzw. „błąd medyczny”, obejmującego co do zasady zachowanie personelu medycznego niezgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej w zakresie postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego, skutkujące wystąpieniem po stronie pacjenta uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia, bądź śmierci. Do katalogu zdarzeń potencjalnie podlegających zakwalifikowaniu jako tzw. „błąd medyczny” należą m. in.: zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, opóźnienie diagnozy/niewłaściwa diagnoza, które spowodowały opóźnienie we wdrożeniu właściwego leczenia bądź zastosowanie nieprawidłowej terapii, skutkujące pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, niewłaściwe zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego¹.

Tożsame okoliczności składające się na stan faktyczny podlegający zakwalifikowaniu jako tzw. „błąd medyczny”, mogą świadczyć o naruszeniu w szczególności następujących praw pacjenta: prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.) oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (art. 8 u.p.p.). Prawa te w ogólności oznaczają, że usprawiedliwionym jest oczekiwanie ze strony pacjenta od personelu medycznego podjęcia, wdrożenia i kontynuowania takich procesów diagnostycznych lub terapeutycznych, które przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności gwarantować powinny przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, czy poprawy stanu zdrowia, jednak w żadnym wypadku nie powinny skutkować narażeniem pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia².

W związku z wystąpieniem zdarzenia kwalifikowanego jako tzw. „błąd medyczny” na podstawie Kodeksu cywilnego możliwe jest m. in. dochodzenie roszczenia o zadośćuczynienie (na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.), przy czym jednocześnie – w oparciu o tożsame okoliczności stanu faktycznego – możliwe jest dochodzenie roszczenia o zadośćuczynienie w związku z przypadkami naruszenia praw pacjenta (na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 u.p.p. i art. 6 ust. 1 u.p.p. lub art. 8 u.p.p.). Znamienne, że celem skutecznego dochodzenia

¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 34.

² Por.: Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 03.07.2019 r., sygn. akt I CSK 45/19, SIP Legalis nr 1967568; Wyrok Sądu Najwyższego – Izba cywilna z dnia 10.02.2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, SIP Legalis nr 350667.

zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. zasadniczo konieczne jest wykazanie podstawowych przesłanek odpowiedzialności, do których należą: zachowanie sprawcy (działanie/zaniechanie), uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia i związana z tym krzywda, związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem sprawcy a powstaniem krzywdy³, zaś w przypadku dochodzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 4 ust. 1 u.p.p. i in., konieczne i celowe jest wykazanie analogicznych okoliczności, z tym zastrzeżeniem, iż nie jest niezbędne wystąpienie szkody na osobie⁴ - uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, wystarczające bowiem jest wykazanie, iż doszło do naruszenia praw pacjenta, które spowodowało krzywdę.

Zgodnie z ugruntowanym w judykaturze i doktrynie stanowiskiem – roszczenie o zadośćuczynienie wywodzone z naruszenia praw pacjenta jest odrębnym roszczeniem od roszczenia o zadośćuczynienie dochodzonego w związku z wystąpieniem tzw. „błędu medycznego”⁵. Zadośćuczynienia wywodzone na podstawie art. 445 § 1 k.c. oraz art. 4 ust. 1 u.p.p., jako oparte na w istocie dwóch odrębnych czynach bezprawnych, mają odrębny charakter. W przypadku art. 445 § 1 k.c. przedmiotem ochrony jest zdrowie pacjenta, zaś w przypadku art. 4 ust. 1 u.p.p. autonomia woli pacjenta, tudzież prywatność. Możliwa jest zatem kumulacja roszczeń⁶.

Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.).

W pierwszej kolejności zasadna jest analiza określenia „aktualna wiedza medyczna”, które na pierwszy rzut oka powodować może wątpliwości interpretacyjne i w sposób oczywisty wskazuje na możliwość wartościowania merytorycznego.

W doktrynie prawa wskazuje się, iż przepis zawierający ww. wyrażenie może zostać uznany za klauzulę generalną, otwiera on system prawny na wartościowanie naukowe, przy czym wymogi aktualnej wiedzy medycznej ustalać należy globalnie i traktować obiektywnie. Medycyna bowiem należy do nauk empirycznych, a aktualne standardy nie powinny być rekonstruowane wyłącznie z uwzględnieniem polskiej praktyki. Co prawda podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie są zobligowane do stosowania najnowszych światowych metod, a lekarze zobowiązani są do udzielania świadczeń z uwzględnieniem dostępnych im metod, jednak pojęcie „dostępnych środków” należy interpretować z uwzględnieniem wzrastającego poziomu aktualnej wiedzy medycznej. Nie oznacza to, że wymogi aktualnej wiedzy medycznej muszą

3 por.: I. Długoszewska-Kruk, *Art. 415 [w:] M. Załucki (red.), Kodeks cywilny. Komentarz*, Wyd. 3, SIP Legalis 2023; pkt I ppkt 2.

4 Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 27.04.2012 r., sygn. akt V CSK 142/11, SIP Legalis nr 532431; Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – I Wydział Cywilny z dnia 02.08.2018 r., sygn. akt I C 1098/14, SIP Legalis nr 2126862.

5 zob.: Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 27.04.2012 r., sygn. akt V CSK 142/11, SIP Legalis nr 532431; Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 03.04.2019 r., sygn. akt II CSK 96/18, SIP Legalis nr 1894848; Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – I Wydział Cywilny z dnia 02.08.2018 r., sygn. akt I C 1098/14, SIP Legalis nr 2126862.

6 Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – I Wydział Cywilny z dnia 02.08.2018 r., sygn. akt I C 1098/14, SIP Legalis nr 2126862; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi – I Wydział Cywilny z dnia 25.11.2016 r., sygn. I ACa 636/16, SIP Legalis nr 2055168.

odpowiadać przyjętym poglądom, co bazować na najnowszych wynikach badań empirycznych⁷.

Doktryna i judykatura są zgodne co do wniosku, zgodnie z którym stosowanie przestarzałych metod lub niebezpiecznych środków, niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną przesądzać będzie o błędzie medycznym, co w kontekście analizowanej normy traktować należy jako minimalny poziom poprawności świadczenia. Obowiązek zapewnienia świadczeń odpowiadających poziomowi aktualnej wiedzy medycznej ma charakter bezwzględny, w przypadku naruszenia przedmiotowego obowiązku nie jest możliwe skuteczne powołanie się na niedostateczne finansowanie jako uzasadnienie obniżonego standardu⁸.

Problematyczny, a zarazem istotny przypadek zawinionego naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej stanowi ew. nieusprawiedliwiona odmowa zasięgnięcia opinii innego lekarza (względnie: pielęgniarki, położnej) lub zwołania konsylium. Na podstawie art. 6 ust. 3 i n. u.p.p. pacjent jest uprawniony do żądania, aby lekarz zasięgnął opinii innego lekarza (analogicznie: pielęgniarka/położna innej pielęgniarki/położnej) lub zwołał konsylium lekarskie, zaś lekarz (analogicznie: pielęgniarka/położna) może odmówić realizacji ww. żądania pacjenta, w sytuacji gdy uzna je za bezzasadne. Zawiniona odmowa realizacji ww. prawa pacjenta wynikającego z art. 6 ust. 3 u.p.p., obiektywnie nieprawidłowa w świetle aktualnej wiedzy medycznej, może stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnej lekarza, jeżeli zwiększa uszczerbek na zdrowiu albo ogranicza istotną perspektywę poprawy stanu zdrowia pacjenta⁹.

Ponadto w doktrynie zwraca się uwagę na możliwe naruszenia praw pacjenta, w tym w szczególności prawa pacjenta do świadczeń odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, na gruncie aktualnie powszechnego stosowania narzędzi dostępnych w ramach telemedycyny. Zaniechania personelu medycznego związane z nadużywaniem podobnych narzędzi i związane z tym możliwe przypadki nieudzielenia - w ogóle, bądź odpowiedniej – pomocy, braku zlecenia badań specjalistycznych, deficyty w informacjach, które powinny stanowić podstawę orzekania o stanie zdrowia pacjenta w określonych okolicznościach stanu faktycznego mogą stanowić przesłanki odpowiedzialności za naruszenie prawa pacjenta do świadczeń odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej¹⁰.

Nadmieniam, że na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 2524) do zadań konsultantów krajowych oraz konsultantów wojewódzkich należy w szczególności wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków.

7 dr hab. L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. II, lit. C, pkt 3.

8 dr hab. L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. II, lit. C, pkt 5; i powołana tam literatura, w tym: T. Dukiet-Nagórska, *Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej*, s. 17; P. Sobolewski, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 1, 2018, s. 524.

9 dr hab. L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. II, lit. D, pkt 7; [por.:] E. Bagińska (red.), *Komentarz do ustawy: Prawa Pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta, tj. z dnia 4-5-2020 (Dz. U. 2020, Nr 102, poz. 849)*, wyd. 1, opracowanie redakcyjne na podstawie: prof. dr hab. E. Bagińska (red.), *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, Tom 5, SIP Legalis 2021, Dział II, Rozdział 4, pkt 3-4.

10 E. Bagińska (red.), *Komentarz do ustawy: Prawa Pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta, tj. z dnia 4-5-2020 (Dz. U. 2020, Nr 102, poz. 849)*, wyd. 1, opracowanie redakcyjne na podstawie: prof. dr hab. E. Bagińska (red.), *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, Tom 5, SIP Legalis 2021, Dział II, Rozdział 4, pkt 3-4.

Tytułem przykładu – wg orzecznictwa polskich sądów powszechnych:

- wypisanie pacjentki ze szpitala z niezagojoną raną po cesarskim cięciu i wycięciu wyrostka robaczkowego, narusza prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej (kwota zadośćuczynienia: 20.000 zł)¹¹;
- zaniechanie wykonania badania diagnostycznego skutkujące ujemnymi doznaniem psychicznymi, dyskomfortem, utratą zaufania do leczących (kwota zadośćuczynienia: 5.000 zł); „Przyjęcie zawinionego naruszenia praw pacjenta byłoby uzasadnione w przypadku powstałego w następstwie niedbalstwa personelu medycznego zaniechania wykonania u pacjenta badania diagnostycznego, nawet jeżeli nie mieści się ono w kategorii błędu medycznego. Ochrona gwarantowana w prawie obejmuje także naruszenie prawa do właściwego standardu opieki medycznej mogące wywołać u pacjenta ujemne doznania psychiczne, dyskomfort, utratę zaufania do leczących, nawet jeżeli nie spowodowało to szkód medycznych. (...) Art. 6 ust. 1 u.p.pac. chroni pewien wąski wycinek praw przynależnych jednostce ludzkiej, pozostającej w określonej modalności – bycia pacjentem, jakim jest prawo do świadczenia medycznego na odpowiednim poziomie. Konsekwentnie krzywda wynikająca z naruszenia tego prawa jest odpowiednio niższa niż krzywda wynikająca z doznanego uszczerbku na zdrowiu i dysproporcja ta musi być znaczna, tak jak znaczna jest różnica w hierarchii tych dóbr. Jednocześnie zakresem zadośćuczynienia objęta jest krzywda pozostająca w związku z naruszeniem tego dobra – jak np. zachwianie lub utrata zaufania do lekarzy. W sprawie taki uszczerbek wystąpił, jego ocena na kwotę 100.000 zł jest jednak oczywiście nadmierna i zawyżona. Wystarczy wskazać, że utrata zaufania do lekarzy nie przełożyła się na odmowę wykonania zabiegów usunięcia woreczka żółciowego oraz zabiegu na tarczycy, którym powódka poddała się już po wystąpieniu zdarzenia szkodzącego i jego następstw. W konsekwencji należnym zadośćuczynieniem jest to w kwocie 5.000 zł, pozostająca w odpowiedniej relacji do zadośćuczynienia przyznanego na podstawie [art. 445 KC](#)”¹²;
- nieprawidłowa jednoosobowa obsada lekarska w przypadku operacji rekonstrukcji złamanych odłamów kości podudzia i ich zespolenia, mimo osiągnięcia zakładanego efektu operacyjnego (kwota zadośćuczynienia: 20.000 zł)¹³;
- zaniechanie prawidłowej diagnostyki naczyniowej, śmierć pacjenta (kwota zadośćuczynienia: 30.000 zł); „Jak wynikało z opinii instytutu naukowego jedynie w oparciu o badania USG Doppler lekarz wyciągnął wniosek, że powód nie nadaje się do leczenia rekonstrukcyjnego, chociaż taki wniosek można byłoby postawić dopiero po przeprowadzeniu badania arteriograficznego, którego zaniechano. Zaniechanie prawidłowej diagnostyki naczyniowej pozbawiło powoda możliwości prawidłowego leczenia. Biegli stwierdzili, że nieprawidłowe leczenie powoda u pozwanego pozbawiło go szansy na uniknięcie amputacji na poziomie podudzia (...). Podnieśli, iż nie ulega wątpliwości, że samoistne schorzenie jakim jest cukrzyca, prawdopodobnie niewyrównana, brak dyscypliny po stronie powoda, mógł spowodować wcześniejszy rozwój powikłań naczyniowych i ze strony nerwów obwodowych, niemniej powód zgłaszając się do placówki medycznej pozwanego miał prawo oczekiwać zachowania należytej staranności i postępowania zgodnego z aktual-

11 Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 13.10.2020 r., sygn. akt II CSK 27/20, SIP Legalis nr 2503920.

12 Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – I Wydział Cywilny z dnia 02.08.2018 r., sygn. akt I C 1098/14, SIP Legalis nr 2126862.

13 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi – I Wydział Cywilny z dnia 25.11.2016 r., sygn. I ACa 636/16, SIP Legalis nr 2055168.

nie obowiązującą wiedzą medyczną, która zakłada przeprowadzenie relewantnej diagnostyki różnicowej do schorzeń, które mogą występować u powoda. W konsekwencji biegli (...) stwierdzili, że postępowanie lekarza świadczącego usługi w (...) prowadzonym przez pozwanego przyczyniło się w 50% do wcześniejszej amputacji podudzia lewego (...). Zadośćuczynienie z art. 4 ust. 1 ustawy o p.p.Rz.P.P. pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną. Kwota zadośćuczynienia powinna zatem odpowiadać doznanej krzywdzie i wyrównywać oraz rekompensować wszystkie ujemne przeżycia (cierpienia) związane z naruszeniem dóbr osobistych poszkodowanego. Określając wysokość zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta, sąd powinien uwzględnić całokształt okoliczności sprawy, takich jak: stres, ból, długotrwałość cierpienia, leczenia, rehabilitacji, konieczność przeprowadzenia kolejnych operacji, okres dochodzenia do przywrócenia prawidłowych funkcji organizmu, wiek poszkodowanego, stopień zawinienia sprawcy, naruszenie autonomii woli pacjenta. Ustalona w ten sposób kwota zadośćuczynienia powinna być odpowiednia i należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, z tym zastrzeżeniem, że zasądzona kwota zadośćuczynienia nie może być symboliczna, lecz powinna przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody (tak w wyroku SN z 27 IV 2012 r. [V CSK 142/11](#)).¹⁴;

- brak zastosowania nadzoru śródporodowego stanu płodu, późne przekazanie noworodka do ośrodka referencyjnego, mimo, że naruszenia nie przyczyniły się do śmierci noworodka (kwota zadośćuczynienia: 50.000 zł)¹⁵;
- nierozpoznanie złamań V kości śródstopia i złamania mostka – oddalenie powództwa w zakresie zadośćuczynienia w związku z naruszeniem praw pacjenta; „Jeśli chodzi natomiast o roszczenia powódki o zadośćuczynienia kierowane wobec pozwanego Szpitalu Wojewódzkim im. (...) S. W. w S. w związku z nierozpoznanie u niej złamaniami V kości śródstopia i złamaniami mostka a wywodzone przez nią z zawinionego naruszenia praw pacjenta, to także i one okazały się być niezasadne a to z tej przyczyny, iż powódka nie wykazała, by nieudzielenie jej świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w związku z tymi złamaniami oraz nie poinformowanie jej o nich było zawinione. Faktem jest, iż u powódki nie zdiagnozowano w pozwanym Szpitalu Wojewódzkim im. (...) S. W. w S. złamania V kości śródstopia i złamania mostka i w związku z tym wdrożone wobec niej leczenie nie obejmowało skutków tych urazów. Jeśli chodzi o złamanie mostka, to nie wykazało go badanie obrazowe przy użyciu tomografu komputerowego, które jest badaniem dokładnym a w związku z nie zgłaszaniem przez powódkę dolegliwości ze strony mostka, lekarze nie mieli obiektywnych podstaw, by złamanie to stwierdzić ani by poszerzyć diagnostykę. Brak zatem dalszej diagnostyki klatki piersiowej powódki i nie wdrożenie leczenia złamanego mostka ani nie poinformowanie powódki o złamaniu mostka, które przeprowadzonymi prawidłowymi badaniami nie zostało wykryte, nie było przez lekarzy zawinione. Jeśli chodzi zaś o złamanie V kości śródstopia powódki, to w związku z niezgłaszaniem przez powódkę jakichkolwiek dolegliwości ze strony lewej stopy, brak było podstaw do przeprowadzania przez lekarzy badań tej stopy pod kątem tego czy ucierpiała ona w wypadku, zwłaszcza, że powódka nie zgłaszała dolegliwości tej stopy także wówczas, gdy przy pomocy balkonika chodziła

14 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie – V Wydział Cywilny z dnia 24.03.2023 r., sygn. akt V ACa 449/22, SIP Legalis nr 2922724.

15 Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu – XIV Wydział Cywilny z siedzibą w Pile z dnia 22.12.2022 r., sygn. akt XIV C 1434/13, SIP Legalis nr 2913926.

do toalety obciążając ją. Nie przeprowadzenie zatem badania RTG lewej stopy powódki i nie wdrożenie leczenia złamania tej stopy a także nie poinformowanie powódki o tym złamaniu, nie było przez lekarzy zawinione. Lekarze nie popełnili błędu przy diagnozowaniu powódki, gdyż nie ma wymaganej po wypadku komunikacyjnym puli badań pacjenta w skład której wchodziłyby badania RTG stóp. Oczywistym jest natomiast, iż diagnostyka urazów opiera się na badaniu pacjenta z uwzględnieniem zgłaszanych przez niego dolegliwości. Lekarze pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. zbadali powódkę i wykonali jej wszelkie niezbędne badania diagnostyczne reagując na zgłaszane przez nią dolegliwości. Mając na uwadze powyższe Sąd oddalił także żądania powódki o zasądzenie od pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. zadośćuczynień za naruszenie praw pacjenta jako niezasadne.”¹⁶;

- zastosowanie leczenia protetycznego i implantologicznego niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną i w sposób nieprawidłowy (kwota zadośćuczynienia: 10.000 zł); „...zaniedbał diagnostykę radiologiczną przed wykonaniem zabiegu implantacji, co skutkowało nieprawidłowym usadowieniem implantu nr 33 i w konsekwencji nieprawidłowe wykonanie uzupełnień protetycznych. Jednocześnie nie zastosował odpowiedniej diagnostyki po zabiegu, która by wykazała nieprawidłowe usadowienie implantu nr 33. Podkreślenia wymaga także wykonanie przez pozwanego nieprawidłowej protezy dolnej bez skutecznego systemu utrzymującego ją na implantach, czego konsekwencją jest obecnie całkowita jej niestabilność i co poddaje pod wątpliwość cel założenia implantów. Wskazać również należy na nieprawidłowe ustalenie przez pozwanego wysokości zwarcia, co skutkuje u powódki zaburzeniami w proporcjach partii twarzy oraz stałym stanem zapalnym kątów ust. wyciekaniem śliny oraz powstawaniem dotkliwie bolesnych nadżerek (zajadów).”¹⁷;
- błędna diagnoza w poradni zdrowia psychicznego (kwota zadośćuczynienia: 20.000 zł); „Zaburzenia funkcjonowania powoda, które zostały zgłoszone w 2013 r. i które leczone były przez kolejna lata, zostały zdiagnozowane jako zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Była to błędna diagnoza, gdyż powód ma Zespół (...). Diagnoza Zespołu (...) nastrocza wielu trudności, szczególnie u młodszych dzieci i w przeszłości w wielu przypadkach prawidłową diagnozę stawiano dopiero po pewnym czasie. Dzieje się tak szczególnie w sytuacjach dużego udziału czynników środowiskowych, z którymi lekarze diagnozujący wiążą w pierwszej kolejności zaburzenia w funkcjonowaniu małoletnich. Ocena obecnego funkcjonowania w zakresie stanu zdrowia psychicznego oraz prognoz dalszego życia i funkcjonowania powoda jest dość dobra. Zespół (...) utrzymuje się u chorych przez całe życie i nawet przy szybkiej i prawidłowej diagnozie oraz włączeniu odpowiednich działań terapeutycznych, nie zawsze uzyskuje się zadawalająca poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego. Szybkie postawienie prawidłowej diagnozy spowodowałoby u powoda szybsze wdrożenie wieloaspektowego postępowania terapeutycznego ((...), Rewalidacja, zajęcia korekcyjno-kompensacyjna itd.), co mogłoby przełożyć się na pozytywne efekty terapeutyczne w zakresie jego funkcjonowania. Nie ma jednak możliwości oceny wpływu błędnej diagnozy na stan zdrowia psychicznego i funkcjonowanie powoda. Można zakładać, że ograniczyło to postępowanie terapii, jednak brak możliwości dokładnej oceny w jakim stopniu. Ponadto występowało szereg czynników środowiskowych w życiu powoda, które wpływały negatywnie na jego rozwój i taki wpływ miałyby również przy prowadzeniu celowanych działań terapeutycznych. Jednakże o ile leczenie w (...) w W. należy uznać za nieprecyzyjne z powodu nieprawidłowości w diagnozie, to nie oznacza to jed-

¹⁶ Wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu – I Wydział Cywilny z dnia 18.11.2022 r., sygn. akt I C 91/22, SIP Legalis nr 2845292.

¹⁷ Wyrok Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie – I Wydział Cywilny z dnia 09.11.2022 r., sygn. akt I C 161/17, SIP Legalis nr 2895245.

nak, że nie miało ono żadnego pozytywnego wpływu na powoda lub że wpływ ten był niekorzystny. Prowadzona terapia dotyczyła również relacji interpersonalnych, pracy na emocjach i trudno założyć, że nie odnosiła w tym względzie żadnych efektów. W tamtym okresie stan badanego nie pogarszał się, nie było konieczności wprowadzania intensywnego leczenia, czy hospitalizacji, a jego funkcjonowanie nie było znacznie zaburzone. Również stosowaną farmakoterapie trudno jednoznacznie określić jako błędną. Działała objawowo, a jej charakter i zakres był odpowiedni dla pacjenta w takim wieku. Również u pacjentów z rozpoznaniem Zespołem (...) prowadzi się tego rodzaju farmakoterapię, gdy jest to konieczne. Można założyć, że funkcjonowanie powoda byłoby obecnie lepsze, w przypadku wczesnego prawidłowego zdiagnozowania i leczenia, jednak nie wiadomo o ile lepsze i czy faktycznie lepsze. Brak jest zatem możliwości oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu w tym zakresie. Leczenie powoda w chwili obecnej może być realizowane w ramach NFZ, nie ma konieczności stosowania farmakoterapii (...) Lekarze nie wdrożyli odpowiedniej diagnostyki wobec powoda, nie przeprowadzili odpowiedniego wywiadu, który mógł pomóc w diagnostyce. M. C. (1) wskazała, iż matka powoda nie zgłaszała u niego trudności w nawiązaniu relacji rówieśniczych, co mogłoby jej zasugerować, iż powód cierpi na Zespół (...). To jednak ona - jako profesjonalistka - powinna zadać matce powoda odpowiednie pytania, które mogłyby pomóc w diagnostyce. Ponadto prowadzone przez 4 lata leczenie, stały kontakt z powodem, również powinien pomóc w postawieniu prawidłowej diagnozy, co jednak nie nastąpiło. Nie ma zatem żadnej wątpliwości, że personel pozwanego szpitala dopuścił się zaniechań. Naruszając prawo powodowa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, pozwany naruszył jego dobra osobiste, co w sprawie nie wymaga szerszego wyjaśnienia.”¹⁸;

- „Błąd diagnostyczny i stanowiący często jego konsekwencję błąd terapeutyczny mogą także skutkować naruszeniem zagwarantowanego w [art. 6 ust. 1](#) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2009.52.417 ze zm.), prawa do świadczeń medycznych, w tym diagnostycznych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8 w/w ustawy).”¹⁹;
- nieprawidłowa diagnostyka, amputacja kończyny dolnej (kwota zadośćuczynienia: 60.000 zł); „Lekarz ten nie wziął pod uwagę konieczności wykonania badań naczyniowych, takich jak angio-TC i USG D.. Lekarz dyżurny po analizie wykonanego zdjęcia RTG kończyn dolnych powoda, które nie wykazało złamań, zalecił konsultację ortopedyczną w najbliższym dniu roboczym. Dopiero na wyraźną prośbę powoda poszkodowanemu wystawiono skierowanie do szpitala w P. na oddział ortopedyczny z racji niestabilności stawu kolanowego, dokąd pacjenta zawiózł A. C. (1). Skierowanie do Szpitala w P. – Oddział (...) zawierało rozpoznanie urazu obu goleni wskutek wypadku przy pracy. (...) Objawy prezentowane przez S. R. (1) zarówno w trakcie pobytu w szpitalu w Ł. jak i w (...) placówce były typowe. Jak wskazał biegły chirurg naczyniowy – diagnostyka tego rodzaju urazów znana być już powinna studentom IV roku studiów na kierunku lekarskim, oczywiście więc mieściła się w zakresie aktualnej wiedzy medycznej. (...) ...powód, który dnia 11 listopada 2017 r. stawił się w szpitalu w Ł. nie otrzymał tam należytej pomocy medycznej, której pilnie potrzebował na skutek doznanego tego samego dnia wypadku. Brak właściwie postawionej diagnozy uniemożliwił wdrożenie właściwej ścieżki leczenia, która finalnie powinna doprowadzić do zabiegu rewaskularyzacji prawej kończyny dolnej na oddziale chirurgii naczyniowej. Co ważne, w przypadku ostrego niedokrwienia prawej

18 Wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu – I Wydział Cywilny z dnia 21.04.2022 r., sygn. akt I C 283/20, SIP Legalis nr 2713306.

19 Wyrok Sądu Rejonowego w Kutnie – I Wydział Cywilny z dnia 31.03.2022 r., sygn. akt I C 519/15, SIP Legalis nr 2685264

kończyny dolnej wskutek zakrzepicy prawej tętnicy podkolanowej i tętnic prawej goleni po urazie zmiążdżeniowym niezwykle ważny jest czas, w jakim pacjent zostanie poddany zabiegowi rewaskularyzacji. Każdy więc błąd personelu medycznego skutkujący opóźnieniem w postawieniu właściwej diagnozy zmniejsza szanse na uratowanie kończyny. Biegły z zakresu chirurgii naczyniowej wskazywał w wydawanych przez siebie opiniach, że po sześciu godzinach od wypadku szanse na uratowanie naruszonej kończyny drastycznie maleją. Brak właściwego rozpoznania przez lekarza szpitala w Ł. był jak najbardziej zawiniony. Obraz kliniczny w tego typu przypadkach jest tak typowy, że praktykujący lekarz bez użycia jakiegokolwiek sprzętu diagnostycznego powinien postawić właściwą diagnozę, skutkiem której powinno być skierowanie pacjenta S. R. (1) na oddział chirurgii naczyniowej. Personel szpitala w Ł. powinien więc rozpoznać uraz tętnicy powoda i niezwłocznie (zapewniając przy tym transport medyczny) skierować pacjenta na oddział chirurgii naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala im. (...) w Ł., dołączając przy tym sporządzoną dokumentację medyczną oraz wdrażając procedury pierwszej pomocy poprzez podanie heparyny niefrakcjonowanej i leku przeciwbólowego. Tak się jednak nie stało, wskutek czego powód został niezasadnie odesłany na oddział ortopedii (...) Centrum Medycznego, co nie miało żadnego uzasadnienia medycznego. Nie zapewniono również powodowi transportu medycznego. (...) W ocenie Sądu naruszenie to miało bowiem charakter rażący, bowiem S. R. (1) nie zapewniono podstawowej diagnostyki, do której niewymagane było chociażby skorzystanie ze skomplikowanej aparatury medycznej. Powód jako pacjent miał prawo oczekiwać, iż udając się z prośbą o pomoc do placówki medycznej, otrzyma w niej profesjonalne świadczenie medyczne, odpowiadające aktualnej (podstawowej!) wiedzy medycznej. Wobec powyższego, tak ukształtowana kwota należnego zadośćuczynienia w pełni rekompensuje naruszenie praw powoda jako pacjenta.”²⁰;

- nieprawidłowa diagnostyka i terapia narządu ruchu po upadku z wysokości (kwota zadośćuczynienia: 5.000 zł); „W dniu 28 lutego 2017 r. J. G. uległ wypadkowi, spadł z wysokości kilku metrów podczas wykonywania pracy zawodowej. (...) S.A. przyznał J. G. kwotę 1.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z naruszeniem praw pacjenta. (...) Lekarz dyżurny (...) A. B. — specjalista chirurgii ogólnej w trakcie udzielania w dniu 28.02.2017 r. pomocy medycznej J. G. popełnił błąd diagnostyczny. Diagnostyka przeprowadzona u powoda była bardzo ograniczona, a badanie przez lekarza (...) było pobieżne. (...) Błędy te polegały na pobieżnym zebraniu wywiadu medycznego, pobieżnym zbadaniu powoda, braku podania środka przeciwbólowego w trakcie pobytu na (...), nie oceniono natężenia bólu, braku weryfikacji diagnozy wstępnej w sytuacji zasłabnięcia powoda podczas oczekiwania na badanie RTG, braku transportu do miejsca zamieszkania. Powód ze znaczną dysfunkcją narządu ruchu miał prawo do takiego transportu. Błędy, których dopuszczono się w postępowaniu w zakresie diagnostyki, rozpoznania i leczenia nie spowodowały jednak negatywnych skutków dla stanu zdrowia powoda, jak i przebiegu dalszego jego leczenia. (...). Sąd (...) uwzględnił fakt, że powód tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta otrzymał wcześniej od ubezpieczyciela pozwanego tj. (...) S.A. świadczenie w kwocie 1.000,00 zł.”²¹;
- nieprawidłowa diagnostyka przez zabiegiem artroskopii kolana (kwota zadośćuczynienia: 30.000 zł); „... braku badania, oceny neurologicznej powódki co najmniej w zakresie obręczy miedniczej w sytuacji, kiedy wiadomo było, iż przebyła czterokrotnie operację w odcinku lędźwiowo – krzyżowym kręgosłupa z powodu zmian zwyrodnieniowo – dys-

20 Wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu – I Wydział Cywilny z dnia 20.01.2022 r., sygn. akt I C 185/18, SIP Legalis nr 2667321.

21 Wyrok Sądu Okręgowego w Suwałkach – I Wydział Cywilny z dnia 21.12.2021 r., sygn. akt I Ca 433/21, SIP Legalis nr 2660044.

kopatycznych. Nadto, konsultacja neurochirurgiczna przed zabiegiem artroskopii kolana lewego nie zawierała jakiegokolwiek oceny fizykalnej, w szczególności neurologicznej powódki po wielokrotnym leczeniu operacyjnym powódki, brak też było adnotacji odnośnie do podanego środka znieczulenia przewodowego - miejsca jego podania w dniu zabiegu. Brak też było badania lekarskiego po deklarowanym w dokumentacji pielęgniarskiej powiadomieniu lekarza 7 listopada 2017 roku braku czucia w obrębie całej goleni i stopy operowanej kończyny dolnej prawej oraz braku czucia skóry i ruchomości kończyny. (...) Reasumując stwierdzić należy, iż ubezpieczony szpital podczas opieki nad powódką w okresie 6 - 7 listopada 2017 roku nie wykonywał swoich obowiązków z należytą starannością, zgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej. Powódka wykazała, że niezgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy przeprowadzono diagnostykę przed zabiegiem, nie wykonano oceny neurologicznej obręczy miedniczej. Powódka wykazała także, że ubezpieczony szpital podał podczas leczenia powódce nieznaną substancję znieczulającą, niewiadomego pochodzenia, rodzaju i miejsca podania. Powódka wykazała wreszcie, że mimo tego, że natychmiast zgłosiła objawy braku czucia po zabiegu, szpital odmówił jej badania lekarskiego.”²²;

- nieprzeprowadzenie właściwego wywiadu lekarskiego, nieuwzględnienie stosowanych przez powódkę leków, błędna profilaktyka antybiotykowa w związku z repozycją złamania podudzia wraz ze stabilizacją płytą AxSOs (kwota zadośćuczynienia: 20.000 zł); „...u powódki I. W. doszło do zakażenia głębokiego miejsca operowanego ze wszczępieniem implantu metalowego. Zakażenie gronkowcem hemolitycznym w miejscu chirurgicznym jest powiązane z szeroko rozumianym sprzętem medycznym i prowadzonymi czynnościami medycznymi. Analiza dokumentacji medycznej z okresu hospitalizacji wskazuje na nieprawidłowo zebrany wywiad lekarski w zakresie stosowanych przez powódkę leków. Powódka zażywała wówczas M. i M. z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów - leki zlecone w oddziale reumatologicznym pozwanego szpitala. Tym samym nie potraktowano powódki jako pacjentki podwyższonego ryzyka zakażenia szpitalnego w związku ze stosowaniem immunosupresji. Ponadto nieprawidłowo przeprowadzono profilaktykę antybiotykową okołoperacyjną podając bolus 2,0 g antybiotyku T. na 5 minut przed cięciem skóry a nie zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego tego leku na 30 minut do 60 minut przed cięciem skóry. Celem tak dokładnej praktyki w tym zakresie jest osiągnięcie maksymalnego stężenia terapeutycznego antybiotyku w skórze w chwili jej cięcia, kiedy to dochodzi do zakażenia pola operacyjnego bakteriami bytującymi na skórze, których zabiegi odkażania skóry nigdy całkowicie nie usuwają. Zebrany dokładny wywiad i wiedza na temat immunosupresji powódki w związku ze stosowaniem leku M. skutkowałyby stosowaniem u powódki przedłużonej do 48 godzin antybiotykoterapii profilaktycznej.”²³.

22 Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi – I Wydział Cywilny z dnia 30.11.2021 r., sygn. akt I C 553/18, SIP Legalis nr 2647724.

23 Wyrok Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim – I Wydział Cywilny z dnia 25.05.2021 r., sygn. akt I C 575/19, SIP Legalis nr 2586014.

Prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (art. 8 u.p.p.).

Obowiązek dochowania należytej staranności stanowi podstawową zasadę wykonywania zawodów medycznych. Co do zasady lekarz odpowiada na zasadzie winy, która może mu zostać przypisana wyłącznie wówczas, gdy wystąpią jednocześnie elementy obiektywne (naruszenie zasad wiedzy medycznej, doświadczenia, deontologii – naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane z uwzględnieniem nauki i praktyki) i subiektywne (odnosi się do zachowania należytej staranności)²⁴.

Celem zdefiniowania pojęcia należytej staranności należy odwołać się do art. 355 k.c. Od personelu medycznego oczekuje się zachowania należytej staranności, w tym od lekarza wymaga się staranności podwyższonej, ponad przeciętną, z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot – zdrowie i życie ludzkie. Zgodnie z ugruntowanym w judykaturze stanowiskiem, w przypadku wykwalifikowanego personelu medycznego nie chodzi o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej dla podobnego personelu medycznego, ale o wysoki poziom przeciętnej staranności, z uwzględnieniem kryteriów staranności zawodowej (kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej)²⁵.

Celem ustalenia nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego - jako punkt odniesienia określić należy obiektywne i abstrakcyjne wzorce dobrego specjalisty, niezależny od indywidualnych właściwości sprawcy, w tym doświadczenia, kwalifikacji, czy predyspozycji. W okolicznościach identycznych jak w przypadku konkretnego stanu faktycznego, wykazać należy, że wzorcowy specjalista – przy zachowaniu należytej staranności, wykorzystaniu wszelkich możliwych metod – uniknąłby zarzucanych mu błędów medycznych, a staranne i zgodne z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej postępowanie personelu medycznego pozwoliłoby uniknąć ew. nieprawidłowości kwalifikowanych zarówno jako tzw. „błędy medyczne”. Zatem w pierwszej kolejności celowe jest ustalenie optymalnego w danych warunkach sposobu postępowania, odpowiednio skonkretyzowanego i aprobowanego społecznie, z którym to modelem postępowania następnie zestawia się zachowanie danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w okolicznościach danego stanu faktycznego, zaś wykazanie, iż zachowanie tegoż podmiotu odbiegało od hipotetycznie ustalonego modelu wskazuje na niedochowanie należytej staranności²⁶. Celem takiego zestawienia jest ustalenie czy postępowanie personelu medycznego w danym przypadku było obiektywnie niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej i miało charakter zawiniony, winą bowiem jest także ignorancja, brak wiedzy, czy kompetencji.

24 Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 18.01.2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12, SIP Legalis nr 617787.

25 zob.: Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.02.2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, SIP LEX nr 786561; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 25.11.2019 r., sygn. akt I ACa 197/18, SIP LEX nr 2877562; Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 24.10.2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13, SIP Legalis nr 877730; Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 18.01.2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12, SIP Legalis nr 617787.

26 W. Borysiak, M. Gąska, *Komentarz do art. 8 PrPacjRPPU*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. III pkt 1.

Standard wykonywania zawodów medycznych, w zależności od okoliczności stanu faktycznego, może podlegać relatywizacji, albowiem – jak podkreśla się w doktrynie – inny będzie standard ustalony dla lekarza wykonującego czynności na miejscu wypadku, zaś inny w klinice uniwersyteckiej²⁷. Wzorzec podlega nadto konkretyzacji, albowiem nie można kształtować wymagań przenoszących obiektywne możliwości w okolicznościach danego stanu faktycznego, z uwzględnieniem dostępnego dla przedstawiciela zawodu medycznego w danych okolicznościach wyposażenia, przy czym na podmioty wykonujące działalność leczniczą nie można nakładać obowiązku posiadania wyposażenia i aparatury medycznej w najwyższym możliwym standardzie²⁸.

Nadmienić należy, że przy tworzeniu wzorca należytej staranności uwzględnia się także szczególnie wysokie kwalifikacje podmiotów uczestniczących w wykonaniu zobowiązania, w szczególności tytuły naukowe i doświadczenie praktyczne²⁹.

Ponadto nadmienić należy, że na wzorzec staranności zazwyczaj nie będzie miało większego wpływu to, czy dany podmiot prowadzi bądź nie działalność gospodarczą, czy też nie, a to ze względu na specyfikę zawodów medycznych³⁰. Zatem wzorzec należytej staranności w przypadku podmiotu zawodowo prowadzącego działalność leczniczą w ramach działalności gospodarczej (art. 355 § 2 k.c.) nie powinien co do zasady różnić się od wzorca przyjętego dla np. lekarza zatrudnionego w zakładzie leczniczym w oparciu o umowę o pracę. Zgodnie z ugruntowanym w judykaturze stanowiskiem „Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.”³¹; przy czym „Należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, którą określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności, nie oznacza staranności wyjątkowej, lecz dostosowanej do działającej osoby, przedmiotu, jakiego działanie dotyczy, oraz okoliczności w jakich działanie to następuje”³².

Niemniej jednak w doktrynie wskazuje się, że budowa wzorca należytej staranności na tle art. 355 § 2 k.c. wiąże się z celowością definiowania należytej staranności w stosunkach danego rodzaju przy uwzględnieniu odniesienia do wiedzy, doświadczenia, umiejętności praktycznych – wymaganych od podmiotu podejmującego się prowadzenia określonej działalności. Podkreśla się, że od takich osób oczekiwania są wyższe, aniżeli w stosunku do osób, które zawodowo działalność gospodarczej nie prowadzą. Zgodnie z oczekiwaniami, osoba prowadząca zawodowo działalność legitymować powinna się większą wiedzą, bogatszym doświadczeniem, powinna cechować ją większa rzetelność i zdolność przewidywania, sumienność, powinna postępować zgodnie z regułami fachowej aktualnej wiedzy.³³

27 W. Borysiak, M. Gąska, *Komentarz do art. 8 PrPacjRPPU*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. III pkt 4 (i powołana tam literatura).

28 W. Borysiak, M. Gąska, *Komentarz do art. 8 PrPacjRPPU*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. III pkt 5 (i powołane tam literatura i orzecznictwo).

29 Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 10.02.2010 r., sygn. akt VCSK 287/09, SIP Legalis nr 350667.

30 W. Borysiak, M. Gąska, *Komentarz do art. 8 PrPacjRPPU*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. III pkt 17 (i powołana tam literatura).

31 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu – I Wydział Cywilny, sygn. akt I ACa 1274/13, SIP Legalis nr 804684; podobnie: Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach – V Wydział Cywilny z dnia 31.03.2015 r., sygn. akt V ACa 713/14, SIP Legalis nr 1241933.

32 Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 25.09.2002 r., sygn. akt I CKN 971/00, SIP Legalis nr 58664.

33 W. Borysiak, M. Gąska, *Komentarz do art. 8 PrPacjRPPU*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. 1, SIP Legalis 2020, cz. III pkt 19-20.

Należyta staranność podmiotów wykonujących działalność leczniczą, mając na uwadze zakres ich kwalifikacji zawodowych, oznacza także obowiązek zasięgnięcia opinii właściwego specjalisty lub zwołania konsylium³⁴, oraz – zgodnie z zasadą niepodejmowania przez osoby wykonujące zawód medyczny czynności spoza zakresu ich kwalifikacji – obowiązek powstrzymywania się od podejmowania czynności wykraczających poza kwalifikacje i specjalizację danego (tu:) lekarza³⁵.

Tytułem przykładu – wg orzecznictwa polskich sądów powszechnych:

- „...nagannym zachowaniu pracowników pozwanego, którzy nie interweniowali w sposób adekwatny do znanych im i odnotowanych w dokumentacji faktów (treść jelitowa w drenie), oraz zgłaszanych subiektywnych odczuć pacjenta (pogorszenie samopoczucia). Na tej podstawie można wnioskować, że bez uzasadnionej przyczyny złamali obowiązujące ich standardy postępowania. Opisane zaniechania personelu stanowią naruszenie normatywnego wzorca postępowania lekarza. Ustalona przez Sąd Apelacyjny wina obejmuje zarówno aspekt obiektywny - czyny okazały się niezgodne z ustawowymi gwarancjami należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ([art. 8](#) Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), oraz subiektywny - sprawcy, bez istotnej przyczyny, nie dołożyli wymaganej staranności przy leczeniu pacjenta (niedbalstwo), co należy ocenić jako zachowanie naganne.”³⁶;
- „...rozmiar (...) cierpień fizycznych i psychicznych. (...) powódka związała się z bólu, miała silne zawroty głowy i skręcała się w kłębek siedząc na tylnym siedzeniu samochodu podczas transportu do szpitala (...). Jej stan fizyczny i psychiczny pogarszał się z godziny na godzinę, męczyła się nie wiedząc co jej dolega i nie znajdując skutecznej pomocy lekarskiej. (...) stosownym zadośćuczynieniem, które stanowi odpowiednią rekompensatę za ból i cierpienie odczuwane przez powódkę przez wiele godzin w dniu (...) jest kwota 10.000 zł.”³⁷;
- „...pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta (...). Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie daje podstawy do stwierdzenia, że (...) prawo powódki do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należyłą starannością zostały naruszone. (...) w trakcie wizyty (...) nie dołożył należytej staranności w ocenie sytuacji klinicznej, nie dokonał prawidłowego zdiagnozowania stanu zdrowia powódki. Pozwany nie potwierdził postawionego rozpoznania badaniem USG i np. zleceniem OB i prokalcytoniny, nie uwzględnił w rozpoznaniu różnicowym innych chorób związanych z opisywanymi objawami (uczucie powiększenia brzucha, brzuch wzdęty). Stan kliniczny i ocena zmian u powódki dokonana (...) w Szpitalu (...) wskazywała na guzy obustronne przydatków, każdy wielkości 1,5 pięści i wodobrzusze, a zatem była znacząco inna niż wskazana na wizycie (...). Przy czym nie jest możliwe, aby w bliskim czasie (7 dni) sytuacja ginekologiczna nie była zbliżona. Te ewidentne patologiczne zmiany nie powinny umknąć pozwanemu zarówno w badaniu

34 Art. 37 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516).

35 M. in.: art. 10 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

36 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku – I Wydział Cywilny z dnia 16.09.2015 r., sygn. akt I ACa 34/15, SIP Legalis nr 1359115.

37 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku – I Wydział Cywilny z dnia 21.01.2015 r., sygn. akt I ACa 709/14, SIP Legalis nr 1195404.

ginekologicznym jak i w USG, tym bardziej, że powódka była szczupłej budowy ciała. Powódka powinna być skierowana do szpitala. W ocenie praktycznej niemożliwe jest nie wybadanie opisanych w trakcie operacji guzów obu jajników i wodobrzusza. Krzywda powódki, wynika z naruszenia jej dóbr osobistych (...). ...szkoda niemajątkowa powódki wyraża się w samym przedłużeniu procesu rozpoznania zmian świadczących o procesie nowotworowym i tym samym w wydłużeniu procesu leczenia, a przez to w narażeniu jej zdrowia i życia. (...) Nadto nie bez znaczenia przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jest stopień winy pozwanego, która miała charakter nieumyślny. Z psychologicznego punktu widzenia okres tygodnia w opóźnieniu rozpoznania choroby nie miał wpływu na stan psychiczny powódki. Nadto należy podkreślić, iż u powódki widoczne są mechanizmy obronne psychiki (wyparcie) łagodzące cierpienia psychiczne. Uwzględniając powyższe okoliczności, w tym ograniczony czasowo charakter naruszeń, Sąd uznał za odpowiednią kwotę zadośćuczynienia w wysokości 5.000 zł.”³⁸;

- „...postępowanie diagnostyczne w pozwanym Szpitalu nie było prawidłowe ze względu na brak rozpoznania zacielenia w okolicy dolnego bieguna wnęki lewej, a w konsekwencji sporządzenie nieprawidłowego opisu zdjęcia RTG z dnia 22 listopada 2012 roku. Na zdjęciu widoczne było zacielenie i winno ono znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w opisie badania. Co więcej, opis badania powinien zawierać zalecenie dalszej diagnostyki. (...) Skoro jednak na zdjęciu RTG można było dostrzec zacielenie, a nie znalazło ono odzwierciedlenia w opisie, to nie sposób przyjąć aby badanie to przeprowadzono z należytą starannością. (...) Wskazać należy, że o ile zgłaszane przez M. S. (2) dolegliwości oraz inne choroby na które chorowała, nie dawały podstawy do poszerzenia diagnostyki w kierunku rozpoznania choroby nowotworowej oraz prawidłowo rozpoznano i leczono u M. S. (2) ropowicę dna jamy ustnej, to błędna ocena zdjęcia RTG stanowiła przyczynę niewłaściwej diagnozy pacjentki. (...) W ocenie Sądu mając na uwadze zakres cierpień M. S. (2), jej obawy o swój stan zdrowia wyrażający się w poszukiwaniu pomocy u wielu specjalistów, utratę zaufania do lekarzy, a także samą konieczność samodzielnego poszukiwania pomocy u innych lekarzy, kwotą adekwatną jest kwota 30 000 zł zadośćuczynienia. Sąd mając na uwadze, że w prawa zmarłej powódki wstąpili J. S., M. S. (1) i A. S., zasądził na rzecz każdego z powodów kwotę 10 000 zł, a w pozostałej części powództwo oddalił.”³⁹.

38 Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi – II Wydział Cywilny z dnia 23.04.2018 r., sygn. akt II C 1497/14, SIP Legalis nr 2063912.

39 Wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie – I Wydział Cywilny z dnia 20.07.2020 r., sygn. akt I C 548/15, SIP Legalis nr 2467624.

ROZDZIAŁ 2

Prawa do świadczeń zdrowotnych określone w art. 7 u.p.p.

PRZEMYSŁAW PIETRZAK

KAROLINA DOBROWOLSKA

Wprowadzenie

Art. 7 u.p.p. wskazuje na prawa pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz na prawo pacjentki do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem. Wskazać trzeba, że ustawodawca zdecydował się w tym miejscu na uregulowanie powyższego w ramach dwóch osobnych ustępów. Wyodrębnienie prawa pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia w ramach osobnej jednostki redakcyjnej ma swoje uzasadnienie w istotnej różnicy między z prawem pacjentki do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem - niewątpliwie nie wiąże się ono (zgodnie z normalnymi skutkami porodu) ze stanem zagrożenia zdrowia lub życia, jednak jednocześnie jest to okoliczność uzasadniająca w opinii ustawodawcy również przyznanie prawa do świadczeń zdrowotnych. Warto wskazać, że w odróżnieniu od prawa pacjenta z ust. 1 nie ma tutaj mowy o natychmiastowym udzieleniu świadczenia zdrowotnego, jednakże świadczenie ma być uzyskane w związku z porodem. Przyjąć można, że brak świadczenia zdrowotnego wbrew woli pacjentki do skorzystania z przysługującego jej prawa mógłby stanowić naruszenie art. 7 ust. 2 u.p.p. Podnosi się, że przepis nie wskazuje, że poród ten ma się odbywać w szpitalu. W związku z tym nie jest formalnie uwarunkowane otrzymywanie przez ciężarną świadczeń zdrowotnych w przypadku podjęcia przez niej decyzji o tzw. porodzie domowym. Jej decyzja powinna być jednak samodzielna, a także powinny być wobec niej spełnione obowiązki informacyjne⁴⁰, aktualnie przewidziane rozporządzeniem . w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴¹.

Jednocześnie podkreślenia wymaga, że w przypadku komplikacji okołoporodowych mogących powodować zagrożenie zdrowia lub życia byłaby ona osobą uprawnioną również z tytułu ust. 1 tego artykułu. Warto również wskazać na aspekt dziecka mającego się dopiero narodzić (nasciturusa), gdyż również naruszenie jego prawa do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia może w konsekwencji wiązać się z odpowiedzialnością deliktową⁴².

Wreszcie, co nie mniej istotne, podkreślenia wymaga, że konieczność uregulowania powyższych spraw w drodze ustawowej wynika z przepisów Konstytucji RP:

40 M. Boratyńska, *Standardy opieki w ciąży fizjologicznej [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, SIP LEX.

41 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1324).

42 Art. 4461 w zw. z art. 415 k.c.

„Art. 68. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

(...)”⁴⁵.

Wskazuje się jednakże, że w przypadku osób nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych istnieje możliwość obarczenia kosztami udzielonego świadczenia samego świadczeniobiorcy, wobec wątpliwej możliwości obciążenia nimi Skarbu Państwa⁴⁴.

Podmiot uprawniony do świadczeń zdrowotnych

Istotne jest także określenie komu dokładnie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej. Jak wskazuje Sąd Najwyższy zgodnie z „art. 15 ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty świadczenia opieki zdrowotnej powinny być spełniane na rzecz każdej osoby, choćby nieuprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych na gruncie ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podobnie należy ocenić obowiązek przewidziany w art. 33 ust. 1 w związku z art. 1 ustawy z 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz art. 7 ust. 1 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”⁴⁵. Oznacza to, że świadczenia, o których mowa w art. 7 ust. 1 u.p.p. mogą być potencjalnie otrzymane przez każdego, a więc podmiotem uprawnionym może być każdy człowiek.

Do świadczeń opieki zdrowotnej uprawniony jest również płód⁴⁶. Może on je otrzymywać pośrednio, poprzez opiekę okołoporodową sprawowaną nad matką, jak również bezpośrednio np. poprzez operacje przeprowadzane w łonie matki⁴⁷.

Rodzaje świadczeń wchodzących w zakres pojęcia

świadczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 7 u.p.p.

Wyczerpujące określenie jakie świadczenia wchodzą w zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 7 u.p.p. nie jest oczywiście możliwe ze względu na permanentny i nieprzerwany rozwój wiedzy medycznej. Słowniczek ustawowy odsyła w tym przypadku do przepisów ustawy o działalności leczniczej⁴⁸. Zgodnie z nią świadczenie zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Powyższe oznacza, że nie tylko okoliczności związane z postępowaniem naukowym

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

44 Wyrok Sądu Najwyższego z 15 lutego 2018 r., IV CSK 75/17, LEX nr 2507098.

45 Ibidem.

46 E. Wasilewska, *Zobiektywizowany sposób oceny rozmiaru krzywdy przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz poszkodowanego pacjenta*, „Ius Novum”, nr 3 (2017), s. 115.

47 Ibidem, s. 115.

48 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).

i rozwojem rynku medycznego mają wpływ na zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego, ale także mają tu znaczenie czynniki prawne. Wszystko to prowadzi do wniosku o kształtowaniu rozumienia tej podstawowej terminologii ustawowej w sposób relatywnie łatwy do modyfikacji.

Rodzaje kryteriów mogących powodować naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych

Uzyskiwanie wskazanych w poprzednim podrozdziale świadczeń zdrowotnych może oczywiście wiązać się, w przypadku naruszenia praw pacjenta, z odpowiedzialnością cywilnoprawną. Wskazać jednak trzeba, że nie może uzyskać statusu poszkodowanego jako pacjent osoba, wobec której usługi o charakterze podobnym do świadczenia zdrowotnego były realizowane przez podmioty lub osoby do tego nieuprawnione. Nie uzyska takiego statusu również osoba, która tylko przebywała w podmiocie leczniczym przykładowo jako odwiedzający tamtejszych pacjentów⁴⁹.

- **NIEPRAWIDŁOWA DIAGNOZA**

Do naruszeń prawa pacjenta z art. 7 ust. 1 u.p.p., mogących w konsekwencji doprowadzić do skutków wręcz dla niego tragicznych, należy nieprawidłowa diagnoza. Przykładem niech będzie sprawa zawisła przed Sądem Apelacyjnym w Lublinie. Jak wskazano w orzeczeniu „już na etapie postępowania diagnostycznego toczącego się w pozwanym Szpitalu wystąpiły nieprawidłowości w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w postaci opóźnienia w postawieniu właściwego rozpoznania i co za tym opóźnionego wdrożenia właściwych procedur terapeutycznych, niewłaściwej oceny klinicznej zmiany pierwotnej jako kaszak oraz, że opóźnienie to było związane z brakiem weryfikacji badania histopatologicznego zmiany skórnej usuniętej (...) po upływie okresu koniecznego na wykonanie tego badania”. Biegły chirurg oceniając prawidłowość procesu leczenia powołał na błędną pierwotną ocenę kliniczną guza, a następnie na niepodjęcie właściwych działań terapeutycznych w momencie uzyskania wyniku histopatologicznego. Nadto wyjaśnił, że lekarz leczący mimo nie zgłoszenia się chorego po wynik badania histopatologicznego, mógł próbować powiadomić go o konieczności dalszego kompleksowego leczenia procesu nowotworowego.

Gdy ten w związku z odczuwanymi symptomami pogorszenia stanu zdrowia powód zgłosił się do pozwanego szpitala po upływie kilku miesięcy, to nawet wtedy nie dołączono nadesłanych już do placówki wyników badania histopatologicznego. W tym czasie prowadzone było wyłącznie leczenie antybiotykowe i żaden z lekarzy nie wykazał należytej staranności w celu zdiagnozowania przyczyn utrzymujących i postępujących w czasie dolegliwości. Podjęcie prawidłowej diagnostyki i właściwego leczenia nastąpiło dopiero, kiedy powód sam odebrał wyniki tego badania⁵⁰.

- **UNIEMOŻLIWIENIE SKORZYSTANIA ZE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO W ZWIĄZKU Z PORODEM**

Taka sytuacja zgodnie ze stanowiskiem Sądu Okręgowego w Gliwicach nie powoduje naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 7 u.p.p. Jak wynika z orzeczenia, powódka została przyjęta do szpitala pozwanej, a podjęte wobec niej działania medyczne związane z porodem były zgodne ze sztuką lekarską. Ustalono, że u po-

49 E. Wasilewska, *Zobiektywizowany sposób oceny...*, op. cit., s. 103; M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015, s. 73 i 74.

50 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 22 listopada 2018 r., I ACa 102/18, LEX nr 2657044.

wódki nie było medycznych wskazań do zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie porodu, a nie stanowi to także standardowego postępowania. Nieudzielenie go nie jest zatem w tym przypadku naruszeniem prawa powódki do uzyskania świadczeń związanych z porodem. Jednocześnie wskazano, że wskazania medyczne do jego zastosowania istniałyby w razie zaleceń kardiologicznych, okulistycznych, neurologicznych, czy psychiatrycznych⁵¹. Z powyższego wynika, że w przypadku zaistnienia takich dodatkowych okoliczności orzeczenie mogłoby potwierdzić naruszenie art. 7 ust. 2 u.p.p.

- **BRAK KONSULTACJI LEKARSKIEJ**

Brak konsultacji lekarskiej z przyczyn organizacyjnych rozpatrywać można w kontekście winy w organizacji uzasadniającej odpowiedzialność z tytułu naruszenia art. 7 ust. 1 u.p.p. Jest nią takie błędne zorganizowanie procesu pracy szpitala, centrum medycznego, ośrodka zdrowia lub innej placówki medycznej, w wyniku którego dochodzi do naruszenia praw pacjenta np. w postaci wyjawienia tajemnicy lekarskiej, danych osobowych pacjenta, prawa do kontaktu z innymi osobami, nieudzielenia pomocy pacjentowi lub udzielenia pomocy zbyt późno, a także udzielenia pomocy w sposób niewłaściwy. W sprawie zawisłej przed Sądem Okręgowym w Warszawie doszło również do naruszenie obowiązku kontraktowego – powód będący pacjentem zawarł z podmiotem leczniczym umowę zabezpieczając swoje prawo do świadczeń w podwójny sposób.

Na gruncie omawianego przypadku pacjent nie został przyjęty przez lekarza podmiotu leczniczego po wystąpieniu powikłań w związku z przeprowadzonym w tym podmiocie zabiegiem. Na skutek istniejących problemów z organizacją w zarządzaniu - w tym w szczególności z umawianiem pacjentów na pilne, związane z powikłaniami, wizyty i konsultacje - powód zmuszony był zasięgać porad u innych okulistów, a ostatecznie przejść witrektomię w innym podmiocie, choć jak wynika z dokonanych przez orzekający w sprawie sąd ustaleń faktycznych pozwany był w stanie przeprowadzić taki zabieg u siebie. Ponadto na odpowiednim etapie możliwe byłoby wdrożenie leczenia polegającego na podaniu antybiotyków do gałki ocznej, co jest najczęściej stosowaną metodą leczenia w większości przypadków takiego rodzaju powikłań, jakie wystąpiły u powoda. Istotnym jest również fakt, że w przypadku gdyby zastosowana aplikacja antybiotyku okazała się skuteczna nie byłoby konieczności przeprowadzenia witrektomii.

Z powyższego wynika, że pozwany podmiot posiadał możliwości - wiedzę i doświadczonego lekarza - zapobieżenia takiemu rozwojowi wypadków jaki wystąpił, jednak z uwagi na błędy w organizacji procesu zarządzania i organizacji procesu leczenia, naruszyło prawa powoda jako pacjenta pozwanego.

Na gruncie omawianej sprawy wina w organizacji polegała, więc na niezorganizowaniu dostępu do usług medycznych dla swojego pacjenta (będącego jednocześnie w relacji z pozwanym konsumentem), w taki sposób, aby zmniejszone zostało ryzyko utraty zdrowia, powstania szkody lub rozstroju w zdrowiu pacjenta, na skutek wystąpienia powikłań.

Sąd orzekający zauważa, że właściwe zorganizowanie pracy centrum medycznego można osiągnąć przede wszystkim poprzez skrócenie do niezbędnego minimum czasu oczekiwania na wykonanie usługi medycznej, a także zapewnienie, że usługa ta świadczona będzie efektywnie, tzn. przez personel posiadający stosowne kwalifikacje, doświadczenie, umiejętności i cechy⁵².

51 Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z 14 października 2016 r., III Ca 1280/15, LEX nr 2156231.

52 Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 18 maja 2016 r., XXV C 636/14, LEX nr 2088141.

- **OPÓŹNIENIE W DIAGNOSTYCE**

Naruszeniem art. 7 ust. 1 u.p.p. może być także opóźnienie w diagnostyce. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi naruszenie praw pacjenta następuje, gdy nie dochodzi nawet do błędu lekarskiego, a diagnoza jest postawiona prawidłowo, ale proces do niej prowadzący się przedłuża. Jest to bowiem niezgodne ze wspomnianym przepisem prawa, gdzie świadczenia zdrowotne udzielane ze względu na stan zagrożenia zdrowia lub życia mają być udzielane natychmiastowo. Tak nie było w okolicznościach przytoczonej sprawy.

Jak wskazano, po przyjęciu powódki na oddział obserwacyjno - izolacyjny w dniu 1 lutego 2011 r., wobec zgłaszanych dolegliwości, między innymi, krwistych wymiotów oraz stanu gorączkowego, wdrożono prawidłowe postępowanie medyczne, odpowiadające standardom medycznym w tym zakresie. W pierwszej kolejności powódce zostały wykonane podstawowe badania takie jak badanie morfologii krwi, które było powtarzane tego dnia w godzinach wieczornych, badanie ogólne moczu. Nadto powódka, w związku z przeprowadzonym kilka dni wcześniej zabiegiem laryngologicznym, została dwukrotnie zbadana przez lekarza laryngologa. Wobec nie stwierdzenia przez powyższych cech świeżego krwawienia w nosogardle, powódka została skierowana do dalszej diagnostyki, w trakcie której przeprowadzono badanie usg brzucha oraz konsultację chirurgiczną, celem wykluczenia krwawienia z przewodu pokarmowego. Podjęte w toku procesu diagnostycznego czynności były zasadne i celowe. Tym niemniej ostateczną diagnozę w przypadku powódki postawiono dopiero po przewiezieniu jej do innego podmiotu leczniczego. Tam zlecono przeprowadzenie rewizji pola operacyjnego w znieczuleniu ogólnym podczas którego ustalono źródło krwawienia, usunięto krwawiącą resztkę tkanki migdałkowej oraz skoagulowano część w nosogardle⁵³.

- **BRAK ZDOLNOŚCI Z PRZYCZYN ORGANIZATORSKICH DO NATYCHMIASTOWEGO UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH RATUJĄCYCH ŻYCIE**

Zgodnie z poglądem Naczelnego Sądu Administracyjnego „działania organizatorskie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które pozbawiają podmiot zdolności do realizacji tego prawa pacjenta przez niezapewnienie obsady personalnej mającej zdolność do natychmiastowego udzielenia świadczenia ratującego pacjentowi życie jest praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjenta” i przez to powoduje naruszenie art. 7 ust. 1 u.p.p.

Wskazać równocześnie trzeba, że wykonania przez zespół ratownictwa medycznego nakazu prawnego regulującego kolejność wyboru miejsca transportowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wg najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalny oddział ratunkowy (bez oczekiwania na dyspozycje medycznego dyspozytora lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego) nie może stanowić podstaw do odstąpienia od wykonywania obowiązku przez podmiot leczniczy z przyczyn organizacyjnych. W związku z powyższym Zmiana wyboru miejsca transportu przez brak gotowości podmiotu leczniczego udzielenia świadczenia ratującego życie, nie może stanowić okoliczności uzasadniającej ocenę praktyki podmiotu leczniczego jako nie naruszającej zbiorowe prawa pacjentów⁵⁴.

53 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 10 czerwca 2016 r., I ACa 1767/15, LEX nr 2069290.

54 Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 stycznia 2017 r., II OSK 2619/16, LEX nr 2201921.

Naruszenie zbiorowych praw pacjentów

Jak zostało to wskazane wcześniej, pacjent może być uważany również za konsumenta. Oznacza to, że ochrona jego interesów może podlegać jednocześnie ochronie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów na podstawie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów⁵⁵. Trzeba jednak zauważyć, że zbiorowe prawa pacjenta nie oznaczają w żadnym wypadku sumy jednostkowych praw pacjentów⁵⁶.

Zgodnie z art. 59 u.p.p. jednym z zachowań prowadzących do naruszenia zbiorowych praw pacjentów są bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Jak podkreśla Dorota Karkowska, wyżej wspomniana praktyka ma polegać na zachowaniu bezprawnym oraz zorganizowanym. Bezprawność ma być zachowaniem sprzecznym z prawem, zasadami współżycia społecznego lub niedopełnieniem obowiązku wynikającego z normy prawnej, orzeczenia sądowego lub zobowiązania. Z kolei zachowanie zorganizowane oznacza zaplanowanie czegoś i przeprowadzenie jakiegoś działania lub powstrzymanie się od jakiegoś działania, czyli co najmniej przewidywanie danego stanu rzeczy. Co istotne, przepis nie wskazuje na zawinienie tego zachowania jako przesłanki odpowiedzialności podmiotu odpowiedzialnego – zastosowanie przepisów dotyczących naruszenia zbiorowych interesów pacjentów następuje w wyniku samego stwierdzenia naruszenia przepisów ustawy⁵⁷.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela w orzecznictwie sądowym

Podmioty prowadzące działalność leczniczą mają obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC. Jednakże wskazać trzeba, że w związku z rozwojem rynku usług medycznych, a także zwiększającym się prawdopodobieństwem zasądzenia wyższego odszkodowania i zadośćuczynienia niż przewidziane jest to umowną sumą gwarancyjną pojawiają się również umowy dobrowolnego ubezpieczenia zawodowego OC.

Wskazać jednocześnie należy, że niestety wysokość proponowanych w toku postępowania likwidacyjnego przez ubezpieczycieli podmiotów leczniczych odszkodowań i zadośćuczynień pozostają wciąż niejednokrotnie na poziomie rażąco zaniżanym. Przykładem niech będzie wspomniany wcześniej wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie dotyczący przypadku nieprawidłowej diagnozy. Ubezpieczyciel pierwotnie zaproponował i wypłacił na rzecz jednego z powodów kwotę 8000 zł tytułem zadośćuczynienia, ostatecznie na jego rzecz zasądzono kwotę 14000 zł⁵⁸.

Podsumowanie

Zagadnienie dostępu do świadczeń wskazanych w art. 7 ust. 1 i 2 u.p.p. pozostaje istotne z punktu widzenia ratowania życia i zdrowia ludzkiego. Jak jednak wynika z powyższych rozważań, mimo upływu lat ich interpretacja wciąż pozostaje nie zawsze oczywista, a rozwój technologii i wiedzy medycznej, a także rynku usług medycznych dostarcza stale nowych i nie mniej skomplikowanych stanów faktycznych. Istotną rolę w dostosowywaniu praktyki prawa do wyzwań

55 D. Karkowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. III, Warszawa 2016, art. 59, SIP LEX.

56 R. Bryzek [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, SIP LEX, art. 59.

57 D. Karkowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta...*, op. cit., art. 59.

58 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 22 listopada 2018 r., I ACa 102/18, LEX nr 2657044.

współczesności odgrywają poglądy doktryny prawa oraz stanowiska judykatury wyrażane w orzeczeniach sądowych. Nie należy zapominać również o biegłych pochodzących z samego środowiska lekarskiego, bowiem nierzadko ich fachowa opinia ma istotny wpływ na ocenę stanu faktycznego przez prawników.

W związku z przymusem adwokacko-radcowskim wynikającym z przepisów postępowania cywilnego, a także częstym kwestionowaniem przez pozwanych orzeczeń sądów pierwszej instancji, konieczne może okazać się zaangażowanie profesjonalnego pełnomocnika. Pomoc specjalisty pozwala także na szczegółową analizę skomplikowanego stanu faktycznego i prawnego danej sprawy.

ROZDZIAŁ 3

Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz orzecznictwa

RADCA PRAWNY DR TYMOTEUSZ ZYCH

Zagadnienia wstępne

Wśród katalogu praw pacjenta jaki ustawodawca zawarł w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa pacjenta (Dz. U. z 2022 r., poz. 1876 t.j. z dnia 06.09.2022 r., dalej jako: „ustawa o prawach pacjenta” lub „u.p.p.”) obok tak podstawowych kwestii jak prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 6-8 u.p.p.), prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, czy właśnie przysługujących mu prawach pacjenta (art. 9-12 u.p.p.), jednym z fundamentalnych praw pacjenta wydaje się być prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody.

Regulacje w tym zakresie znajdujemy w rozdział 5 ustawy o prawach pacjenta, gdzie art. 15-19 jasno wskazują, że co do zasady każde świadczenie zdrowotne powinno być udzielone pacjentowi wyłącznie za jego zgodą. Dla świadomego i ważnego wyrażenia takiej zgody (albo jej odmowy) niezbędne jest przekazanie pacjentowi zrozumiałej informacji o jego stanie zdrowia, przedstawienie możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, ich możliwych następstwach, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 16 u.p.p. w zw. z art. 9 ust. 2 u.p.p.).

Prawo do wyrażenia zgody na każde z udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych w oczywisty sposób obejmuje także prawo do niewyrażenia takiej zgody. Zasadą jest, że żadnego świadczenia zdrowotnego nie można nikomu narzucić bez jego zgody⁵⁹. Wyjątkiem są skrajne, usprawiedliwione przypadki - wówczas lekarz może podjąć decyzję o interwencji medycznej bez zgody pacjenta, przy czym każdy przypadek takiego działania wymaga wskazania, że opinia pacjenta o postępowaniu terapeutycznym jest niedostępna (np. pacjent jest nieprzytomny, a jego życiu grozi niebezpieczeństwo).

Zarówno kwestia wyrażenia świadomej zgody przez pacjenta, jak i zakres i sposób przekazywania informacji określonych w art. 9 ust. 2 u.p.p., sposób wyrażenia odmowy zgody na świadczenie zdrowotne, formalne udokumentowanie tych oświadczeń, czy wreszcie sytuacje uzasadniające podjęcie przez lekarza interwencji medycznej bez zgody, a nawet wbrew woli pacjenta budzą wiele wątpliwości natury prawnej. Przepisy te stwarzają szerokie pole interpretacyjne, przy czym sąd oceniając zgodność z prawem konkretnych wydarzeń musi brać pod uwagę zarówno aspekt prawnych zobowiązań ciążyących na personelu medycznych, jak i specyfikę działania i dynamizm sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, przy jednoczesnym zachowaniu wysokich standardów ochrony praw pacjenta.

⁵⁹ Szerzej o autonomii pacjenta zob. D. Karkowska, B. Kmiecik [w:] E. Bielak-Jomaa, G. Błażewicz, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, A. Nowak, D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, art. 16, SIP LEX.

Co oznacza „prawo do wyrażenia zgody” zawarte w art. 16 u.p.p.?

Pełna informacja warunkiem *sine qua non*

W myśl art. 16 ustawy o prawach pacjenta „[p]acjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”, tj. w szczególności przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi osobę udzielającą informacji uprawnieniami (art. 9 ust. 2 u.p.p.).

Nie ulega wątpliwości, że zastrzeżenie przez ustawodawcę, że wyrażenie zgody na świadczenie zdrowotne (albo jej odmowa) może nastąpić dopiero po udzieleniu pacjentowi wskazanych w ustawie informacji zostało wprowadzone do art. 16 u.p.p. jako warunek ważności zgody wyrażanej przez pacjenta. W przypadku braku przekazania którejkolwiek z informacji mieszczących się w zakresie art. 9 ust. 2 u.p.p. nie sposób bowiem twierdzić, że pacjenta udzielający lub odmawiający swej zgody na konkretne świadczenie zdrowotne został w odpowiedni sposób poinformowany o swojej sytuacji zdrowotnej, a co za tym idzie miał możliwość świadomego podjęcia decyzji o podjęciu, kontynuacji, czy odmowie leczenia.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 czerwca 2020 r., sygn. akt V ACa 89/20

„Lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę nie dotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody (...). Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu.”

Pozbawienie pacjenta którejkolwiek ze wskazanych w art. 9 u.p.p. informacji (lub jej części) oznacza *de facto* i *de iure* właśnie pozbawienie pacjenta „prawa do wyrażenia zgody”, o którym mowa w art. 16 u.p.p.

Naruszenie art. 16 u.p.p. a odpowiedzialność cywilna

Naruszenie prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowi w znacznej części przypadków zawinione naruszenie praw pacjenta, co zgodnie z art. 4 ust. 1 u.p.p. pozwala na dochodzenie przez poszkodowanego odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1360 t.j. z dnia 29.06.2022 r., dalej jako: „kodeks cywilny” lub „k.c.”).

Równoległe naruszenie prawa pacjenta do wyrażenia zgody o której mowa w art. 16 u.p.p. może stanowić także podstawę do roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych, bowiem art. 23 kodeksu cywilnego udziela ochrony prawnej m.in. takim dobrom, jak wolność czy prywatność⁶⁰, które to niewątpliwie mogą ulec naruszeniu w przypadku naruszenia art. 16 u.p.p.

Jednocześnie warto wskazać, że w prawie cywilnym przyjmuje się, że zgoda należy do okoliczności wyłączających bezprawność naruszenia dóbr osobistych⁶¹. Dla osiągnięcia takiego skutku **zgoda ta musi być jednak ważna i skuteczna.**

Aby zgoda była ważna, jak wskazano wyżej, musi zostać spełniony warunek poinformowania pacjenta w sposób pełny i zrozumiały dla niego o jego stanie zdrowia i wszelkich aspektach związanych z leczeniem jakie zostały określone w art. 9 ust. 2 u.p.p.

Odnosnie zaś skuteczności zgody M. Filar wskazał na ogólne warunki jakie zgoda pacjenta powinna spełniać, by można było uznać ją za skuteczność. Przede wszystkim osoba, która wyraża zgodę na określoną ingerencję w sferę prawnie chronionych dóbr musi być ich dysponentem, musi być uprawniona do jej udzielenia. Należy w tym miejscu podkreślić, że nawet w przypadku dzieci (osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych), czy osób z zaburzeniami psychicznymi zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest co do zasady wymagana, przy czym istotne jest także udzielenie informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. Po drugie, czynność, która stanowi przedmiot zgody, nie może sprzeciwiać się ustawie lub zasadom współżycia. Oznacza to, że udzielane świadczenie zdrowotne nie może być sprzeczne sprawę lub z tzw. zasadami współżycia społecznego. Wykluczone jest zatem np. przeprowadzenie aborcji w przypadkach niewypełniających znamion dopuszczalności przerwania ciąży przewidzianych w art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płody ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 2022 r., poz. 1575 t.j. z dnia 27.07.2022 r). Trzecim warunkiem ogólnym skuteczności zgody jest wyrażenie zgody w sposób świadomy. Zgoda musi stanowić wynik integralnej i swobodnej decyzji osoby ją składającej, z zatem nie może być ona wyrażona pod wpływem przymusu, błędu lub w stanie psychicznym uniemożliwiającym jej wyrażenie. Wreszcie, zgoda musi być wyrażona w stosownej formie – w zależności od okoliczności i wymogów przewidzianych w ustawie, niekiedy wystarczająca będzie forma ustna, a nawet dorozumiana (jednak wciąż przy jednoczesnym zachowaniu wszystkich pozostałych wymogów!), w niektórych zaś przypadkach skuteczna będzie jedynie zgoda wyrażona w formie pisemnej⁶².

Naruszenie art. 16 u.p.p. a odpowiedzialność karna

W myśl art. 192 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 t.j. z dnia 30.05.2022 r., dalej jako: „kodeks karny” albo „k.k.”): „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez

60 Por. np. S. Kalus [w:] M. Fras, M. Habdas (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna (art. 1-125)*, Warszawa 2018, art. 23, SIP LEX.

61 M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 34; Op. cit., D. Karkowska, B. Kmieciak [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, art. 16, SIP LEX.

62 M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 249; M. Filar, M. Berent [w:] J. Bojarski, M. Bojarski, P. Czarnecki, W. Filipkowski, O. Górniok, E. M. Guzik-Makaruk, S. Hoc, P. Hofmański, M. Kalitowski, M. Kulik, L. K. Paprzycki, E. W. Pływaczewski, W. Radecki, A. Sakowicz, Z. Siwik, B. J. Stefańska, R. A. Stefański, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, L. Wilk, M. Filar, M. Berent, *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. V, Warszawa 2016, art. 192, SIP LEX; M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023, art. 192, SIP LEX.

zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Leczenie bez zgody kodeks karny kwalifikuje zatem jako przestępstwo.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lipca 2020 r., sygn. akt VII SA/Wa 692/20

„W prawie karnym leczenie bez zgody stanowi samoistny, odrębny typ przestępstwa (art. 192 § 1 k.k.). Brak zgody uprzedzonej informacją, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej.”

Ustawa nie definiuje czym dokładnie jest „zabieg leczniczy”. W doktrynie niekiedy wskazuje się, że za zabieg leczniczy w rozumieniu art. 192 k.k. można uznać każde świadczenie zdrowotne⁶³. Z drugiej strony wskazuje się, że przyjęcie tej tezy skutkowałoby koniecznością przyjęcia definicji zdecydowanie zbyt szerokiej⁶⁴. Na korzyść pokrzywdzonych pacjentów przemawia art. 3 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 t.j. z dnia 18.03.2022 r.), który wprost wskazuje, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych – przepis ten nie wyklucza jednak istnienia świadczeń zdrowotnych, które nie mieszczą się w zakresie działalności leczniczej, jedynie wskazuje, że każda działalność lecznicza będzie spełniać kryterium świadczenia zdrowotnego.

Odpowiedzialność karną z tytułu naruszenia art. 192 § 1 kodeksu karnego będą co do zasady⁶⁵ rodzić przypadki, gdy:

- zabieg leczniczy podjęto wbrew wyraźnemu sprzeciwowi pacjenta (zatem w sytuacji wyrażenia przez pacjenta braku zgody),
- zabieg leczniczy podjęto przy braku oświadczenia woli (zatem w sytuacji niez uzyskania od pacjenta zgody na zabieg leczniczy ani jej odmowy),
- zabieg leczniczy wykonany z przekroczeniem zakresu zgody (zatem w sytuacji uzyskania od pacjenta zgody na świadczenie zdrowotne, jednak inne niż wykonany zabieg zdrowotny),
- zabieg podjęty na podstawie zgody rażąco wadliwej (zatem w sytuacji wyrażenia zgody przez pacjenta, który jednak np. nie został w pełni poinformowany o swojej sytuacji zdrowotnej lub konsekwencjach zabiegu leczniczego albo przedstawiono mu zmanipulowane informacje na ten temat)⁶⁶.

63 A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, Warszawa 2017, art. 192, SIP LEX.

64 M. Filar, M. Berent, *Kodeks karny...*, op. cit., art. 192.

65 Szczególne przypadki w których następuje ustawowe ograniczenie prawa pacjenta do wyrażania zgody na leczenie lub jej odmowy zostały wskazane z dalszych rozważaniach w niniejszym artykule.

66 Por. K. Smyk, *Zakres zgody pacjenta na zabieg medyczny i upoważnienie lekarza do jego przekroczenia*, [w:] Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ 2017/10, ISSN 1689-9601, s. 6 i n., https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/57197/smyk_zakres_zgody_pacjenta_na_zabieg_medyczny_2017/pdf?sequence=1&isAllowed=y, dostęp: 19.04.2023.

Zarówno w przypadku przekroczenia zakresu zgody jak i zgody rażąco wadliwej wskazać należy na sytuację wyrażenia przez pacjenta tzw. zgody blankietowej. Oświadczenie woli tego typu polega na wyrażeniu zgody w zakresie szerokim i niedookreślonym: jest to zgoda „z góry na wszystko”, która miałaby obejmować np. całość proponowanych podczas pobytu pacjenta w szpitalu świadczeń zdrowotnych albo „zgoda na wszystko według potrzeb”, która obejmować miałaby nawet te świadczenia zdrowotne, których nie da się jeszcze dokładnie przewidzieć, a których potrzebę zastosowania lekarz dostrzegłby np. w czasie przeprowadzanej operacji. W drugim przypadku należy pamiętać o istnieniu art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r., poz. 1731 t.j. z dnia 18.08.2022 r.; dalej jako: „ustawa o zawodzie lekarza”), który przewiduje, że jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego lub stosowania metody leczenia 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. Przepis ten całkowicie wyklucza zatem zasadność uzyskiwania zgody blankietowej przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego. Opieranie zasadności podjętych podczas operacji działań na wyrażonej wcześniej zgodzie blankietowej może zatem świadczyć o tym, że przeprowadzone świadczenia zdrowotne nie mieszczą się w zakresie art. 35 ustawy o zawodzie lekarza. Wówczas oprócz naruszenia prawa do wyrażenia zgody mielibyśmy do czynienia również z naruszeniem prawa do informacji (art. 9 u.p.p. oraz art. 31 ustawy o zawodzie lekarza)⁶⁷.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r., sygn. akt I ACa 360/16

„Blankietowe oświadczenie, w którym rodzice wyrazili zgodę na zaproponowany przebieg leczenia, bez uzyskania informacji o planowanej terapii i ryzyku, bez informacji, jak dziecko będzie leczone, jakie leki będą stosowane, ani o ryzyku związanym ze stosowaniem leku, narusza właściwe standardy opieki medycznej.”

Lekarz chcący zabezpieczyć się przed odpowiedzialnością karną za przestępstwo określone w art. 192 § 1 k.k. musi zatem uzyskać nie tyle zgodę na zabieg leczniczy, co zgodę na precyzyjnie wskazaną, rodzajowo określoną czynność. Zgoda to winna być uzyskana w sposób niewadliwy, przy czym inaczej niż w przypadku ochrony dóbr osobistych przez prawo cywilne, nie zachodzi tu absolutny wymóg skuteczności zgody. Art. 192 § 1 k.k. stanowi bowiem o braku zgody w jakiegokolwiek formie (znamieniem przestępstwa jest „brak zgody”), co pozwala przyjąć, że nawet jeśli w danej sytuacji leczniczej ustawa wymaga zgody w formie pisemnej, to samo uzyskanie zgody w formie ustnej zwalniać będzie z odpowiedzialności karnej.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2015 r., sygn. akt III KK 14/15

„Nieudokumentowanie na piśmie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego określonego w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

⁶⁷ Polski porządek prawny przyznaje pacjentom także prawo do rezygnacji z prawa do informacji (zob. art. 31 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza). W takim przypadku rozważania dotyczące ważności i skuteczności zgody pacjenta muszą być dalece bardziej zindywidualizowane.

dentysty, Dz.U. z 2015 r. poz. 464, faktycznie przez niego udzielonej w innej niż pisemna formie, nie mieści się w zakresie pojęcia „bez zgody” znamionującego typ przestępstwa opisanego w art. 192 § 1 k.k.”

W doktrynie podkreśla się, że art. 192 § 1 k.k. chroni autonomię woli pacjenta, zatem nawet jeżeli pacjent wyraził zgodę na zabieg leczniczy w formie innej niż wymagana przez ustawę, to wykonanie tego zabiegu autonomii tej nie narusza⁶⁸.

Ograniczenie prawa pacjenta do wyrażania zgody na leczenie lub jej odmowy

Wyłączenia wynikające z odrębnych ustaw (art. 15 u.p.p.)

Nieodłącznym komponentem prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest ograniczony zakres stosowania przepisów rozdziału 5 ustawy o prawach pacjenta.

Zgodnie z art. 15 u.p.p. „Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej”.

Przepis ten ma na celu zabezpieczenie sytuacji w których obiektywnie udzielenie (lub nieudzielenie) danego świadczenia zdrowotnego jest dla pacjenta najlepszym rozwiązaniem, jednak ze szczególnych okoliczności wynika, że pacjent nie jest w stanie świadomie i obiektywnie ocenić swojej sytuacji zdrowotnej i na tej podstawie podjąć decyzji o leczeniu, czy poddaniu się określone mu zabiegowi. Może to dotyczyć zarówno sytuacji w których pacjent nie jest w stanie podjąć decyzji lub wyrazić swojej woli, pacjent odmawia terapii np. mogącej uratować jego życie, jak i sytuacji w których pacjent żąda podjęcia działań medycznych, które są niepotrzebne lub wręcz zagrażające jego życiu czy zdrowiu.

W aktualnym stanie prawnym reguła *lex specialis derogat legi generali* (tj. ustawa, norma szczególna ma pierwszeństwo przed ustawą/normą ogólną, która pozostaje z nią w kolizji) zawarta w art. 15 u.p.p. ma zastosowanie w przypadkach takich jak:

1. Art. 33 ustawy o zawodzie lekarza wprowadza możliwość przeprowadzenia badania lub udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta. W myśl art. 33 ust. 1 działanie takie jest dopuszczalne, jeżeli **pacjent wymaga 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**. Niemniej, w ust. 2 i 3 niniejszego artykułu ustawodawca zastrzega, że decyzję o podjęciu czynności medycznych w ww. okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem, a wszystkie te okoliczności lekarz ma obowiązek odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Wyjątek zawarty w art. 33 ustawy o zawodzie lekarza znajduje odzwierciedlenie w postanowieniach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123 t.j. z dnia 17.10.2022 r.; dalej jako: „ustawa o ochronie zdrowia psychicznego”). Wśród szeregu przepisów odnoszących się do możliwości zastosowania przy-

⁶⁸ J. Lachowski [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. III, Warszawa 2020, art. 192, SIP LEX.

musu bezpośredniego (art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) wskazać należy w szczególności na art. 21 ust. 1 ww. ustawy, który stanowi, że „[o]soba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego (...)”. W takich okolicznościach konieczność przeprowadzenia badania psychiatrycznego stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz, przy czym przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badania lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody (art. 21 ust. 2 ww. ustawy). Adekwatnie do postanowień art. 33 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza, także art. 21 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego obliuguje lekarza, który przeprowadził badanie psychiatryczne bez zgody pacjenta do odnotowania tej czynności w dokumentacji medycznej i wskazania na okoliczności uzasadniające postępowanie przymusowe. Należy wskazać, że przepis ten dotyczy sytuacji, które w psychiatrii określa się jako „stany nagłe”, te zaś polski porządek prawny definiuje jako „stany polegające na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenia ciała lub utrata życia wymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 t.j. z dnia 17.08.2022 r.). W piśmiennictwie jako przykłady stanów nagłych z zakresu psychiatrii wskazuje się m.in. ostre pobudzenie, mutyzm, myśli i zamiary samobójcze, zespoły majaczeniowe, ciężki epizod depresyjny, czy otępienie⁶⁹.

3. Kolejnym wyjątkiem jest ustawowa możliwość przekroczenia zakresu zgody pacjenta, co stanowi tzw. wyjątek terapeutyczny. Dotyczy to sytuacji w których lekarz zmienia przedmiot lub zakres zabiegu na który uzyskał zgodę pacjenta w sytuacji wystąpienia zagrożenia dla pacjenta⁷⁰. W myśl art. 35 ustawy o zawodzie lekarza **jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego lub stosowania metody leczenia 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**. Również w tym przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Lekarz jest także zobligowany dokonać odpowiedniej adnotacji o ww. okolicznościach w dokumentacji medycznej oraz poinformować o nich pacjenta (albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy).
4. Orzecznictwo wskazuje także na obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym zawarty w art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu

69 P. Neu, *Stany nagłe w psychiatrii*, Warszawa 2013, s. XII i n.

70 W omawianym zakresie dotyczy to sytuacji w których lekarz samodzielnie podejmuje decyzję o przekroczeniu uzyskanej od pacjenta zgody. Przypadek w którym pacjent wyraża przed zabiegiem zgodę blankietową lub częściowo blankietową omówiony został odrębnie. Zob. też. K. Smyk, *Zakres zgody...*, op. cit., s. 9-13.

zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r., poz. 1657 t.j. z dnia 08.08.2022 r.)⁷¹. Ustawa ta wprowadza ogólny obowiązek poddania się przez określone w drodze rozporządzenia osoby wskazanym w rozporządzeniu szczepieniom ochronnym, a art. 36 ww. ustawy przewiduje, że **wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji obowiązkowej hospitalizacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków**. Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym pozostaje zatem przepisem szczególnym, a zatem nadrzędnym, w stosunku do prawa pacjenta do wyrażenia zgody.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 2 marca 2023 r., sygn. akt III SA/GI 850/22

„Przepis art. 16 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta znajduje zastosowanie, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej (art. 15 tej ustawy). Taką zaś odrębną ustawą jest m.in. ustawa z 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która przewiduje obowiązek poddawania się szczepieniom. Ustawa ta nie przewiduje praw pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na szczepienie ochronne, wręcz przeciwnie - statuuje ogólny obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym.”

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 23 marca 2021 r., sygn. akt VII SA/Wa 2197/20

„Ustawa z 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi stanowi regulację o charakterze wyjątku od reguły (lex specialis) w zakresie możliwości odmowy poddania się szczepieniu ochronnemu w stosunku do ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.”

Możliwości ograniczenia praw pacjenta (art. 5 u.p.p.)

Jednym z przepisów szczególnych jest także art. 5 u.p.p., który stanowi, że „[k]ierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów [...]”.

Podkreślić należy, że art. 5 u.p.p. wprowadza co prawda możliwość ograniczenia praw pacjenta (tylko w uzasadnionych, wskazanych w ustawie okolicznościach: zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo pacjentów), nie dopuszcza natomiast pozbawienia pacjentów ich praw, czy całkowitego ich wyłączenia lub zawieszenia.

W doktrynie wskazuje się, że artykuł ten nie stanowi podstawy ograniczania prawa pacjenta do

⁷¹ Zob. też rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2172).

wyrażania zgody, o ile ustawodawca nie przewidział takiej możliwości w wyraźnie wskazanych okolicznościach⁷².

Jak powinna wyglądać prawidłowa zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych?

Świadoma zgoda

Powyższe rozważania prowadzą do konkluzji, że prawidłowo wyrażona zgoda pacjenta na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych (lub odmowa takiej zgody) musi stanowić wyraz swobodnej i dobrowolnej decyzji pacjenta.

O decyzji takiej można mówić dopiero wówczas, gdy zgodnie z wymogami ustawy o prawach pacjenta (art. 16 u.p.p. w zw. z art. 9 ust. 2 u.p.p.) będzie ona poprzedzona udzieleniem przez lekarza niezbędnych dla podjęcia świadomej decyzji informacji (o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami).

Istotne jest przy tym, że wymóg, aby zgoda była świadoma dotyczy nie tylko kwestii dobrostanu psychofizycznego pacjenta, lecz także zaopatrzenia go przez lekarza w informacje, a informacje te winny być przekazane pacjentowi w sposób umożliwiający ich zrozumienia i świadome rozważenie. Wiąże się z tym nieodzownie kwestia dysproporcji pomiędzy wiedzą jaką dysponuje profesjonalista (lekarz) a pacjent (którego stan wiedzy również może być różny w zależności o wykonywanego zawodu, stopnia wykształcenia, czy stażu choroby)⁷³. Sposób przekazania informacji, zakres rozbudowania wyjaśnienia poszczególnych aspektów dotyczących stanu zdrowia pacjenta i proponowanej terapii powinny być dostosowane przez lekarza do swoistych kompetencji pacjenta w danej dziedzinie.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 czerwca 2020 r., ygn.. akt V Aca 89/20

„Z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody „objaśnionej”, „poinformowanej” lub „uświadomionej”), a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać.”

72 D. Karkowska [w:] E. Bielak-Jomaa, G. Błażewicz, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, A. Nowak, D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, art. 5, SIP LEX.

73 Rzecznik Praw Pacjenta, *Świadoma zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne. Wytyczne dla pracowników podmiotów leczniczych*, Warszawa 2023, s. 15-17.

Formularze zgody – zgoda pisemna

Można zatem z dużym prawdopodobieństwem założyć, że w przeważającej liczbie przypadków **uzyskanie zgody od pacjenta poprzez przedstawienie mu formularza zgody i niemal natychmiastowe odebranie podpisu** nie spełnia wymogów ustawowych związanych z wyrażaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Taki sposób obierania zgody wiąże się bowiem zazwyczaj z niekompletną, bardzo zwięzłą informacją ustną i brakiem czasu na przeczytanie formularza przez pacjenta połączonym z presją pracownika medycznego na podpisanie zgody i przystąpienie do dalszych procedur. Jak wskazuje praktyka, w szeregu przypadków informacje dotyczące działań niepożądanych lub możliwych negatywnych konsekwencji wdrażanego środka medycznego zamieszczane są w formularzu zgody – na którego przeczytanie, zrozumienie i rozważenie pacjent nie otrzymuje czasu ani przestrzeni, jednak nie są przekazywane pacjentowi w ramach informacji ustnej.

Formularze zgody są dopuszczalną formą odbierania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, jednak co do zasady w żadnej formie nie są w stanie w pełni sprostać wymogowi udzielenia pełnej informacji pacjentowi, a co za tym idzie odebrania od niego świadomej zgody.

Formularz zgody na określoną czynność medyczną (świadczenie zdrowotne) powinien obejmować zgodę pacjenta na określone świadczenie zdrowotne i niewątpliwie stanowi dowód wyrażenia zgody na nią przez pacjenta - jednak nawet z bardzo szeroko opisaną informacją dotyczącą tej konkretnej interwencji medycznej nie przesądza o tym, czy udzielona zgoda jest ważna.

O kwestii tej przesądzać będzie fakt udzielenia niezbędnych informacji ustnie przez lekarza, pozostawieniu pacjentowi czasu i przestrzeni na spokojne zapoznanie się z treścią formularza, zadanie pytań. Zakres „czasu i przestrzeni”, a nawet informacji, w oczywisty sposób różnić się będzie w przypadku odbierania pisemnej zgody na wykonanie cięcia cesarskiego od pacjentki u której konieczność operacyjnego zakończenia ciąży wystąpiła nagle oraz w przypadku pacjentki, która na rozwiązanie ciąży poprzez cięcie cesarskie umawia się z wyprzedzeniem i jest to operacja planowana⁷⁴. W tym drugim przypadku pacjentka powinna otrzymać formularz zgody oraz odbyć rozmowę informacyjną z lekarzem z wyprzedzeniem i stosownym marginesem czasowym pozwalającym zarówno na rozważenie wszystkich wątpliwości jak i zadanie ewentualnych pytań. Także w przypadku pacjentek u których poród jest indukowany, czy z różnych innych względów występuje podwyższone ryzyko konieczności przeprowadzenia cięcia cesarskiego – informacje dotyczące operacyjnego zakończenia porodu oraz formularz zgody, dla uzyskania od pacjentki zgody nie budzącej wątpliwości co do ważności, powinny być przedstawione przed wystąpieniem komplikacji prowadzących do konieczności wykonania nagłego cięcia cesarskiego, nie zaś w ostatniej chwili, gdy pacjentka nie ma już najczęściej żadnej realnej możliwości przeczytania, ani tym bardziej świadomego zapoznania się z przedstawionym jej do podpisu dokumentem. **Samo podpisanie przez pacjenta formularza zgody nie przesądza o rzeczywistym jej wyrażeniu w sposób spełniający ustawowe wymogi.**

⁷⁴ Zgodnie z art. 18 u.p.p. w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgodę wyraża się w formie pisemnej. Niemniej, polskie prawo nie przewiduje żadnej sankcji w związku z niezachowaniem pisemnej formy zgody przez pacjenta. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., sygn. akt I CSK 191/05, jeżeli lekarz nie dopełnił obowiązku odebrania od pacjenta pisemnej zgody na zabieg operacyjny, to fakt niezachowania formy pisemnej pociąga za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie, nie eliminując skutków prawnych samej zgody.

Niewątpliwie za dobrą praktykę należy uznać odbieranie od pacjentów pisemnej zgody na świadczenie medyczne. Zgoda taka stanowi bowiem część dokumentacji medycznej pacjenta, swoisty zapis procedury udzielania zgody i zakresu przekazanych pacjentowi informacji. Może zatem stanowić dowód w ewentualnym procesie sądowym (zarówno karnym, jak i cywilnym, ale także zawodowym lekarza), przy czym należy pamiętać, że samo zachowanie formy pisemnej nie przesądza o ważności i skuteczności udzielonej zgody i nie stanowi zabezpieczenia lekarza przez ewentualną odpowiedzialnością z tytułu naruszenia praw pacjenta.

Zgoda ustna i dorozumiana

Poza przypadkami określonymi w art. 18 ustawy o prawach pacjenta, tj. zabiegami operacyjnymi albo metodami leczenia lub diagnostyki stwarzającymi podwyższone ryzyko dla pacjenta, kiedy to ustawa wymaga wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne w formie pisemnej, polskie prawo nie określa formy w jakiej ma zostać wyrażona zgoda pacjenta na określone świadczenie zdrowotne. Oznacza to, że w większości przypadków wystarczająca jest zgoda wyrażona w formie ustnej (np. podczas wizyty w gabinecie lekarskim, gdy lekarz proponuje przeprowadzenie konkretnego badania, a pacjent potwierdza wolę poddania się mu) albo nawet dorozumianej (np. poprzez samo przyjście do laboratorium w celu pobrania krwi i wskazanie jakie badania mają zostać wykonane, czy też zgłoszenie się do gabinetu w celu wykonania np. badania EKG).

Niemniej także w tych przypadkach, związanych co do zasady z mniej inwazyjnymi i obciążonymi mniejszym ryzykiem działań niepożądanych lub wystąpienia komplikacji świadczeń zdrowotnych na personelu medycznym udzielającym danego świadczenia ciąży ustawowy obowiązek informacyjny. Niedopełnienie tego obowiązku także w tych przypadkach wpływać będzie na ważność udzielonej przez pacjenta zgody.

Oznacza to, że także zgłaszając się do laboratorium w celu pobrania krwi pacjent ma prawo do uzyskania informacji, np. o możliwości wystąpienia zawrotów głowy, czy celowości uciskania przez kilka minut miejsca z którego została pobrana krew. O ile w przypadku dorosłych pacjentów informacje takie mogą być uznane za powszechnie wiadome, to w odniesieniu do młodszych pacjentów, dzieci, które po raz pierwszy mają wykonywane pobranie krwi, czy proste zabiegi lub badania, obowiązek informacyjny po stronie personelu będzie obejmował zarówno wskazanie na czym będzie polegało dane świadczenie zdrowotne, jaki będzie jego przebieg, jak i dostosowanie sposoby przekazania tych treści do wieku, percepcji i stopnia rozwoju pacjenta.

Podsumowanie

Każda zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego, niezależnie od formy (pisemna, ustna, dorozumiana) zawsze musi być dobrowolna. Dla zachowania tego wymogu pacjentowi należy zapewnić warunki do podjęcia decyzji wolne od presji – zarówno ze strony pracowników medycznych, jak i (w miarę możliwości) czasu.

Zgoda pacjenta musi być także świadoma. Oznacza to, że pacjent nie tylko winien znajdować się w odpowiednim stanie psychofizycznym, ale i być w pełni poinformowany o swoim stanie

zdrowia i proponowanych działaniach leczniczych oraz ich możliwych konsekwencjach, a informacja ta powinna być dostosowana do kompetencji pacjenta (jego wieku, wykształcenia itp.). Dopiero wówczas można mówić o świadomej, poinformowanej zgodzie pacjenta.

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być także złożone przez pacjenta przed jego wykonaniem (zgoda uprzednia). Zgoda odebrana od pacjenta po udzieleniu świadczeni zdrowotnego obarczona jest nieważnością z kilku względów. Po pierwsze z samego faktu, że zgoda winna być wyrażona przed przystąpieniem do danego świadczenia. Po drugie, z uwagi na fakt, że każda zgoda powinna być odwołalna – pacjent ma prawo do zmiany swojej decyzji, zaś w przypadku zgody *post factum*, szanse tej jest pozbawiony.

Wreszcie, choć forma zgody jest w dużej mierze dowolna (poza przypadkami z art. 18 u.p.p.), to zgoda wciąż w jakiś sposób powinna być wyrażona. Może to być forma pisemna, ustna lub dorozumiana (gest, zachowanie, działanie wskazujące na wolę poddania się danemu świadczeniu zdrowotnemu), jednak wyrażenie tej woli jest aspektem zgody absolutnie niezbędnym i podstawowym⁷⁵.

Prawidłowo wyrażona i odebrana zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego stanowi w rzeczywistości realizację prawa pacjenta zarówno do informacji jak i do udzielenia lub odmowy zgody na leczenie. Realizacja tych praw leży także w interesie personelu medycznego, który zabezpiecza się w tej sposób przed roszczeniami z tytułu naruszenia przepisów karnych oraz dóbr osobistych i praw pacjenta. Przede wszystkim jednak respektowanie przepisów związanych z informowaniem i świadomą zgodą pozytywnie wpływa na relację pacjent-lekarz, tworzy zdrową relację pomiędzy tymi podmiotami i umożliwia efektywniejszą współpracę i proces leczenia.

75 Por. Rzecznik Praw Pacjenta, *Świadoma zgoda...*, op. cit., s. 37.

ROZDZIAŁ 4

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej – art.

23 i n. u.p.p.

RADCA PRAWNY DR TYMOTEUSZ ZYCH

Słowo wstępne

Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, w tym rozpoznaniu, czy zastosowanym leczeniu i jego wynikach, w tym o stosowanej wobec niego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstkich, wynikające z art. 9 ust. 1-2 i 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, t.j. z dnia 06.09.2022 r.; dalej jako: „ustawa o prawach pacjenta” albo „u.p.p.”) jest ściśle związane z prawem pacjenta do dostępu do jego dokumentacji medycznej, bowiem „prawo do informacji pacjenta o jego stanie zdrowia realizowane jest w sposób pełny, wówczas, gdy pacjent ma wiedzę na temat tego, jakie informacje na temat jego stanu zdrowia znajdują się w dokumentacji go dotyczącej oraz jakie świadczenia zdrowotne w związku z procesem leczenia zostały mu udzielone”⁷⁶.

W myśl art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Warto zwrócić uwagę, że ustawa nie wprowadza żadnego rozróżnienia w kontekście tego prawa wobec podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej przysługuje każdemu pacjentowi – zarówno korzystającemu z usług placówki publicznej, jak i prywatnej, czy świadczeń udzielanych w ramach prywatnej praktyki lekarskiej. Każdy podmiot udzielających świadczeń zdrowotnych ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów oraz realizowania prawa pacjentów do informacji i dostępu do ich dokumentacji medycznej.

Art. 24 u.p.p. precyzuje, że w celu realizacji powyższego prawa, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną (w sposób określony w ustawie o prawach pacjenta i odrębnych przepisach), a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

W kontekście ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta ustawa o prawach pacjenta wskazuje, że osoby uprawnione do przetwarzania danych zawartych w takiej dokumentacji w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także utrzymania i zapewnienia bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego w którym przetwarzania jest dokumentacja medyczna, obowiązane są do zachowania tajemnicy

⁷⁶ E. Bielak-Jomaa, M. Ćwikiel [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, art. 23, SIP LEX.

informacji związanych z pacjentem, które uzyskały w związku z wykonywaniem swoich zadań, a związanie tajemnicą istnieje także po śmierci pacjenta (art. 24 ust. 2 i 3 u.p.p.).

Takie regulacje nie pozostawiają wątpliwości, że ustawodawca bardzo poważnie traktuje prawa pacjenta związane zarówno z dostępem do informacji, w tym poprzez dostęp do dokumentacji medycznej, jak i zachowaniem tajemnicy dokumentacji medycznej wobec osób nieuprawnionych (prawo do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej). Niemniej realizacja tych praw uzależniona jest w znacznej mierze od regulacji prawnych oraz ich praktycznego stosowania, z jednej strony w zakresie wymogów dotyczących treści i prowadzenia dokumentacji medycznej, z drugiej zaś w zakresie dostępu do dokumentacji w znaczeniu formy, w jakiej dokumentacja jest przekazywana, terminu realizacji wniosku (żądania), czy wreszcie kwestii odpłatności za wydanie kopii dokumentacji.

Co powinna zawierać dokumentacja medyczna?

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej implikuje konieczność zagwarantowania przez ustawodawcę możliwości jego realizacji. Stąd też wprowadzony został art. 24 u.p.p., który zobowiązuje każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz szereg dalszych regulacji, które określają w jaki sposób ma się to odbywać.

Podstawowe wymogi co do zawartości dokumentacji medycznej wskazuje art. 25 u.p.p., w myśl którego w dokumentacji takiej musi znaleźć się co najmniej oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości. Ustawa wskazuje w tym miejscu (art. 25 ust. 1 pkt 1 u.p.p.) na nazwisko i imię lub imiona, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL (w przypadku noworodka PESEL matki, zaś w przypadku osób, które numeru PESEL nie posiadają rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, np. paszportu) i wreszcie – w stosunku do osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niedolnych do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Wymogi te co do zasady odpowiadają rygorowi jaki określa także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r., poz. 1304 t.j. z dnia 22.06.2022 r.; dalej jako: „rozporządzenie”) w zakresie treści pierwszej strony dokumentacji medycznej. Zgodnie z § 10 pkt 2 rozporządzenia oraz art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta powinna ona zawierać:

- imię i nazwisko pacjenta,
- datę urodzenia,
- płeć,
- miejsce zamieszkania (wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej),
- numer PESEL,
- w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wraz z nazwą dokumentu oraz nazwą kraju, w którym został wystawiony oraz datę urodzenia i płeć,

- w przypadku noworodka - numer PESEL matki,
- w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Kolejne strony dokumentacji medycznej nie muszą spełniać tak restrykcyjnych wymogów, lecz każdorazowo powinny zawierać co najmniej imię (imiona) i nazwisko pacjenta. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

Ponadto dokumentacja medyczna musi zawierać co najmniej oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, a także opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych i datę sporządzenia dokumentacji (art. 25 ust. 1 pkt 2-4 u.p.p.). Choć ustawa tego nie precyzuje, warto zwrócić uwagę, że sformułowanie „opis” jasno wskazuje, że w dokumentacji medycznej powinno się znaleźć przynajmniej minimalne rozwinięcie opisowe dokonywanych czynności czy stanu pacjenta, nie zaś jedynie np. nazwa zabiegu czy niepoparta żadną argumentacją, czy uzasadnieniem ocena stanu zdrowia.

W dokumentacji medycznej obowiązkowo zamieszcza się także informacje o wydaniu opinii lub orzeczenia lekarskiego, jeżeli pacjent wniósł od takiej opinii lub orzeczenia sprzeciw (art. 25 ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 31 ust. 1 u.p.p. w zw. z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r., poz. 1731 t.j. z dn. 18.08.2022 r., dalej jako: „ustawa o zawodzie lekarza”).

Ponadto istnieje szereg przepisów szczegółowych wskazujących, które konkretne informacje powinny zostać w dokumentacji medycznej odnotowane. W szczególności art. 38 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza wskazuje też, że w przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna może także zawierać informację o kwocie środków publicznych należnych podmiotowi udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej za udzielenie tych świadczeń pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy. Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się natomiast do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych.

Wreszcie, niezbędnym i niezwykle istotnym elementem każdego wpisu do dokumentacji medycznej jest oznaczenie osoby, która tego wpisu dokonuje. Każdy wpis i zmiany wpisów w dokumentacji medycznej indywidualnej opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej. W konsekwencji, w dokumentacji, obok wpisu, powinno znaleźć się precyzyjne oznaczenie osoby za niego odpowiedzialnej. W myśl § 10 ust. 3 rozporządzenia, wymagane jest wskazanie imienia i nazwiska, co do zasady także tytułu zawodowego, numeru prawa wykonywania zawodu (jeżeli został nadany), unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, a także podpis.

Kto może uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej i jej kopię?

Pacjent oraz osoby przez niego upoważnione

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., sygn. akt II SAB/Rz 29/10:

„Upoważnienie przez pacjenta konkretnej osoby do udostępnienia jej dokumentacji medycznej ma taki skutek, że w przypadku śmierci pacjenta osoba upoważniona wstępuje w jego prawa w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej”

Co ważne, poważnienie o charakterze ogólnym złożone przez pacjenta w jednym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych upoważnia do dostępu do dokumentacji medycznej przechowywanej również w innym podmiocie. Upoważnienie, które nie obejmuje jedynie konkretnego podmiotu, w którym zostało złożone, powinno być respektowane w innych podobnych podmiotach.

Śmierć pacjenta a osoby upoważnione, osoby nieupoważnione i osoby bliskie

Ten sam artykuł, w ustępie 2 przewiduje, że po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

Jednocześnie w ust. 2a ustawodawca wskazuje, że w przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie jej wyraża sąd – odbywa się to w toku postępowania nieprocesowego, na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny, w przypadku wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską również może wystąpić z wnioskiem o rozstrzygnięcie tej kwestii do sądu.

Z kolei ust. 2b ww. artykułu umożliwia otrzymanie dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta także w przypadku, gdy pacjent ten za życia sprzeciwił się udostępnianiu jego dokumentacji medycznej. Udostępnienie takiej dokumentacji jest jednak warunkowane zgodą sądu, która może być udzielona, również w postępowaniu nieprocesowym, na wniosek osoby bliskiej. Zgoda taka, wraz z określeniem zakresu udostępniania dokumentacji jest jednak wydawana tylko wówczas, gdy jest niezbędna w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta albo dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Zarówno w przypadku braku zgody zmarłego pacjenta, jak i wątpliwości co do statusu wnioskodawcy jako osoby bliskiej, na podstawie art. 26 ust. 2c u.p.p. Sąd do którego skierowano wnioski o dostęp do dokumentacji medycznej bada interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Inne podmioty i organy władzy publicznej

Ponadto do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta mogą być uprawnione także inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych (art. 26 ust. 3 pkt 1 u.p.p.). Dotyczy to m.in. sytuacji w których pacjent zostaje przewieziony do innego szpitala, gdzie ma być kontynuowane jego leczenie.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma również obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjenta organom władzy publicznej, które zwrócą się z takim żądaniem. Dotyczy to m.in. Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Funduszu Zdrowia, organów samorządu zawodów medycznych, konsultantów w ochronie zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, jednak katalog ten nie jest zamknięty. Dokumentację udostępnia się w zakresie niezbędnym do wykonania przez te podmioty ich zadań – w szczególności nadzoru i kontroli, co reguluje art. 26 ust. 3 pkt 2 u.p.p.

Art. 26 ust. 3 w punktach 2a-12 u.p.p. wskazuje jeszcze na szereg innych organów i podmiotów. Z punktu widzenia pacjenta i jego bliskich należy jednak zwrócić szczególną uwagę na prawo dostępu do dokumentacji medycznej m.in. ministra właściwego do spraw zdrowia, sądów, prokuratur, lekarzy sądowych, w związku z prowadzonym postępowaniem (pkt 3), a także organów rentowych oraz zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem (pkt 5), zakładów ubezpieczeń, za zgodą pacjenta (pkt 7), wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania (pkt 9) oraz spadkobierców pacjenta w zakresie postępowania przed taką komisją (pkt 10).

Przypadki pacjentów nieprzytomnych – luka legislacyjna?

O ile ustawodawca jednoznacznie uregulował kwestię dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, to w przypadkach pacjentów pozostających w śpiączce, stanie minimalnej świadomości albo stan wegetatywnym problematyka prawa dostępu do dokumentacji medycznej może okazać się bardziej skomplikowana. O ile pacjent miał przed utratą świadomości możliwość wskazania osoby, którą upoważnia do dostępu do swojej dokumentacji medycznej i z możliwości tej skorzystał, dostęp taki nie powinien być w żaden sposób utrudniony.

W licznych przypadkach do utraty świadomości dochodzi jednak w sposób nagły, nierzadko spotyka to osoby, które nie poddawały się wcześniej leczeniu w związku z czym nie miały okazji ani potrzeby wskazania osób uprawnionych do dostępu do ich przyszłej dokumentacji, w efekcie czego bliscy pacjenta pozostają niejako w sytuacji zawieszenia – z jednej strony nie zostali upoważnieni do dostępu do dokumentacji, z drugiej zaś nie działają wobec nich przepisy umożliwiające dostęp do dokumentacji osobom bliskim, bowiem dostęp taki uwarunkowany jest śmiercią pacjenta. W tak dramatycznych sytuacjach podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nierzadko odmawiają bliskim pacjenta dostępu do jego dokumentacji powołując się

na brak podstaw prawnych do jej udostępnienia oraz na regulacje związane z ochroną danych osobowych.

Warto w związku z tym wskazać, że art. 6 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (Dz. U. UE.L.2016.119.1 z dnia 04.05.2016 r.; dalej jako: „RODO”) jasno wskazuje, że przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem w enumeratywnie wskazanych przypadkach i w zakresie w jakim spełniony jest przynajmniej jeden ze ściśle wskazanych w ww. artykule warunków. Litera art. 6 ust. 1 lit. d RODO wyraźnie zaś wskazuje, że przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem, gdy „przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej”.

Z uwagi na brak definicji „żywotnych interesów” w doktrynie rozważa się zarówno węższą jak i szerszą interpretację powyższego przepisu. Tak istotna kwestia jaką jest ochrona życia i zdrowia pacjenta, w z takimi sytuacjami mamy do czynienia, gdy pacjent pozostaje w stanie nieświadomości, a jego bliscy próbują uzyskać dostęp do jego dokumentacji, niewątpliwie mieści się jednak zarówno w szerszym jak i węższym rozumieniu sformułowania „ochrony żywotnych interesów osoby”. Punkt 46 preambuły RODO podpowiada z resztą, że „[p]rzetwarzanie danych osobowych należy uznać za zgodne z prawem również w przypadkach, gdy jest niezbędne do ochrony interesu, który ma istotne znaczenie dla życia osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej. Żywotny interes innej osoby fizycznej powinien zasadniczo być podstawą przetwarzania danych osobowych wyłącznie w przypadkach, gdy ewidentnie przetwarzania tego nie da się oprzeć na innej podstawie prawnej” – co przemawia zarówno za przyjęciem stosunkowo szerokiej interpretacji omawianego sformułowania, jak i wskazuje na możliwość powoływania się na RODO właśnie w przypadkach pacjentów pozostających w stanie nieświadomości wobec których stan prawny nie reguluje wprost ścieżki udostępniania ich dokumentacji medycznej osobom bliskim.

Warto wskazać także na fakt, że tożsame sformułowanie dotyczące ochrony żywotnych interesów znajdowało się w już nieobowiązujących, lecz pokrewnych aktach prawnych, których regulacje zastąpiło wprowadzenie RODO. Tak też a przypadku art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922, t.j. z dnia 28.06.2016 r. - akt utracił moc) w piśmiennictwie wskazywano, że wśród żywotnych interesów o dużym znaczeniu, obok tak oczywistych kwestii jak życie i zdrowie, nie należy pomijać interesów majątkowych osoby⁷⁷. Przyjęcie możliwości ochrony interesów majątkowych przy jednoczesnym wykluczeniu możliwości udostępnienia danych w postaci dokumentacji medycznej bliskim chcącym działać w celu ochrony życia i zdrowia pacjenta, stanowiłoby zaprzeczenie zasady proporcjonalności, poprzez przyznanie większej wagi dobru niższej rangi (interes majątkowy vs życie i zdrowie).

Nadto, w przypadkach pacjentów pozostających w śpiączce, stanie minimalnej świadomości, czy w stanie wegetatywnym odnosić należy się do ogólnego przepisu art. 31 ustawy o zawodzie lekarza. O ile bowiem prawo opiera się na zasadzie *lex specialis derogat legi generali* (prawo o większym stopniu szczegółowości należy stosować przed prawem ogólniejszym), to w przypadku nieuregulowania w sposób szczególny danej kwestii – zastosowanie mają przepisy ogóln-

⁷⁷ P. Fajgielski [w:] *Komentarz do rozporządzenia nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)* [w:] *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2022, art. 6, SIP LEX.

ne. Tak też dzieje się w przypadku dostępu do dokumentacji pacjentów pozostających w stanie nieświadomości, skoro bowiem prawo nie reguluje szczegółowo tej kwestii, przyjęć należy, że ustawodawca normę ogólną uznał za wystarczającą.

Art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza stanowi, że „[l]ekarz 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”. W ustępie 6 ww. artykułu wskazuje się jednak, że jeżeli pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej - małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta⁷⁸. Przepis ten co do zasady odnosi się do informacji ustnej o stanie zdrowia pacjenta i jego leczeniu jakiej lekarz udziela najbliższemu pacjentowi, jednak - mając na uwadze specyficzną sytuację w jakiej pozostają pacjenci w stanie nieświadomości oraz ścisły związek prawa do informacji o stanie zdrowia z prawem do dostępu do dokumentacji medycznej, z przepisu tego można wywodzić również prawo dostępu do dokumentacji osób bliskich w takich przypadkach.

Powyższe stanowisko nie znajduje jednak w chwili obecnej bezpośredniego odzwierciedlenia w piśmiennictwie. Dominuje pogląd wedle którego art. 31 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza umożliwia osobie bliskiej uzyskanie informacji (pisemnej lub ustnej) o stanie zdrowia pacjenta, nie uprawnia jej jednak do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta⁷⁹. W tym miejscu istotny jest jednak art. 26 ust. 3 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, który stanowi, że dokumentacja medyczna może być przekazana przez podmiot leczniczy podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędną do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych. Możliwe jest zatem przekazanie dokumentacji bezpośrednio pomiędzy podmiotami, a zatem np. szpitalem, w którym znajduje się pacjent i podmiotem, który ma przejąć dalsze leczenie, co w wielu przypadkach jest bezpośrednią motywacją do prób uzyskania dostępu do dokumentacji nieprzytomnego pacjenta przez osoby bliskie.

Dostrzegając trudności jakie rodzi luka legislacyjna związana z dostępem do dokumentacji medycznej nieprzytomnych pacjentów Rzecznik Praw Pacjenta złożył w 2020 r. w Ministerstwie Zdrowia szereg propozycji legislacyjnych, w tym propozycję, aby osobie bliskiej nieprzytomnego pełnoletniego pacjenta przebywającego w szpitalu przysługiwało prawo dostępu do jego dokumentacji medycznej oraz wprowadzenie instytucji kuratora medycznego, wyznaczanego przez sąd, w celu wyrażania zgody na leczenie nieprzytomnego pacjenta. Kurator medyczny z mocy prawa miałby uprawnienie do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do informacji o jego stanie zdrowia⁸⁰. Na dzień dzisiejszy żadne z tych rozwiązań nie zostało jednak wdrożone.

78 Definicja „osoby bliskiej” zawarta jest w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta.

79 Por. I. Kaczorowska-Kossowska, *Odpowiedź na pytanie: Czy osoba bliska staje się uprawniona do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta w czasie, gdy jest on nieprzytomny?*, SIP LEX, QA 1791111.

80 Rzecznik Praw Pacjenta, *Działania legislacyjne Rzecznika Praw Pacjenta w czasie epidemii COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/rpp/dzialania-legislacyjne-rzecznika-praw-pacjenta-w-czasie-epidemii-covid-19>, (dostęp: 30.05.2023).

Jak uzyskać dostęp i kopię dokumentacji medycznej?

Jak wskazano wyżej, art. 23 ust 1 u.p.p. wprost określa, że „[p]acjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych”, a co za tym idzie „podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną (...)” (art. 24 ust. 1 u.p.p.). Regulacje takie jednoznacznie wskazują, że dostęp do dokumentacji medycznej powinien być pacjentowi (albo innym osobom i podmiotom uprawnionym na podstawie dalszych przepisów omówionych już powyżej) udzielony na jego żądanie, tj. na wniosek.

Jednocześnie wskazać należy, że ustawa o prawach pacjenta gwarantuje pacjentowi dostęp do dokumentacji i nie ogranicza tego prawa do uzyskania jedynie jej kopii. Choć co do zasady dla strony wnioskującej o dostęp do dokumentacji w pełni satysfakcjonujące jest uzyskanie kopii takiej dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem, to odnotować należy stanowisko Naczelnego Sądu Administracyjnego, który stwierdził, że:

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 kwietnia 2016 r., sygn. akt II OSK 2361/15:

„Stosowana przez podmiot leczniczy praktyka, polegająca na nieudostępnianiu oryginałów dokumentacji medycznej pacjentom, jest praktyką bezprawną. Dostęp do dokumentacji medycznej jest prawem pacjenta, które może być zrealizowane poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.”

Forma wniosku

Prawodawca nie wskazał w jakiej formie wniosek taki winien był złożony, co oznacza pozostawienie wyboru co do formy wniosku po stronie wnioskodawcy, a jednocześnie związanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do respektowania wniosku o dostęp do dokumentacji niezależnie od formy w jakiej został złożony. Wniosek o dostęp do dokumentacji medycznej można zatem skutecznie złożyć zarówno w formie pisemnej (osobiście, listownie, a nawet elektronicznie) lub ustnej. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w celu ułatwienia procedury, może przygotować i udostępnić formularz wniosku, jednak pacjent nie ma obowiązku korzystania z niego, a sam podmiot nie może uzależnić udzielenia dostępu do dokumentacji od złożenia wniosku na formularzu.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 września 2016 r., sygn. akt II OSK 1134/16:

„Naruszeniem przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prawa pacjenta jest ograniczenie formy składania żądania udostępnienia dokumentacji medycznej. Ustawa z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 23, art. 26 ust. 1 oraz art. 27 nie daje bowiem podstaw do wyprowadzenia ograniczenia formy żądania. Wybór formy żądania, w tym podstawowej formy - formy ustnej - należy do pacjenta. Wyłączenie tej formy stanowi zatem naruszenie zbiorowych praw pacjentów.”

Ograniczenie takie stanowiłoby bowiem naruszeniem praw pacjenta – żaden z przepisów ustawy o prawach pacjenta nie daje podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych podstaw do tworzenia własnego, ograniczonego katalogu form wniosku (żądania).

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 marca 2016 r., sygn. akt VII SA/Wa 2766/15:

„Sąd podzielił ocenę Rzecznika Praw Pacjenta przedstawioną w zaskarżonej decyzji, że w celu realizacji przedmiotowego prawa pacjent powinien złożyć stosowne żądanie do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych o udostępnienie dokumentacji medycznej w wybranej przez siebie formie, określonej w art. 27 ww. ustawy (...). Przepisy prawa nie określają jednak w jaki sposób pacjent może złożyć powyższy wniosek. Zatem, zdaniem Sądu, należy uznać, że wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać złożony w dowolny sposób, w szczególności pacjent może udać się do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i osobiście złożyć taki wniosek. Podkreślić należy, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych leczniczy nie może ograniczać sposobu przyjmowania wniosków o udostępnienie tej dokumentacji jedynie do formy pisemnej bądź elektronicznej.”

Brak konieczności uzasadniania wniosku

Pacjent, ani osoba uprawniona do żądania dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta nie muszą wskazywać celu ani powodu złożenia wniosku o dostęp do dokumentacji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązany jest udostępnić dokumentację medyczną na każde żądanie pacjenta i nie ma możliwości wprowadzania w tym zakresie ograniczeń w postaci wymogu wskazania celu takiego żądania, czy tym bardziej rozpatrywania jego zasadności.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 września 2018 r., sygn. akt II OSK 1342/18:

„(...) naruszenie dotyczy już podstawowego prawa pacjentów, prawa do dokumentacji medycznej przez nałożenie obowiązku przytoczenia celu udostępnienia tej dokumentacji. Artykuł 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązany jest udostępnić dokumentację medyczną na żądanie pacjenta, bez wprowadzenia ograniczeń przez wykazanie celu tego żądania. Jedynie w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej innym podmiotom, wyliczonym w art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest wskazany cel udostępnienia dokumentacji medycznej.”

Brak terminu na złożenie wniosku

Ustawa o prawach pacjenta ani żaden inny akt prawny nie nakładają na pacjenta ani inną osobę uprawnioną ograniczeń czasowych co do możliwości złożenia żądania dostępu do dokumentacji medycznej. Wniosek o dostęp do takiej dokumentacji można zatem złożyć zarówno w trakcie pobytu w placówce medycznej, w czasie trwania leczenia, jak i po jego zakończeniu – nawet jeżeli upłynęło od tego momentu wiele czasu. Jedyne ograniczenie czasowe wpływające na możliwość dostępu do dokumentacji medycznej to regulacja zawarta w art. 29 ust. 1 u.p.p., która określa, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych co do zasady przechowuje dokumen-

tację medyczną przez okres 20 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano wpisu). W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia okres przechowywania wydłuża się do 30 lat (art. 29 ust. 1 pkt 1 u.p.p.), zaś dokumentacja medyczna dzieci do ukończenia 2. roku życia przechowywana jest przez okres 22 lat (art. 29 ust. 1 pkt 4 u.p.p.).

Po upływie ww. okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła, alternatywnie dokumentacja taka – tj. przeznaczona do zniszczenia, może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 29 ust. 2 u.p.p.). Ustawa nie obowiązuje podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do informowania pacjenta o planowanym zniszczeniu dokumentacji medycznej ani też o możliwości złożenia wniosku o wydanie oryginałów takiej dokumentacji. W doktrynie wskazuje się, że dobra praktyka nakazywałaby przekazanie takich informacji pacjentowi⁸¹, jednakże stan prawny jasno wskazuje, że nie jest to działanie obowiązkowe, zaś dokumentacja, także w tym wypadku, wydawana jest na wniosek.

Co więcej, ustawa o prawach pacjenta reguluje także kwestię sposobu przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów po zakończeniu działalności (zamknięciu) podmiotu, który udzielał świadczeń zdrowotnych, co wprost należy odnosić do chęci zabezpieczenia przez prawodawcę prawa pacjentów do dostępu do ich dokumentacji medycznej nawet w sytuacji zakończenia działalności przez podmiot prowadzący tę dokumentację.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 stycznia 2020 r., sygn. akt VII SA/Wa 2670/19:

„Wojewódzki Sąd Administracyjny zauważa, że zbiorowe prawa pacjentów odnoszą się do tych praw, o których mowa w u.p.p. oraz w przepisach szczególnych, a zatem obejmują również prawo dostępu pacjenta do zgromadzonej o nim dokumentacji medycznej i prawo do przechowywania jej w sposób zapewniający dokumentacji właściwą ochronę. Zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych nie może wiązać się z wyłączeniem dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów zlikwidowanego NZOZ D. w O., lub też utrudnieniem niezwłocznego dostępu do niej, skoro takie prawo zostało przyznane, a ma ono przy tym podstawowe znaczenie dla ochrony życia i zdrowia, których ochrona jest gwarantowana w Konstytucji (por. wyrok NSA z 12 maja 2016 r. sygn. II OSK 116/16).”

Zgodnie z art. 30a ustawy o prawach pacjenta w przypadku zaprzestania działalności leczniczej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną podmiotowi, który przejął jego zadania (art. 30a ust. 2 u.p.p.). Gdy brak jest takiego podmiotu odpowiedzialność za dokumentację medyczną przejmuje podmiot tworzący albo sprawujący nadzór – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo instytutu badawczego⁸², zaś w przypadku pozostałych podmiotów leczniczych podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę

81 Por. E. Bielak-Jomaa, M. Ćwikiel [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, art. 29, <https://sip.lex.pl/#/commentary/587868432/665872/karkowska-dorota-red-prawa-pacjenta-i-rzecznik-praw-pacjenta-komentarz?cm=URELATIONS> (dostęp: 29.06.2023).

82 W rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 t.j. z dnia 24.05.2023 r.; dalej jako: „ustawa o działalności leczniczej”) oraz art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r., poz. 498 t.j. z dnia 02.03.2022 r.).

i przechowywanie dokumentacji medycznej (art. 30a ust. 3 pkt 1-2 u.p.p.). Dokumentacja medyczna może być także przejęta do przechowywania przez właściwą okręgową izbę lekarską albo okręgową izbę pielęgniarek i położnych albo Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Następuje to w sytuacji śmierci lekarza, pielęgniarki, położnej czy fizjoterapeuty, który wykonywał zawód w formie praktyki zawodowej (art. 30a ust. 3 pkt 3 u.p.p.)⁸³.

W przypadku wykreślenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z odpowiedniego dla niego rejestru (tj. lekarzy, pielęgniarek, czy też fizjoterapeutów)⁸⁴ organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej (art. 30a ust. 4 u.p.p.).

Wreszcie, w przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda (art. 30a ust. 7 u.p.p.).

Reasumując, niezależnie od losów podmiotu, który pierwotnie wytworzył i przechowywał dokumentację medyczną pacjenta, dokumentacja taka zawsze powinna być starannie przechowywana, a ustawa jasno wskazuje, gdzie w konkretnych sytuacjach pacjent może wnioskować o jej wydanie. Jedynym ograniczeniem w tym zakresie jest 20-letni (we wskazanych wyżej przypadkach dłuższy) termin, po upływie którego dokumentacja może zostać zniszczona.

Termin na wydanie dokumentacji

Ustawa o prawach pacjenta nie określa terminu w jakim podmiot do którego złożono wniosek o dostęp do dokumentacji medycznej winien takiego dostępu udzielić. Brak zakreślenia przez prawodawcę takiego terminu nie oznacza jednak pełnej dowolności i swobody w kwestii realizowania przez dany podmiot wniosku, wręcz przeciwnie, nakłada na niego obowiązek spełnienia żądania bez zbędnej zwłoki.

Potwierdza to przywoływane już wyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, gdzie w § 1 ust. 7 wyraźnie wskazano, że „podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki”, a następnie w § 70 ust. 1, że „[d]okumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności, bez zbędnej zwłoki”.

Pojęcie „bez zbędnej zwłoki” nie stanowi precyzyjnie zakreślonego terminu i w różnych okolicznościach może odpowiadać zarówno bardzo krótkim jak i długim terminom. „Bez zbędnej zwłoki” każdorazowo oznacza jednak, że skutek w postaci wydania dokumentacji medycznej wnioskodawcy powinien nastąpić w możliwie najkrótszym terminie. Termin realizacji wniosku może zaś skracać się lub wydłużać w zależności od m.in. obszerności dokumentacji medycznej, formy kopii dokumentacji o jaką wnioskujemy (np. konieczność wykonania skanów, kompresji plików i ich wysyłki zajmie więcej czasu niż wykonanie kserokopii), czy konieczności sprawdzenia jej z archiwum.

83 Definicję „praktyki zawodowej” zawarto w art. 5 ustawy o działalności leczniczej.

84 Zob. okoliczności wykreślenia z rejestru: art. 108 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 września 2016 r., sygn. akt II OSK 1247/16:

„Nie można przyjąć, że nałożenie obowiązku udostępnienia dokumentacji medycznej „bez zbędnej zwłoki” dopuszcza zwłokę w działaniu. Dopuszczenie zwłoki z przyczyn braku dostatecznej organizacji podmiotu leczniczego wykonania obowiązku wobec pacjentów, którym udzielane są świadczenia jest nie do przyjęcia. Przesłankę „bez zbędnej zwłoki” należy odnieść tylko do potrzeby podjęcia czynności przygotowania dokumentacji medycznej, której przygotowanie nie jest związane z podjęciem złożonych czynności, jako że podmiot udzielający świadczeń ma obowiązek przechowywania dokumentacji. W zasadzie bez zbędnej zwłoki związane jest z obowiązkiem udostępniania tej dokumentacji niezwłocznie, zważywszy na sposób jej udostępnienia uregulowany w art. 27 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.”

Jednocześnie przyjmuje się, że okoliczności takie jak np. strajk, czy sezon urlopowy nie powinny wpływać na wydłużenie czasu procedowania wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, co stanowiłoby ograniczenie możliwości korzystania z praw pacjenta.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 lutego 2016 r., sygn. akt II OSK 2843/15:

„Ochrona zdrowia powinna mieć priorytet przed swobodą prowadzenia działalności gospodarczej, dlatego przychodnia powinna zorganizować swoją działalność w taki sposób, aby dokumentacja medyczna była udostępniana pacjentom bez zbędnej zwłoki.”

Nawet w obliczu licznych trudności wydłużających czas oczekiwania na dostęp do dokumentacji, termin w jakim podmiot dysponujący nią udzieli takiego dostępu nie powinien przekraczać miesiąca. Przyjmuje się, że w przypadku braku przepisów wskazujących termin na podjęcie danej czynności przez zakład administracyjny – a znacząca część przedstawicieli doktryny uważa za takowe zarówno publiczne, jak i niepubliczne podmioty lecznicze, należy odnosić się do regulacji ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 t.j. z dnia 25.04.2023 r.; dalej jako: „k.p.a.” albo „kodeks postępowania administracyjnego”)⁸⁵. Maksymalny miesięczny termin na udostępnienie dokumentacji wynika wobec powyższego bezpośrednio z art. 35 kodeksu postępowania administracyjnego, który w ust. 1 wskazuje, że organy administracji publicznej obowiązane są załatwić sprawę bez zbędnej zwłoki, zaś w ust. 3, że załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego, która nie jest szczególnie skomplikowana, powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca.

Udostępnienie dokumentacji medycznej, choć może wiązać się niekiedy z trudnościami uniemożliwiającymi realizację wniosku w krótkim czasie (z uwagi np. na obszerność dokumentacji, czy konieczność odszukania jej w archiwum) z pewnością nie należy do spraw szczególnie skomplikowanych (którym k.p.a. przyznaje dłuższy, dwumiesięczny termin maksymalny). Realizacja wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta powinna zatem nastąpić bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie miesiąca od zgłoszenia przez osobę uprawnioną żądania.

85 Zob. T. Woś, H. Molczyk-Knysiak, M. Romańska, *Postępowanie sądowo-administracyjne*, Warszawa 2017.

Forma udostępniania dokumentacji medycznej (art. 27 u.p.p.)

Wnioskując o dostęp do dokumentacji medycznej mamy prawo wskazać dogodną dla nas formę udzielenia dostępu do niej. Jak już wskazano wyżej, nic nie stoi na przeszkodzie żądaniu udzielenia dostępu o oryginałów dokumentacji – w takim wypadku podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych winien przed wydaniem dokumentacji ustalić z wnioskodawcą termin zwrotu oryginałów i odebrać pokwitowanie jej odbioru. W § 70 ust. 3 rozporządzenia dotyczącego dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wskazano, że „[w] przypadku udostępnienia dokumentacji w postaci papierowej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji”. Artykuł 27 ust. 1 pkt 3 u.p.p. wskazuje co prawda, że udostępnienie dokumentacji poprzez wydanie oryginału następuje na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Przesłanka ratowania zdrowia jest jednakże na tyle szeroka, że w znacznej mierze przesądza o możliwości uzyskania dostępu do dokumentacji w szeregu przypadków.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 30 stycznia 2018 r., sygn. akt II OSK 2618/17:

„Dodana w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta klauzula udostępnienia oryginału pacjentom w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta jest klauzulą, która wymaga położenia akcentu na prawo do obrony życia i zdrowia, a zatem rygoryzm w tym zakresie narusza standardy konstytucyjne nie tylko prawa do ochrony życia i zdrowia, ale też prawo do dostępu do dokumentów gromadzonych wobec jednostki, a to obejmuje dokumentację medyczną.”

Znacznie wygodniejszym dla obydwu stron i powszechniej wykorzystywanym rozwiązaniem jest jednak żądanie wydania kopii dokumentacji, której zgodność z oryginałem poświadcza podmiot, który dokumentację udostępnia. W § 70 ust 2 i 3 ww. rozporządzenia dotyczącego dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wskazano, że „[w] przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana w formie wydruku, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza jego zgodność z dokumentacją i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis. Wydruk sporządza się w sposób umożliwiający identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 pkt 3”. O możliwości takiej formy dostępu do dokumentacji przesądza art. 27 ust. 1 pkt 2 u.p.p., który stanowi, że dokumentacja medyczna jest udostępniana poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku.

Osoba uprawniona do dostępu do dokumentacji medycznej ma także możliwość skorzystania z dostępu do dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (art. 27 ust. 1 pkt 4 u.p.p.), np. poczty e-mail, jak i na informatycznym nośniku danych (art. 27 ust. 1 pkt 5 u.p.p.), np. na płycie CD albo pendrivie. Nie ulega wątpliwości, że z uwagi na fakt, że dokumentacja medyczna stanowi dane wrażliwe wymagające ochrony, pliki przekazywane w ten sposób powinny być stosowanie zabezpieczone (np. hasłem).

Wreszcie, na podstawie art. 27 ust. 1 pkt 1 u.p.p., prawodawca przyznaje uprawnienie do dostępu do dokumentacji także poprzez fizyczny wgląd do niej. Wgląd do dokumentacji, w tym

także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, następuje w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 24 września 2015 r., sygn. akt III SAB/Gd 21/15:

„<<Prawo wglądu>> w dokumentację obejmuje także możliwość utrwalenia treści tej dokumentacji we własnym zakresie przez osobę upoważnioną - czy to w formie notatek, czy przy pomocy własnego sprzętu elektronicznego.”

Koszty wydania kopii dokumentacji medycznej

Kiedy możliwe jest obciążenie wnioskodawcy opłatą?

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie ma obowiązku pobierania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej – ma jednak, choć w ograniczonym zakresie, taką możliwość i co do zasady podmioty takie z możliwości tej korzystają w celu rekompensowania kosztów związanych ze sporządzeniem kopii czy odpisu takiej dokumentacji.

Art. 28 ust. 1 u.p.p. określa, że podmiot udzielający świadczeń medycznych **może pobierać opłatę** za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, na informatycznym nośniku danych (art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 u.p.p.), a także, gdy udostępnienie dokumentacji prowadzonej w formie papierowej następuje na żądanie osoby uprawnionej poprzez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego, tj. skanu i przekazania go za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej albo na informatycznym nośniku danych (art. 27 ust. 3 u.p.p.).

Z powyższego wynika, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **nie może pobierać opłaty** za udostępnienie dokumentacji medycznej w pozostałych, przewidzianych ustawą (art. 27 u.p.p.) formach, tj. za udostępnienie dokumentacji do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych albo poprzez wydanie oryginału dokumentacji za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Brak możliwości pobrania opłaty przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych stanowi w tych przypadkach logiczną konsekwencję braku kosztów udostępnienia dokumentacji w tych formach po stronie tego podmiotu.

W 2019 r. nowelizacji uległ art. 28 ust. 2a u.p.p., co pozytywnie wpłynęło na możliwość realizacji prawa pacjenta dostępu do dokumentacji. We wcześniejszym brzmieniu ustawy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych mógł, i co do zasady korzystał z tej możliwości, pobierać opłaty za każdą wydaną kopię dokumentacji.

Od 2019 r. we wspomnianych wyżej przypadkach, gdzie opłata jest możliwa, ustawa zabrania jej pobierania w przypadku, gdy dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie (art. 28 ust. 2a pkt 1 u.p.p.). Pewnych trudności interpretacyjnych może nasuwać sformułowanie „udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy”. Zdecydowanie dotyczy ono udostępnienia doku-

mentacji medycznej w określonym zakresie (np. dokumentacja z danego okresu, dokumentacja z leczenia w określonej poradni, dokumentacja związana z konkretnym świadczeniem zdrowotnym), nie zaś pierwszego udostępnienia konkretnemu pacjentowi jakiegokolwiek dokumentacji przez ten konkretny podmiot. Oznacza to, że od jednego podmiotu pacjent może nawet kilkakrotnie otrzymać dokumentację medyczną za darmo, jeżeli żądaniem udostępnienia objęta będzie ta część dokumentacji, której wcześniej pacjent nie otrzymał⁸⁶. Dopiero w przypadku kolejnego wniosku o udostępnienie tych samych dokumentów (nawet w innej formie) podmiot będzie mógł pobrać stosowną opłatę. Uprawnienie do bezpłatnego udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczy całej dokumentacji medycznej pacjenta – niezależnie od tego, czy została utworzona przed wejściem w życie przepisów o braku opłaty, czy później.

Warto zauważyć, że zwolnienie z opłaty przy pierwszym udostępnianiu dokumentacji dotyczy pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego (a zatem np. rodzica, czy opiekuna prawnego), ale nie obejmuje już wprost osoby upoważnionej przez pacjenta. Niemniej, jak zauważył Rzecznik Praw Pacjenta osoba upoważniona przez pacjenta działa w jego imieniu, a co za tym idzie udostępnienie jej dokumentacji również powinno nastąpić nieodpłatnie⁸⁷. Konsekwentnie jednak, skoro działanie osoby upoważnionej jest działaniem jak gdyby pacjent działał osobiście – ponowne wystąpienie z wnioskiem o dostęp do dokumentacji medycznej, tym razem przez pacjenta, da już podstawę do obciążenia go opłatą (wnioski osoby upoważnionej i pacjenta są zatem traktowane jak wniosek jednej osoby). Taki sam mechanizm zastosowanie ma w przypadku wystąpienia o dostęp do dokumentacji medycznej przez przedstawiciela ustawowego pacjenta, a następnie samego pacjenta, a w przypadku, gdy pacjent ma dwóch przedstawicieli ustawowych (np. matka i ojciec), także bezpłatne uzyskanie dokumentacji przez jednego z nich oznaczać będzie, że ewentualny wniosek drugiego może już zostać zrealizowany za opłatą.

Ostateczna decyzja o obciążeniu opłatą za dostęp do dokumentacji medycznej w przypadkach, które dopuszcza ustawa, należy do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i zazwyczaj kwestie te unormowane są w stosownym regulaminie. Należy jednak pamiętać, że regulamin taki w żadnym miejscu nie może być sprzeczny z prawem – postanowienia niezgodne z przepisami ustawy, czy rozporządzenia są nieważne. Regulamin może jedynie uzupełniać kwestie nieuregulowane ustawą lub pozostawione przez ustawodawcę do swobodnej decyzji podmiotu.

Wreszcie nadmienić należy, że w art. 28 u.p.p. prawodawca wskazał jeszcze trzy inne sytuacje, w których podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie ma możliwości pobrania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Wyłączenie to dotyczy udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta (art. 28 ust. 2a pkt 1a u.p.p. z zw. z art. 17d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. z 2022 r., poz. 1657 t.j. z dn. 08.08.2022 r.), a także w związku z postępowaniem w sprawie świadczenia kompensacyjnego związanego z badaniami klinicznymi (art. 28 ust. 21 pkt 1b u.p.p. w zw. z art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. U. z 2023 r., poz. 605 z dn. 30.03.2023 r.) oraz w związku z postępowaniem przez wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 28 ust. 2a pkt 2 u.p.p. w zw. z art. 67e ust. 1 u.p.p.). Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się także w wypadku udostępnienia jej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych (art. 28 ust. 2b u.p.p.).

86 Por. Rzecznik Praw Pacjenta, *Objaśnienia prawne z dnia 3 października 2019 r. wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta w oparciu o art. 33 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Udostępnianie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne*, s. 9.

87 Ibidem, s. 9-10.

Wysokość opłaty

Jak już wskazano wyżej, tam, gdzie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma prawo pobierać opłatę, podmiot ten ma pozostawioną przez ustawodawcę pewną swobodę działania. Może zarówno całkowicie zrezygnować z pobierania opłaty za dostęp do dokumentacji, jak i samodzielnie ustalić wysokość takiej opłaty (art. 28 ust. 3 u.p.p.). Decydując się na wprowadzenie opłat, podmiot taki jest jednak związany ustawowymi limitami jej wysokości. Art. 28 ust. 4 ustala maksymalną wysokość opłaty wskazując, że opłata za:

- jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,0002,
- jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,00007,
- udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004,

przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

Wskazane powyżej limity są nieprzekraczalne, a pobieranie jakichkolwiek dodatkowych opłat, np. manipulacyjnych, za przygotowanie do wysyłki, czy za czynności administracyjne, związanych z przygotowaniem dokumentacji do udostępnienia jest niedopuszczalne⁸⁸.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 listopada 2019 r., sygn. akt VII SA/Wa 2144/19:

„Granice swobody z zakresie dopuszczalności opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej uregulowanej w art. 28 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, wyznacza art. 28 ust. 4 powołanej ustawy przez określenie maksymalnej wysokości tych opłat. Posłużenie się przez ustawodawcę w powołanym przepisie sformułowaniem „maksymalny”, co w literalnym brzmieniu oznacza „możliwie najwyższy” lub „największy”, prowadzi do wniosku, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może do opłat wynikających z ustawy doliczać dodatkowych kwot. Naliczanie dodatkowych opłat za poszczególne czynności związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej prowadziłyby do obejścia przepisów ustawy określających maksymalną wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.”

Koszty przesyłki

Braku możliwości obciążenia wnioskodawcy dodatkową opłatą za przygotowanie dokumentacji do wysyłki nie należy mylić z kosztami samej przesyłki, tj. opłatą pobieraną przez operatora

88 Por. ibidem, s. 8.

pocztowego za dostarczenie paczki. Przepisy ustawy o prawach pacjenta nie przewidują obowiązku wysyłania dokumentacji do podmiotów wnioskujących o jej udostępnienie – nie zabraniają też tego, co oznacza, że dobrą wolą podmiotu jest umożliwienie wnioskodawcy wyboru takiej formy przekazania dokumentacji. W konsekwencji, wnioskując o wysłanie dokumentacji na nasz adres, powinniśmy się liczyć z koniecznością pokrycia dodatkowych kosztów jej wysłania (dodatkowych względów ewentualnych kosztów związanych z opłatą za udostępnienie dokumentacji)⁸⁹.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2019 r., sygn. akt II OSK 3022/19:

„Udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to też koszty udostępnienia w sposób żądany przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jak i upoważnionej osoby, np. przez przesłanie za pośrednictwem operatora pocztowego. Uwzględnienie tej wartości przy udostępnieniu dokumentacji medycznej nie stanowi przekroczenia ustawowej granicy maksymalnej wysokości opłaty.”

Dodatkowa opłata pokrywająca koszty wysyłki jest zatem jak najbardziej możliwa, niemniej także tutaj podmiot jest w pewnym stopniu ograniczony co do jej wysokości. Kwota naliczana za wysłanie dokumentacji medycznej powinna być każdorazowo określana adekwatnie do realnych kosztów wysyłki tej konkretnej dokumentacji – opłata musi być więc ekwiwalentem realnie poniesionego kosztu przesyłki, adekwatnie do cennika operatora pocztowego.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 grudnia 2018 r., sygn. akt II OSK 3024/18:

„Opłaty publiczne pobierane są zawsze w związku z określonym, konkretnym działaniem organów państwa (samorządu terytorialnego). Jeżeli opłata pobierana jest w wysokości usługi – może zawierać pewne cechy ceny, jeżeli zaś jest świadczeniem pobieranym w wysokości znacznie wyższej niż wartość faktycznie świadczonej usługi – nabywa cechy podatku (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 17 stycznia 2006 r. U6/04, DTK – A 2006/1/3). Wymaga to zachowania formy ustawowej regulacji. Ustalenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej może uwzględniać tylko wysokość kosztów poniesionych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Nie może zatem naruszać zasady ekwiwalentności. Pobieranie opłaty za przesyłkę dokumentacji medycznej pocztą nie może przekraczać poniesionej opłaty ustalonej przez operatora pocztowego. Pobieranie wyższej opłaty jest działaniem bezprawnym”.

Postulaty de lege ferenda

W dobie postępującej cyfryzacji, która w ostatnich latach wkroczyła także bardzo znacząco w obszar usług zdrowotnych (m.in. Internetowe Konto Pacjenta, e-recepty) i przy uwzględnieniu faktu, że znacząca część dokumentacji medycznej już obecnie tworzona jest w formatach

⁸⁹ Zob. S. Mołęda, *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008, s. 401; E. Bielak-Jomaa, M. Ćwikiel [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, art. 28, SIP LEX.

cyfrowych (dotyczy to zarówno tej części dokumentacji jaką są obserwacje lekarskie, jak i np. wyników badań RTG), nie ma najmniejszych wątpliwości, że szereg problemów i trudności związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej, jak i opłatą, która może się z tym wiązać może zostać w najbliższych latach niemal całkowicie zmarginalizowany.

Wprowadzenie nie tylko praktyki, ale i obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta w formacie cyfrowym zlikwidowałoby problem opłaty związanej ze sporządzeniem kopii dokumentacji niemal całkowicie – jako że co do zasady dokumentacja wydawana byłaby na nośniku danych lub elektronicznie, bez konieczności sporządzania jakichkolwiek fizycznych jej kopii, a nawet sporządzania skanów. Można spodziewać się, że w dłuższej perspektywie dokumentacja w formie cyfrowej oznaczać będzie także odczuwalne zmniejszenie wydatków związanych z koniecznością przechowywania dokumentacji papierowej, archiwizacji jej, a wreszcie i utylizacji.

Dostęp do dokumentacji medycznej jest prawem każdego pacjenta, także m.in. osób starszych, dla których uzyskanie dostępu do dokumentacji w systemie cyfrowym może być bardzo trudne, uciążliwe, a niekiedy nawet niemożliwe. Stąd oczywiście zasadne jest zachowanie także obecnych regulacji, które umożliwiają uzyskanie fizycznych, papierowych kopii dokumentacji i gwarantują możliwość uzyskania – przynajmniej pierwszej kopii, nieodpłatnie.

Bibliografia

1. A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, Warszawa 2017, SIP LEX.
2. D. Karkowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. III, Warszawa 2016, SIP LEX.
3. E. Bielak-Jomaa, M. Ćwikiel [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, SIP LEX.
4. E. Wasilewska, *Zobiektywizowany sposób oceny rozmiaru krzywdy przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz poszkodowanego pacjenta*, „Ius Novum”, nr 3 (2017).
5. I. Kaczorowska-Kossowska, *Odpowiedź na pytanie: Czy osoba bliska staje się uprawniona do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta w czasie, gdy jest on nieprzytomny?*, SIP LEX, QA 1791111.
6. J. Lachowski [w:] V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. III, Warszawa 2020, SIP LEX.
7. K Smyk, *Zakres zgody pacjenta na zabieg medyczny i upoważnienie lekarza do jego przekroczenia*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ”, nr 10 (2017), https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/57197/smyk_zakres_zgody_pacjenta_na_zabieg_medyczny_2017/pdf?sequence=1&isAllowed=y, dostęp: 19.04.2023.
8. M. Boratyńska, *Standardy opieki w ciąży fizjologicznej* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, SIP LEX.
9. M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015.
10. M. Filar, M. Berent [w:] J. Bojarski, M. Bojarski, P. Czarnecki, W. Filipkowski, O. Górniok, E. M. Guzik-Makaruk, S. Hoc, P. Hofmański, M. Kalitowski, M. Kulik, L.K. Paprzycki, E. W. Pływaczewski, W. Radecki, A. Sakowicz, Z. Siwik, B. J. Stefańska, R. A. Stefański, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, L. Wilk, M. Filar, M. Berent, *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. V, Warszawa 2016, SIP LEX.
11. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
12. M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023, SIP LEX.
13. M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.

14. P. Fajgielski [w:] *Komentarz do rozporządzenia nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)* [w:] *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2022, SIP LEX.
15. P. Neu, *Stany nagłe w psychiatrii*, Warszawa 2013.
16. R. Bryzek [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, SIP LEX.
17. S. Kalus [w:] M. Fras, M. Habdas (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna (art. 1-125)*, Warszawa 2018, SIP LEX.
18. S. Molęda, *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008.
19. T. Woś, H. Molczyk-Knysiak, M. Romańska, *Postępowanie sądowo-administracyjne*, Warszawa 2017.

Źródła

1. Wyrok Sądu Najwyższego z 15 lutego 2018 r., IV CSK 75/17, LEX nr 2507098.
2. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 stycznia 2017 r., II OSK 2619/16, LEX nr 2201921.
3. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 22 listopada 2018 r., I ACa 102/18, LEX nr 2657044.
4. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 10 czerwca 2016 r., I ACa 1767/15, LEX nr 2069290.
5. Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z 14 października 2016 r., III Ca 1280/15, LEX nr 2156231.
6. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 18 maja 2016 r., XXV C 636/14, LEX nr 2088141.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
8. 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.).
9. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 498).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1324).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2172).
13. Rzecznik Praw Pacjenta, *Działania legislacyjne Rzecznika Praw Pacjenta w czasie epidemii COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/rpp/dzialania-legislacyjne-rzecznika-praw-pacjenta-w-czasie-epidemii-covid-19>, (dostęp: 30.05.2023).
14. Rzecznik Praw Pacjenta, *Objaśnienia prawne z dnia 3 października 2019 r. wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta w oparciu o art. 33 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Udostępnianie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne*.
15. Rzecznik Praw Pacjenta, *Świadoma zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne. Wytyczne dla pracowników podmiotów leczniczych*, Warszawa 2023.

FUNDACJA POMOCY OFIAROM BŁĘDÓW MEDYCZNYCH niesie wsparcie pokrzywdzonym oraz ich rodzinom dzięki wsparciu darczyńców.

Udzielamy średnio 80 nieodpłatnych porad prawnych miesięcznie, w ciągu roku opracowujemy blisko 100 nieodpłatnych opinii z zakresu prawa medycznego. W sprawach o precedensowym znaczeniu zapewniamy nieodpłatną pomoc prawną, uczestniczymy w opracowaniu pism i tworzeniu argumentacji wykorzystywanej przed sądami, prokuraturą czy policją.

Zwracamy się z prośbą o udzielenie wsparcia, dzięki któremu będziemy mogli kontynuować swoją misję. Znaczenie dla naszej działalności ma każda kwota.

Wesprzyj nas przelewem online na:

→ WWW.FPOBM.PL/WESPRZYJ-NAS

Wsparcia można udzielić także poprzez przelew na numer konta Fundacji:

→ mBank 95 1140 2004 0000 3002 7704 3845

**FUNDACJA POMOCY OFIAROM
BŁĘDÓW MEDYCZNYCH
ul. Nowogrodzka 56a, 00-695 Warszawa**

W tytule przelewu prosimy podać
“Darowizna na cele statutowe
FUNDACJI POMOCY OFIAROM
BŁĘDÓW MEDYCZNYCH”

