

**Ustawa o prawach  
pacjenta i Rzeczniku  
Praw Pacjenta.  
Komentarz**

# **Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417)

Tekst jednolity z dnia 16 maja 2019 r. (Dz.U. 2019, poz. 1127)

(zm.: Dz.U. 2019, poz. 1128, poz. 1590)



# Rozdział 1. Przepisy ogólne

## Art. 1. [Zakres przedmiotowy]

Ustawa określa:

- 1) prawa pacjenta;
- 2) zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
- 3) obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
- 4) tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
- 5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 6) zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

### Spis treści

	Nb
<b>I. Uwagi ogólne</b> . . . . .	1–4
1. Zakres regulacji . . . . .	1
2. Cel ustawy . . . . .	2
3. Artykuł 1 jako podstawa funkcjonalnej i systemowej interpretacji PrPacjRPPU . . . . .	3
4. Prawa pacjenta jako kategoria interesu publicznego . . . . .	4
<b>II. Uwagi szczegółowe</b> . . . . .	5–9
1. Kodyfikacja praw pacjenta . . . . .	5
2. Katalog praw pacjenta . . . . .	6
3. Związek z przepisami o ochronie dóbr osobistych . . . . .	7
4. Pojęcie indywidualnych praw pacjenta . . . . .	8
5. Zbiorowe prawa pacjenta . . . . .	9

### I. Uwagi ogólne

1. **Zakres regulacji.** Artykuł 1 określa zakres przedmiotowy ustawy. Na jej treść składają się prawa pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej, obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych

związane z prawami pacjenta, tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Prawa Pacjenta, postępowanie w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

- 2 **2. Cel ustawy.** Artykuł 1 PrPacjRPPU eksponuje jej zasadniczy cel określony w tytule ustawy: ochronę praw pacjenta. Prawa pacjenta to zespoły funkcjonalnie powiązanych uprawnień przysługujących osobie, której udzielane są świadczenia zdrowotne. Uregulowanie praw pacjenta jako uprawnień ustawowych niezależnych o relacji kontraktowych pacjenta i jego zdolności autonomicznego ich kształtowania z pewnością wzmacnia ochronę konstytucyjnego prawa każdego do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP). Wprowadzając szerokie i jednolite kategorie podmiotowe „pacjenta” oraz „podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych” PrPacjRPPU potwierdza dodatkowo cel zapewnienia możliwie kompleksowej ochrony praw pacjenta, niezależnej od formy, w której udzielane są świadczenia zdrowotne.
- 3 **3. Artykuł 1 jako podstawa funkcjonalnej i systemowej interpretacji PrPacjRPPU.** Przepis art. 1 PrPacjRPPU nie tylko więc informuje o zakresie przedmiotowym ustawy, lecz stanowi istotny punkt odniesienia do jej interpretacji. Uzasadnia podejmowanie wysiłków interpretacyjnych z jednej strony ujednolicających wykładnię przepisów PrPacjRPPU oraz ustaw odrębnych dotyczących uprawnień pacjenta, z drugiej strony stosowanie wprost a nie tylko *per analogiam* przepisów PrPacjRPPU do stosunków medycznych regulowanych odrębnymi przepisami. Ujawniony w art. 1 cel ustawy stanowi zatem argument na rzecz jednolitej i skutecznej ochrony praw pacjenta ustalonych w ustawach odrębnych oraz samej PrPacjRPPU.
- 4 **4. Prawa pacjenta jako kategoria interesu publicznego.** Prawa pacjenta chronione PrPacjRPPU stanowią istotną kategorię interesu publicznego. Podobne stanowisko o samodzielnej treści normatywnej przepisu określającego zakres przedmiotowy ustawy, formułuje się na tle art. 1 OchrKonkurU, wskazując, że interes publiczny określony w art. 1 OchrKonkurU przemawia za takim kierunkiem jej wykładni, który uzasadnia skuteczne eliminowanie zachowań ograniczających konkurencję, w szczególności zachowań organizatora porozumień antykonkurencyjnych (wyr. SN z 15.2.2019 r., I NSK 10/18, Legalis, z glosą *J. Polański*, O skuteczności zwalczania naruszeń wertykalnych, IKAR 2019, Nr 6, s. 1 i n., Legalis).

## II. Uwagi szczegółowe

1. **Kodyfikacja praw pacjenta.** Niewątpliwie pierwszym i najważ- 5  
niejszym zagadnieniem normowanym w ustawie są prawa pacjenta. Już  
tytuł ustawy zdradza intencję ustawodawcy skodyfikowania praw pacjenta.  
Kodyfikacja praw pacjenta stanowi realizację od dawna zgłaszanego  
w literaturze postulatów oraz wpisuje się w tendencję obserwowaną w nie-  
których państwach członkowskich UE (*H. Nys, Legislative Developments*  
*in Patients' Rights in Belgium*, s. 137; *L. Bosek, J. Pawliczak, Codification*  
*of patients' rights in Poland-the Patients' Rights Act 2008*, s. 361–383;  
*H. Nys, D. Townend, W. Palm, Patients' Rights in the European Union*  
*Mapping eXercise*, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross-border-care/docs/2018-mapping-patientsrights-frep-en.pdf>, data dostępu:  
4.3.2020 r.).

2. **Katalog praw pacjenta.** Katalog praw pacjenta określony w ustawie 6  
jest obszerny. Obejmuje prawo do świadczeń zdrowotnych odpowia-  
dających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, do przejrzystej,  
obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej  
kolejność dostępu do tych świadczeń, do zasięgnięcia opinii innego  
lekarza, pielęgniarki, położnej lub zwołania konsylium lekarskiego,  
do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu  
na zagrożenie zdrowia lub życia; prawo do informacji o stanie zdrowia,  
rozpoznanie, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych  
i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo  
zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w tym żądania pełnej  
informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki  
pielęgniacyjnej, o stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do wyrażenia  
zgody, o prawach pacjenta, o rodzaju i zakresie udzielanych przez  
dany podmiot świadczeń zdrowotnych; prawo żądania nieudzielania przez  
lekarza informacji w zakresie wskazanym przez pacjenta; prawo przed-  
stawienia lekarzowi swojego zdania w zakresie otrzymanych informacji;  
prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez  
lekarza od leczenia; prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów  
leczniczych; prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych;  
prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych; prawo  
do poszanowania intymności i godności pacjenta; prawo do umiarkowania  
w spokoju i godności; prawo do świadczeń zapewniających łagodzenie  
bólów; prawo dostępu do dokumentacji medycznej; prawo do zgłaszania  
sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza; prawo do poszanowania  
życia prywatnego i rodzinnego, do kontaktu osobistego, telefonicznego lub  
korespondencyjnego z innymi osobami, do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej,  
do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentką  
w warunkach ciąży, porodu i położeń; prawo do opieki duszpasterskiej;

prawo do przechowania rzeczy wartościowych w depozycie; prawo wystąpienia do Rzecznika Praw Pacjenta; prawo do wystąpienia z wnioskiem do wojewódzkiej komisji orzekającej do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Nawet tak obszerny katalog praw pacjenta nie obejmuje wszystkich uprawnień stanowiących istotne komponenty konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i życia (art. 68 Konstytucji RP). Ustawa nie eksplikuje także wyraźnie wszystkich praw pacjenta, które można zdekodować z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz odrębnych ustaw regulujących udzielanie szczególnych świadczeń zdrowotnych [co do pojęcia i zakresu szczególnych świadczeń zdrowotnych por. *L. Bosek, B. Janiszewska*, Pojęcie i zakres szczególnych świadczeń zdrowotnych, w: *M. Saffjan, L. Bosek* (red.), System Prawa Medycznego, t. 2, Legalis]. Oznacza to, że komentowana ustawa wymaga ujednolicających zabiegów interpretacyjnych [*L. Bosek*, Prawa pacjenta, w: *M. Saffjan, L. Bosek* (red.), System Prawa Medycznego, t. 1, Legalis; *L. Bosek, J. Pawliczak*, Codification of patients' rights in Poland-the Patients' Rights Act 2008, s. 361–383].

Na taki stan rzeczy składają się dwie główne przyczyny: brak w polskim prawie medycznym niektórych uregulowań statusu pacjenta albo regulowanie ich w odrębnych aktach prawnych, co powoduje ich rozproszenie i małą czytelność. Kwestią otwartą pozostaje przykładowo, czy przepisy ustawy mają zastosowanie do: świadczenia opieki farmaceutycznej w aptekach w tym kierunku też *M. Wałachowska*, System Prawa Medycznego, t. 2, Legalis i cytowana tam literatura), udzielania świadczeń zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej; *T. Sroka*, System, t. 2, Legalis i cytowana tam literatura). Ustawa nie rozstrzyga też jednoznacznie wszystkich kwestii trudnych etycznie związanych z sytuacją pacjenta.

- 7 **3. Związek z przepisami o ochronie dóbr osobistych.** Przepisy o prawach pacjenta pozostają w ścisłym związku z przepisami kodeksu cywilnego o ochronie dóbr osobistych, choć z pewnością nie można mówić o tożsamości zakresów zastosowania tych przepisów, ani tożsamości dóbr chronionych. Dobra osobiste człowieka to dobra niezbywalne i wspólne wszystkim ludziom, wartości niemajątkowe, które są ściśle (nieodłącznie) związane z jednostką ludzką [*S. Dmowski, R. Trzaskowski*, w: *J. Gudowski* (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, 2014, s. 131 i 133; *B. Gawlik*, Ochrona dóbr osobistych, s. 124; *P. Księżak*, w: *M. Pyziak-Szafnicka, P. Księżak* (red.), Kodeks cywilny. Część ogólna, 2014, s. 269 i 274; *P. Machnikowski*, w: *E. Gniewek, P. Machnikowski* (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, 2014, s. 60; *J. Panowicz-Lipska*, Majątkowa ochrona dóbr osobistych, s. 29; *P. Sobolewski*, w: *K. Osajda* (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, t. 1, 2013, s. 391; *P. Sut*, Problem twórczej wykładni, s. 34; *A. Szpunar*, Ochrona dóbr osobistych, 1979, s. 106; *A. Cisek*,

Dobra osobiste i ich niemajątkowa ochrona, 1989, s. 39], uznane przez system prawny wartości (tj. wysoko cenione stany rzeczy), obejmujące fizyczną i psychiczną integralność człowieka, jego indywidualność oraz godność i pozycję w społeczeństwie, co stanowi przesłankę samorealizacji osoby ludzkiej, nieodłącznie związane z człowiekiem, i to bez względu na stan jego psychiki i stopień wrażliwości (Z. Radwański, A. Olejniczak, Prawo cywilne – część ogólna, 2013, s. 157–158). Innymi słowy, dobrem osobistym jest wartość immanentnie złączona z istotą człowieczeństwa oraz naturą człowieka, niezależna od jego woli, stała, dająca się skonkretyzować i obiektywizować (uchw. SN z 19.11.2010 r., III CZP 79/10, Legalis, wyr. SN z 11.3.2011, I CSK 372/10, Legalis). Dobra osobiste decydują o bycie człowieka, jego pozycji w społeczeństwie, są wyrazem odrębności fizycznej i psychicznej oraz możliwości twórczych; są one powszechnie uznane w społeczeństwie i akceptowane przez system prawny. Nierozerwalne związanie tych wartości, jako zespołu cech właściwych człowiekowi, stanowiących o jego walorach, z jednostką ludzką wskazuje na ich bezwzględny charakter, towarzyszą mu przez całe życie, niezależnie od sytuacji, w jakiej znajduje się w danej chwili (wyr. SN z 6.5.2010 r., II CSK 640/09, Palestra 2010, Nr 7–8, poz. 261). Dobra osobiste mają charakter przyrodzony, niezbywalny i nieprzenoszalny, nie można ich utracić za swego życia (wyr. SN z 21.3.2007 r., I CSK 292/06, Legalis).

**4. Pojęcie indywidualnych praw pacjenta.** Wyrażenia „prawo pacjenta” i „prawa pacjenta” oznaczają zbiory powiązanych funkcjonalnie uprawnień osoby, której udzielane są świadczenia zdrowotne, uznane przez porządek prawny i chroniące przede wszystkim dobra niemajątkowe (interesy niemajątkowe – korzystne stany rzeczy). Pozostają one w ścisłym związku z podstawowymi dobrami osobistymi człowieka: godnością, życiem, integralnością fizyczną i psychiczną, zdrowiem i wolnością. Wspólnym mianownikiem praw pacjenta jest prawo do ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP. Prawa pacjenta stanowią istotny element treści stosunków prawnych łączących go z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych oraz finansującymi i nadzorującymi udzielanie świadczeń zdrowotnych – konglomeratem organów, jednostek organizacyjnych i instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia (L. Bosek, Prawa pacjenta, w: M. Saffjan, L. Bosek, System Prawa Medycznego, t. 1, 2018, Legalis, Nb).

**5. Zbiorowe prawa pacjenta.** Istotnym *novum* PrPacJRPPU jest wprowadzenie kategorii zbiorowych praw pacjenta. Wprawdzie sama konstrukcja praw zbiorowych nie jest nowa, posługuje się nią choćby ustawa o związkach zawodowych w art. 7 ust. 1 (por. M. Smusz-Kulesza, Zbiorowe prawo pracowników do informacji, 2012, s. 66), zajmuje także swoje miejsce w prawie międzynarodowym (C. Mik, Zbiorowe prawa człowieka, 1992), to za *novum* trzeba z pewnością uznać jej zastosowanie



na polu praw i interesów pacjenta oraz nadanie jej szczególnej rangi przez poświęcenie publicznoprawnej ochronie zbiorowych praw pacjenta całego rozdziału XIII PrPacjRPPU. Jest ona niewątpliwie wzorowana na koncepcji publicznoprawnej ochrony zbiorowych interesów konsumentów (*L. Bosek*, Opinia z 15.7.2008 r., s. 19–29, *L. Bosek*, Opinia z 30.3.2008 r., s. 29–35, a także *E. Bagińska*, kom. do art. 59, w: *E. Bagińska, M. Śliwka, M. Świdorska, M. Watachowska*, Ustawa o prawach pacjenta, 2009, s. 280; *L. Wengler*, Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów, s. 372–373). Artykuł 59 ust. 2 PrPacjRPPU zakazuje stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Jego brzmienie i struktura formalna jest wzorowana na art. 24 OchrKonkurU, który zakazuje stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. W tej konstrukcji, strażnikiem i publicznym rzecznikiem zbiorowych praw pacjenta staje się na mocy PrPacjRPPU nie Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, co Rzecznik Praw Pacjenta, upoważniony do inicjowania postępowań wyjaśniających – należących do rezerwuaru klasycznych instrumentów rzecznikowskich, lecz także regulacyjnych (*U. Drozdowska, M. Śliwka*, Analiza statusu prawnego Rzecznika Praw Pacjenta, s. 9–34; *M. Śliwka*, Rzecznik Praw Pacjenta w obcych systemach prawnych oraz prawie polskim, s. 506–510). Przepisy rozdziału XIII o postępowaniu w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta wraz z przepisami rozdziału XII o Rzeczniku Prawa Pacjenta, stanowią niewątpliwie istotną część PrPacjRPPU.

W odróżnieniu jednak od indywidualnych praw pacjenta, zbiorowe prawa pacjenta nie zostały skatalogowane. Artykuł 59 PrPacjRPPU określa jedynie warunki odpowiedzialności za stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. Konstrukcja tej ochrony bazuje na obiektywnych zakazach określonych zachowań i ogólnej formule deliktu administracyjnego. Jego podstawą jest istnienie zachowania (działania albo zaniechania), z którym ustawa wiąże skutki prawne w postaci sankcji administracyjnych przewidzianych PrPacjRPPU.

W pracach legislacyjnych zwracano uwagę na celowość sprecyzowania tej regulacji (*L. Bosek*, Opinia z 30.3.2008 r., s. 29–35). Z brzmienia art. 59 PrPacjRPPU można bowiem tylko wyprowadzić wniosek, że zbiorowe prawa pacjenta nie są sumą indywidualnych praw pacjenta (art. 59 ust. 1 PrPacjRPPU). Brzmienie art. 59 PrPacjRPPU oraz historia legislacyjna przepisu wskazują, że należy je definiować *a contrario* z definicji praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. Sam przepis nie zawiera jednak katalogu typowych praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. W literaturze zaproponowano, aby definiować je jako prawa, „których wykonywanie jest nierozzerwalnie związane ze współdziałaniem w ramach pewnej zbiorowości w celu realizacji określonych w danej zbiorowości wartości” (*D. Karkowska*, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku

Praw Pacjenta, 2016, kom. do art. 1). W istocie zbiorowe prawa pacjenta znamienują kategorię interesu publicznego (dobra wspólnego) wyrażającego się w ochronie pacjentów przed aktualnymi lub potencjalnymi naruszeniami ich indywidualnych praw przyznanych przez ustawę w określony sposób: zorganizowany i istotny przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub organizatorów nielegalnego strajku (podobnie wyr. NSA z 23.4.2014 r., II OSK 2826/12, Legalis). Innymi słowy interes publiczny wyraża się w wynikającej z mocy prawa ochronie zbiorowości pacjentów przed naruszeniami, które nie są z zasady wymierzone przeciwko określonemu poszkodowanemu, lecz godzą w interesy i prawa indywidualne, chronione przez PrPacjRPPU, grupy pacjentów. Biorąc bowiem pod uwagę cel PrPacjRPPU nie można utożsamiać zbiorowych praw pacjentów wyłącznie z interesem wszystkich pacjentów.

## Art. 2. [Nakaz przestrzegania praw pacjenta]

**Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.**

### Spis treści

	Nb
<b>I. Uwagi ogólne</b> . . . . .	1
1. Zakres podmiotowy ustawy . . . . .	1
<b>II. Uwagi szczegółowe</b> . . . . .	2–9
1. Organy władzy publicznej . . . . .	2
2. Minister właściwy ds. zdrowia . . . . .	3
3. Wojewoda . . . . .	4
4. Jednostki samorządu terytorialnego . . . . .	5
5. Narodowy Fundusz Zdrowia . . . . .	6
6. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych . . . . .	7
7. Osoby wykonujące zawód medyczny . . . . .	8
8. Brak odpowiedzialności innych podmiotów za naruszenie praw pacjenta . . . . .	9

### I. Uwagi ogólne

1. **Zakres podmiotowy ustawy.** Artykuł 2 określa podmiotowy zakres 1 ustawy. Wskazuje on adresatów, na których został nałożony obowiązek przestrzegania praw pacjenta. Należą do nich:

- 1) Organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia;

- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- 4) Osoby wykonujące zawód medyczny;
- 5) Inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Komentowany przepis określa podmioty obowiązane do przestrzegania praw pacjenta określonych w ustawie, a w ujęciu procesowym stroną bierną roszczeń związanych z naruszeniem praw pacjenta określonych w komentowanej ustawie. Jest to istotne, ponieważ prawa pacjenta na wzór praw na dobrach osobistych człowieka są skuteczne *erga omnes*, w przeciwieństwie do praw względnych, które są skuteczne jedynie między stronami danego stosunku prawnego, czyli *inter partes*. Powstaje zatem pytanie, czy tylko podmioty wskazane w art. 2 PrPacJRPPU będą odpowiedzialne za poszanowanie praw pacjenta, czy również inne osoby jak choćby studenci medycyny, inni pacjenci, osoby odwiedzające.

## II. Uwagi szczegółowe

- 2 1. **Organy władzy publicznej.** Wyrażenie organy władzy publicznej nie zostało prawnie zdefiniowane, choć najpełniej jego treść wyjaśniono w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (najpełniej w uzasadnieniu wyr. TK z 4.12.2001 r., SK 18/00, Legalis; a także wyroki TK z: 1.3.2011 r., P 21/09, Legalis; 8.12.2009 r., SK 34/08, Legalis; 24.2.2009 r., SK 34/07, Legalis; 1.4.2008 r., SK 77/06, Legalis; 1.9.2006 r., SK 14/05, Legalis; 23.5.2006 r., SK 51/05, Legalis; 7.2.2005 r., SK 49/03, Legalis; 5.9.2005 r., P 18/04, Legalis; 23.9.2003 r., K 20/02, Legalis). Z orzecznictwa tego wynika, że pojęcie organu władzy publicznej jest interpretowane funkcjonalnie jako struktura czy instytucja, która jest „synonimem zwierzchności państwa względem jednostki”. W aspekcie podmiotowym władzę publiczną stanowią „wszelkie podmioty, organy i instytucje o państwowym bądź samorządowym charakterze, które wyposażone zostały w kompetencje władcze lub uczestniczą w wykonywaniu takich kompetencji” (uzasadnienie wyr. SN z 8.1.2002 r. I CKN 581/99, Legalis). Używanie kompetencji władczych przeważnie wiąże się ze stosowaniem przymusu państwowego. Jednakże działania państwa wyraża się nie tylko w działaniach władczych związanych ze stosowaniem przymusu, ale także w konstytucyjnie określonych sferach takich jak np. organizacja systemu ochrony zdrowia [Z. Banaszczyk, w: A. Olejniczak (red.), System Prawa Prywatnego, t. 6, 2018, s. 827]. W tym obszarze może bowiem dojść do naruszenia prawa i wolności jednostki ze strony władzy publicznej.

Komentowany artykuł wskazuje na obowiązek przestrzegania praw pacjenta przez organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia. Do organów władzy publicznej nie należą podmioty lecznicze

utworzone przez organy administracji (tak wyr. SN z 3.5.2005 r., I CK 662/04, Legalis), choć będą zobowiązane do przestrzegania praw pacjenta jako podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca zdecydował się na odrębne wymienienie Narodowego Funduszu Zdrowia, który może być zaliczony do organów władzy publicznej, ponieważ wykonuje powierzone i konstytucyjnie gwarantowane funkcje władzy publicznej [G. Bieniek, w: J. Gudowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, t. 3, 2018, s. 640]. Z uwagi jednak to, że podmiot ten wyposażony został w odrębną osobowość prawną, został wymieniony odrębnie.

2. **Minister właściwy ds. zdrowia.** Minister właściwy ds. zdrowia **3** jest naczelnym organem administracji, który odpowiada za prowadzenie i wdrażanie polityki zdrowotnej państwa oraz sprawuje nadzór nad szeroko rozumianym bezpieczeństwem zdrowotnym obywateli [R. Budzisz, w: R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska (red.), System Prawa Medycznego, t. 1, 2018, s. 700; M. Urbaniak, P. Wojtyła-Buciora, A. Klimberg, Status prawny Ministra Zdrowia, *Hygeia Public Health* 2016, 51(1), s. 45–46].

Minister ds. zdrowia kieruje działem administracji „zdrowie” określonym w ustawie z 4.9.1997 r. o działach administracji rządowej (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 945 ze zm.). Zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy dział zdrowie obejmuje sprawy:

- 1) ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- 2) nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, wyrobami medycznymi do diagnostyki *in vitro*, wyposażeniem wyrobów medycznych, wyposażeniem wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, aktywnymi wyrobami medycznymi do implantacji i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi;
- 3) organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 4) zawodów medycznych;
- 5) warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością objętego działem rolnictwo, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością;
- 6) organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych;
- 7) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 8) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Katalog spraw powierzonych ministrowi ds. zdrowia jest bardzo obszerny, jednak trzeba mieć na uwadze, że wiele tych zadań wykonują podporządkowane ministrowi instytucje. Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 10.1.2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. z 2018 r. poz. 95), Ministrowi Zdrowia podlegają lub są przez niego nadzorowane następujące organy:

- 1) Główny Inspektor Farmaceutyczny;
- 2) Główny Inspektor Sanitarny;
- 3) Inspektor do spraw Substancji Chemicznych;
- 4) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Ponadto zgodnie z art. 33 ust. 3 ustawy z 4.9.1997 r. o działach administracji rządowej (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 945 ze zm.) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia podlega Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 4.12.2017 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych (M.P. z 2017 r. poz. 1157) zostały wymienione m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia w Warszawie, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie, Narodowe Centrum Krwi w Warszawie, Narodowy Instytut Leków w Warszawie, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa a także szereg uniwersytetów medycznych i instytutów badawczych.

Obsługę ministra zapewnia urząd administracji rządowej – Ministerstwo Zdrowia.

Zadania ministra ds. zdrowia zostały wymienione w art. 11 ŚÓZŚrPubU. Do otwartego katalogu zadań należą:

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 2) prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym w ramach programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48, oraz programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z 27.8.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2077 oraz z 2018 r. poz. 62, 1000 i 1366);
- 3) ustalanie programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e;
- 4) opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją;

- 5) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 6) zatwierdzanie oraz zmiana taryfy świadczeń;
- 7) finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 8) planowanie, przekazywanie i rozliczanie dotacji na rzecz NFZ z budżetu państwa;
- 9) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
- 10) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym;
- 11) zatwierdzanie planu finansowego NFZ w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 12) opiniowanie sprawozdania finansowego NFZ;
- 13) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności NFZ;
- 14) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 15) sprawowanie nadzoru nad Agencją Oceny Technologii Medycznych;
- 16) zatwierdzanie sprawozdań finansowych Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Ważnym zadaniem Ministra Zdrowia jest wydawanie szeregu aktów wykonawczych do ustaw dotyczących problematyki zdrowia.

Minister ds. zdrowia określa w drodze rozporządzeń, na podstawie art. 31d ŚÓZŚrPubU, wykazy świadczeń gwarantowanych.

Minister Zdrowia wyznacza priorytety zdrowotne, które obejmują działania o charakterze profilaktycznym, a także leczniczym i rehabilitacyjnym [R. Budzisz, w: R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska (red.), System Prawa Medycznego, t. 1, 2018, s. 701–702]. Artykuł 31a ust. 2 ŚÓZŚrPubU nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia określenie w rozporządzeniu priorytetów zdrowotnych, mając na uwadze stan zdrowia obywateli, uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, a także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych. Priorytety te zostały ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 27.2.2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469). Priorytety odnoszą się do m.in. zmniejszenia zapadalności i przedwczesnej umieralności na wybrane choroby, przeciwdziałaniu otyłości, poprawie jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia czy zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi.

Minister do spraw zdrowia odpowiada za analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany. Mapy Potrzeb Zdrowotnych są aktami o charakterze planistycznym [M. Kamiński, w: E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, 2018, rozdział III]. Analiza i ocena dokonywana jest na podstawie szesnastu regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych, które służą do sporządzenia jednej Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych składają się z następujących części: analizy epidemiologicznej i demograficznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych.

Warto zwrócić uwagę na kompetencje nadzorcze i kontrolne ministra. Do kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia należy nadzór nad działalnością:

- 1) NFZ;
- 2) świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z NFZ;
- 3) podmiotów, którym NFZ powierzył wykonywanie niektórych czynności;
- 4) aptek, w zakresie refundacji leków.

Nadzór sprawowany jest przy zastosowaniu kryterium legalności, rzetelności i celowości.

Ponadto Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem medycznym i zgodności z prawem. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

- 1) wizytacji pomieszczeń;
- 2) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;
- 3) oceny uzyskanej dokumentacji medycznej;
- 4) oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna;
- 5) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie niewymienionym w pkt 5;
- 7) oceny gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.

Niewątpliwie zadaniem ministra do spraw zdrowia jest przestrzeganie i umożliwienie realizacji praw pacjenta. Jak zauważa A. Wołoszyn-Cichocka rola ministra ds. zdrowia „sprowadza się głównie do zagwarantowania możliwości skorzystania z podstawowego prawa pacjenta, jakim jest prawo do świadczeń opieki zdrowotnej” (A. Wołoszyn-Cichocka, Ochrona praw pacjenta, s. 338). Wiele kompetencji nadzorczych i kontrolnych pozwala na oddziaływanie ministra właściwego do spraw zdrowia na przestrzeganie praw pacjenta przez inne podmioty.

3. **Wojewoda.** Zgodnie z art. 152 ust. 1 Konstytucji RP wojewoda 4 jest przedstawicielem Rady Ministrów w województwie. Ponadto jest zwierzchnikiem i organem rządowej administracji zespolonej w województwie, do którego właściwości należą wszystkie sprawy z zakresu administracji rządowej w województwie niezastrzeżone w odrębnych ustawach do właściwości innych organów tej administracji [art. 2 ustawy z 23.1.2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1464)]. Do jego kompetencji należy szereg zadań z zakresu ochrony zdrowia. W realizacji tych zadań wspomagają wojewodę kierownicy wojewódzkiej administracji zespolonej, na którą składają się m.in. wojewódzki inspektor farmaceutyczny czy wojewódzki inspektor sanitarny.

Zgodnie z art. 106 ust. 1 pkt 1 DziałLeczU wojewoda jest organem prowadzącym rejestr podmiotów leczniczych, które mają siedzibę albo miejsce zamieszkania na terenie właściwości miejscowej wojewody. Dalsze przepisy ustawy przyznają wojewodzie możliwość dokonania zmiany wpisu (art. 107 ust. 1a DziałLeczU), nałożenia kary pieniężnej w przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie (art. 107 ust. 2 DziałLeczU), prawo do odmowy wpisu (art. 108 ust. 1 DziałLeczU) czy wykreślenia wpisu do rejestru (art. 108 ust. 2 DziałLeczU). Ponadto, jako organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej (art. 111 ust. 1 DziałLeczU).

Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić wojewodzie przeprowadzenie kontroli podmiotów leczniczych pod względem medycznym i zgodności z prawem (art. 119 ust. 1 pkt 1 DziałLeczU).

W zakresie systemu państwowego ratownictwa medycznego wojewodzie zostało powierzono planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa (art. 19 ust. 2 PRatowMedU).

Wojewodzie zostały powierzone zadania z zakresu zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ocenę realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (art. 10 ust. 1 pkt 1 ŚOZŚrPubU).

Należy także zwrócić uwagę na funkcję kreacyjną wojewody w zakresie ochrony zdrowia. Na podstawie art. 67e ust. 5 PrPacjRPPU wojewoda powołuje 14 członków wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Zgodnie z art. 48 ust. 6 pkt 2 lit. b DziałLeczU wojewoda wyznacza swojego przedstawiciela do rady społecznej w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego. Dodatkowo art. 6 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2019 r.



poz. 886) stanowi, że wojewoda w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia może powołać konsultanta wojewódzkiego spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin.

- 5 4. **Jednostki samorządu terytorialnego** wykonują szereg zadań z zakresu opieki zdrowotnej i ich pozycję w systemie ochrony zdrowia można z pewnością określić jako kluczową [M. Dercz, w: M. Dercz (red.), Prawo publiczne ochrony zdrowia, 2013, s. 134].

Artykuł 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z 8.3.1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 506 ze zm.) zalicza do zadań własnych gminy sprawy ochrony zdrowia. Zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia wykonuje powiat [art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z 5.6.1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 511 ze zm.)]. Natomiast zadania o charakterze wojewódzkim w zakresie promocji i ochrony zdrowia wykonuje samorząd województwa [art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z 5.6.1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 512 ze zm.)].

Na podstawie art. 6 ust. 2 DziałLeczU jednostki samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej, jednostki budżetowej lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 7 ŚOZŚrPubU do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 3) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni (art. 7 ust 2 ŚOZŚrPubU). W celu ustalenia sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy gmina przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i w trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej. Do zadań zleconych gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów ich realizacji.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat, stosownie do art. 8 ŚOZŚrPubU, należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu

zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;

- 2) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
- 3) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Na podstawie art. 9 ŚOZŚrPubU do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 3) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

5. **Narodowy Fundusz Zdrowia.** Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (art. 96 ust. ŚOZŚrPubU). Jego częściami składowymi jest centrala NFZ oraz oddziały wojewódzkie NFZ. Rolą NFZ jest zarządzanie środkami finansowymi pochodzącymi głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:

- 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
- 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom wskazanym w przepisach;
- 4) finansowanie świadczeń gwarantowanych w określonym w przepisach zakresie;
- 5) finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom;
- 6) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;

- 7) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
- 8) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej;
- 9) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 10) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- 11) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;

**7 6. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.** Podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych są podmioty lecznicze oraz lekarze i pielęgniarki działający w ramach indywidualnej albo grupowej praktyki zawodowej. Podmiotami leczniczymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 6.3.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub połączoną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 357 ze zm.);
- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30.4.2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1350 ze zm.);
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- 6) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5;
- 7) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
- 8) jednostki wojskowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 PrPrzed przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawa lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca działalność gospodarczą.

**Przejdź do księgarni →**