

PRAWO DLA MENEDŻERÓW W OCHRONIE ZDROWIA

**Prawa pacjenta, nowe technologie,
kontraktowanie świadczeń i kontrola NFZ**

redakcja naukowa Justyna Król-Catkowska

Justyna Król-Catkowska, Adam Twarowski

PRAWO DLA MENEDŻERÓW W OCHRONIE ZDROWIA

**Prawa pacjenta, nowe technologie,
kontraktowanie świadczeń i kontrola NFZ**

redakcja naukowa Justyna Król-Catkowska

Justyna Król-Catkowska, Adam Twarowski

Stan prawny na 15 marca 2026 r.

Wydawca
Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący
Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne
Katarzyna Świerk-Bożek

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

Poszczególne rozdziały napisali:
Justyna Król-Całkowska – rozdz. 1–3
Adam Twarowski – rozdz. 4, 5

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przystępujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2026

ISBN 978-83-8438-160-1

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Zarządzania Prawami Autorskimi i Treściami
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. +48 692 477 076
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	13
Wstęp	17
Rozdział I	
Prawa pacjenta w ujęciu prawnym i zarządczym	19
1. Prawo medyczne. Zakres i specyfika pojęcia	19
2. Prawa pacjenta	28
2.1. Uwagi ogólne	28
2.2. Historyczny rys rozwoju praw pacjenta w Polsce	29
3. Pacjent <i>versus</i> chory	34
4. Prawa pacjenta z perspektywy zarządzania jakością	45
4.1. Uwagi ogólne	45
4.2. TQM	47
4.3. Kaizen	51
4.4. Zasada 5S	54
5. Ocena satysfakcji pacjentów i audyty jakości	57
5.1. Ocena satysfakcji pacjentów	57
5.2. Audyt w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	62
5.2.1. Uwagi ogólne	62
5.2.2. Audyty fakultatywne	71
6. Realizacja praw pacjentów w praktyce	77
6.1. Uwagi ogólne	77
6.2. Prawo pacjenta do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych	78
6.2.1. Uwagi ogólne	78
6.2.2. Rekomendacje dotyczące stosowania art. 23a u.d.l. w konkretnych lokalizacjach podmiotu leczniczego, wskazane w przewodniku Rzecznika Praw Pacjenta dla kierowników placówek medycznych, w przedmiocie prowadzenia monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych	88

6.3. Prawo pacjenta do informacji medycznej jako element świadomego udziału w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych	90
6.3.1. Uwagi ogólne	90
6.3.2. Procedura informowania pacjenta	102
6.4. Utrwalanie informacji przekazywanej pacjentowi za pośrednictwem środków teleinformatycznych	130
6.4.1. Uwagi ogólne	130
6.4.2. Nagrywanie wizyt medycznych i rozmów z personelem medycznym przez pacjenta	136

Rozdział II

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej, poufności i pobierania

świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej	143
1. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej	143
1.1. Uwagi ogólne	143
1.2. Dokumentacja w postaci klasycznej (papierowej)	146
1.3. Dokumentacja w postaci elektronicznej	152
1.3.1. Uwagi ogólne	152
1.3.2. Digitalizacja dokumentacji	163
1.3.3. Raportowanie zdarzeń medycznych do SIM	168
1.4. Elektroniczna dokumentacja medyczna	176
1.5. Udostępnianie dokumentacji w postaci papierowej, elektronicznej i elektronicznej dokumentacji medycznej	181
1.5.1. Uwagi ogólne	181
1.5.2. Udostępnianie dokumentacji za życia pacjenta	185
1.5.3. Udostępnianie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta	192
1.5.4. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta na rzecz podmiotów, organów i instytucji	205
1.5.5. Formy udostępniania dokumentacji medycznej	214
1.5.6. Udostępnianie dokumentacji w postaci elektronicznej	218
2. Prawo pacjenta do poufności medycznej	222
2.1. Uwagi ogólne	222
2.2. Lekarski obowiązek zachowania tajemnicy	223
2.2.1. Uwagi ogólne	223
2.2.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	224
2.2.3. Uchylenie tajemnicy medycznej w kontekście obowiązku denuncjacji	226
2.2.4. Przemoc domowa	230
2.2.5. Prawo do uchylenia tajemnicy lekarskiej w przypadku podejrzenia lub zdiagnozowania chorób zakaźnych i zakażeń	241

2.2.6. Zasadność uchylenia tajemnicy lekarskiej na rzecz innych podmiotów w celu prewencyjnej ochrony życia i zdrowia ludzkiego	251
2.3. Prawo do uchylenia tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta.....	256
3. Prawo pacjenta do świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej	259
3.1. Uwagi ogólne.....	259
3.2. Prawo pacjenta do ciągłości świadczeń zdrowotnych.....	267
3.2.1. Uwagi ogólne	267
3.2.2. Prawo lekarza do odmowy rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia	268
3.2.3. Prawo ratownika medycznego do odmowy rozpoczęcia lub kontynuacji czynności ratunkowych.....	278

Rozdział III

Nowe technologie w ochronie zdrowia.....	283
1. Uwagi ogólne	283
2. Telemedycyna	283
2.1. Uwagi ogólne.....	283
2.2. Prawo do wykorzystywania w opiece zdrowotnej teleinformatycznych środków przekazu i innych systemów łączności.....	287
2.2.1. Uwagi ogólne	287
2.2.2. Standardy organizacyjne dotyczące udzielania teleporady z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu	306
2.2.3. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.....	314
2.2.4. Centralna elektroniczna rejestracja	320
3. Biometryczne uwierzytelnienie tożsamości pacjenta	324
3.1. Uwagi ogólne.....	324
3.2. Biometryczny podpis pacjenta.....	326
3.3. Wykorzystanie technik biometrycznych w przypadku osób niemogących pisać.....	333
3.4. Czytelność biometrycznego podpisu odręcznego	334
4. <i>Biohacking</i>	335
4.1. Uwagi ogólne.....	335
4.2. Uzgodnienie płci.....	338
5. Systemy AI	349
5.1. Uwagi ogólne.....	349
5.2. Zasadność upodmiotowienia AI.....	352
5.3. Reguły odpowiedzialności za działania systemów AI.....	354
5.4. Odpowiedzialność karna systemów AI.....	368
5.5. Planowane zmiany w obszarze e-zdrowia	372

5.5.1. Uwagi ogólne.....	372
5.5.2. E-profil pacjenta.....	372
5.5.3. Hurtownia Danych e-Zdrowia	373
5.5.4. Karta pacjenta	374
5.5.5. System Domowej Opieki Medycznej.....	375
5.5.6. System e-Konsylium.....	376
5.5.7. Digitalizacja dokumentacji.....	377
5.5.8. Rozszerzenie katalogu rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.....	378
5.5.9. <i>Patient Summary</i>	379
5.5.10. Platforma Usług Inteligentnych	381

Rozdział IV

Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.....	389
1. Charakter prawny umów NFZ ze świadczeniodawcami – charakterystyka, konstrukcja i znaczenie w systemie publicznej ochrony zdrowia.....	389
1.1. Uwagi ogólne.....	389
1.2. Geneza i znaczenie umowy w systemie ochrony zdrowia.....	390
1.3. Definicja i klasyfikacja umowy	390
1.3.1. Uwagi ogólne.....	390
1.3.2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako umowa na rzecz osoby trzeciej.....	391
1.3.3. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako umowa starannego działania	393
1.3.4. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako umowa nazwana.....	393
1.3.5. Specyfika umowy z NFZ a odrębność od umowy zlecenia i innych umów cywilnoprawnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych.....	397
1.4. Ograniczenia kontraktu (czasowe, finansowe, podmiotowe).....	402
1.4.1. Uwagi ogólne.....	402
1.4.2. Ograniczenia finansowe	402
1.4.3. Ograniczenia podmiotowe.....	403
1.5. Dopuszczalność zlecenia realizacji zamówienia podwykonawcom	406
2. Tryby kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej	407
2.1. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań.....	407
2.1.1. Zasady ogólne kontraktowania świadczeń	407
2.1.2. Wyłączenie stosowania przepisów o zamówieniach publicznych.....	414
2.1.3. Opis przedmiotu zamówienia oraz określanie przedmiotu postępowania i szczegółowych warunków umów	417

2.1.4. Opinia o celowości inwestycji	424
2.1.5. Tryby zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	426
2.1.6. Wybór oferty najkorzystniejszej	433
2.1.7. Środki odwoławcze	444
2.2. Kontraktowanie świadczeń w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali)	453
2.2.1. Powstanie systemu PSZ i jego założenia	453
2.2.2. Kwalifikacja świadczeniodawców do PSZ – poziomy zabezpieczenia i profile świadczeń	455
2.2.3. Umowy w ramach PSZ – tryb zawarcia i finansowanie ryczałtowe	457
2.2.4. Postępowania konkursowe poza PSZ – kontraktowanie świadczeń nieobjętych PSZ	460
2.2.5. Praktyczne konsekwencje funkcjonowania PSZ dla systemu, świadczeniodawców i pacjentów	461
2.3. Kontraktowanie świadczeń w trybie wnioskowym	465
2.3.1. Miejsce art. 159 u.ś.o.z. w systemie kontraktowania świadczeń ...	465
2.3.2. Charakter prawny obowiązku zawarcia umowy – problem granic uznania administracyjnego	467
2.3.3. Umowy w podstawowej opiece zdrowotnej – czas trwania i sposób finansowania	468
2.3.4. Tryb wnioskowy w podstawowej opiece zdrowotnej i zaopatrzeniu w wyroby medyczne w praktyce NFZ	469
2.3.5. Artykuł 159 u.ś.o.z. na tle innych wyjątków od zasady konkursu ofert	470
2.3.6. Ocena normatywna i praktyczna modelu kontraktowania z art. 159 u.ś.o.z.	470
2.4. Kontraktowanie świadczeń w ramach zamówień publicznych – świadczenia gwarantowane udzielane za pomocą systemu teleinformatycznego e-zdrowie	472
3. Dochodzenie przez świadczeniodawców roszczeń wobec NFZ z tytułu nadwykonań	473
3.1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a przymus udzielania świadczeń	473
3.2. Dochodzenie roszczeń z tytułu realizacji świadczeń ponadlimitowych w stanie prawnym do 2020 r.	478
3.3. Regulacja w zakresie nadwykonań	479

Rozdział V

Kontrole prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia	487
1. Uwagi ogólne	487
2. Podstawy prawne i zakres kontroli NFZ	488

3. Cele kontroli	489
3.1. Uwagi ogólne.....	489
3.2. Przygotowanie kontroli	490
3.2.1. Współpraca z administracją publiczną.....	490
3.2.2. Analiza przedkontrolna.....	490
3.2.3. Komunikacja elektroniczna	493
4. Zakres przedmiotowy kontroli	493
4.1. Uwagi ogólne.....	493
4.2. Kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	494
4.2.1. Uwagi ogólne	494
4.2.2. Obszary objęte kontrolą realizacji umowy	495
4.2.3. Kontrola jakości świadczeń opieki zdrowotnej.....	495
4.2.4. Weryfikacja uprawnień do udzielania świadczeń.....	496
4.2.5. Funkcja kontroli w kontekście ogólnych warunków umów.....	497
4.3. Kontrola przez NFZ ordynacji lekarskiej.....	497
4.3.1. Uwagi ogólne	497
4.3.2. Kontrola ordynacji produktów refundowanych – dwa reżimy... ..	498
4.3.3. Produkt refundowany i wskazanie refundacyjne – punkt odniesienia dla kontroli	499
4.3.4. Kontrola ordynacji u świadczeniodawcy – odpowiedzialność kontraktowa i kary z rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	500
4.3.5. Kontrola ordynacji wobec osoby uprawnionej – odpowiedzialność indywidualna.....	501
4.4. Kontrola realizacji zadań finansowanych z innych przychodów NFZ (kontrola w zakresie świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19)	501
4.5. Kontrola aptek – realizacja umowy na wydawanie produktów refundowanych	502
4.6. Zakończenie – logika odpowiedzialności w kontroli NFZ	503
5. Przebieg kontroli	504
5.1. Ograniczenie prowadzenia kontroli	504
5.2. Gwarancje podmiotu kontrolowanego – czas trwania kontroli i zakazy wielokrotnego oraz równoczesnego kontrolowania	506
5.2.1. Uwagi ogólne	506
5.2.2. Ograniczenia czasu trwania kontroli.....	507
5.2.3. Zakaz równoczesnego prowadzenia więcej niż jednej kontroli	508
5.2.4. Zakaz „powtarzania” tej samej kontroli.....	509
5.3. Sprzeciw jako środek ochrony prawnej podmiotu kontrolowanego	509
5.3.1. Uwagi ogólne	509
5.3.2. Przedmiot, podmiot i czas na wniesienie sprzeciwu.....	510
5.3.3. Skutki wniesienia sprzeciwu i jego rozpatrzenie	510

5.4. Zażalenie do Prezesa NFZ i jego znaczenie.....	511
5.4.1. Uwagi ogólne.....	511
5.4.2. Termin i tryb wniesienia zażalenia.....	511
5.4.3. Rozpoznanie zażalenia przez Prezesa NFZ.....	511
5.5. Podsumowanie.....	512
6. Przebieg postępowania kontrolnego.....	512
6.1. Uwagi ogólne.....	512
6.2. Podmioty uprawnione do prowadzenia kontroli.....	513
6.3. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli.....	514
6.4. Zawiadomienie podmiotu kontrolowanego o kontroli.....	516
6.4.1. Uwagi ogólne.....	516
6.4.2. Funkcja i znaczenie zawiadomienia o kontroli.....	517
6.4.3. Treść zawiadomienia o kontroli.....	517
6.5. Termin zawiadomienia i jego warianty.....	519
6.5.1. Zasada ogólna – 7 dni przed rozpoczęciem czynności.....	519
6.5.2. Wyjątki – zawiadomienie najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli.....	519
6.5.3. Ograniczenie czasowe między zawiadomieniem a kontrolą – 30 dni.....	520
6.5.4. Mechanizm waloryzacji progu 10 000 zł.....	520
6.5.5. Znaczenie art. 61g u.ś.o.z. dla podmiotu kontrolowanego.....	521
6.6. Kontrola bez uprzedniego zawiadomienia („na legitymację”).....	522
6.7. Miejsca i godziny prowadzenia kontroli lub poszczególnych czynności kontrolnych.....	524
6.7.1. Uwagi ogólne.....	524
6.7.2. Miejsca prowadzenia kontroli.....	525
6.7.3. Podstawowe godziny prowadzenia kontroli.....	525
6.7.4. Prowadzenie czynności poza godzinami pracy.....	526
6.7.5. Kontrola w jednostkach organizacyjnych NFZ.....	526
6.7.6. Podsumowanie.....	527
6.8. Uprawnienia kontrolerów, obowiązki podmiotów kontrolowanych i postępowanie dowodowe w kontroli NFZ.....	527
6.8.1. Uwagi ogólne.....	527
6.8.2. Uprawnienia kontrolerów w toku kontroli.....	528
6.8.3. Ograniczenia wynikające z działalności służb specjalnych.....	531
6.8.4. Obowiązki kierownika podmiotu kontrolowanego.....	531
6.8.5. Odwzorowania cyfrowe, kopie, potwierdzenia.....	532
6.8.6. Uprawnienia Prezesa NFZ w toku kontroli.....	533
6.9. Dowody w postępowaniu kontrolnym.....	533
6.9.1. Uwaga ogólna.....	533
6.9.2. Ustalanie stanu faktycznego na podstawie dowodów.....	533
6.9.3. Skutki naruszenia przepisów przy przeprowadzaniu dowodów... ..	534

6.10. Akta kontroli	534
6.11. Protokół czynności dowodowych i inne formy dokumentowania....	535
6.12. Zabezpieczenie materiałów dowodowych.....	535
6.13. Wyjaśnienia i oświadczenia	536
6.13.1. Wyjaśnienia.....	536
6.13.2. Oświadczenia	536
6.14. Oględziny	536
6.15. Biegli w postępowaniu kontrolnym	537
6.16. Zakończenie postępowania dowodowego w systemie kontroli NFZ...	538
7. Skutki kontroli	538
7.1. Wystąpienie pokontrolne	538
7.2. Treść wystąpienia pokontrolnego	540
7.2.1. Minimalny zakres treści wystąpienia pokontrolnego.....	540
7.2.2. Stan faktyczny i ocena.....	540
7.2.3. Sankcje finansowe.....	541
7.3. Zalecenia pokontrolne	556
7.4. Pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń.....	557
7.5. Podpisanie wystąpienia	557
7.6. Doręczenie wystąpienia i jego skutki	557
7.7. Szczególny przypadek – decyzja administracyjna Prezesa NFZ.....	558
7.8. Przesłanki nałożenia obowiązku	559
7.9. Podsumowanie praktyczne	560
8. Odwołanie od wyniku kontroli	560
8.1. Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego.....	560
8.2. Wnioski praktyczne	564
9. Pobór lub dochodzenie należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym.....	564
9.1. Próg bagatelności.....	564
9.2. Wnioski praktyczne	566
10. Czynności sprawdzające	566
Bibliografia.....	569
Orzecznictwo.....	583

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- AIA – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13.06.2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji) (Dz.Urz. UE L 2024/1689)
- dyrektywa 2011/24/UE – dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45 ze zm.)
- EKPC – Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- k.c. – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2025 r. poz. 1071 ze zm.)
- KEL – uchwała nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18.05.2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf (dostęp: 23.02.2026 r.)
- k.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2025 r. poz. 383 ze zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p. – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 277 ze zm.)
- k.p.a. – ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1691)
- k.p.c. – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 1568 ze zm.)
- k.p.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 46 ze zm.)
- k.r.o. – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2026 r. poz. 236)
- k.w. – ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2025 r. poz. 734 ze zm.)
- p.p.s.a. – ustawa z 30.08.2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz.U. z 2026 r. poz. 143 ze zm.)
- pr. atom. – ustawa z 29.11.2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. z 2026 r. poz. 1)

-
- | | | |
|------------------------|---|--|
| p.r.d. | - | ustawa z 20.06.1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1251 ze zm.) |
| pr. farm. | - | ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2025 r. poz. 750 ze zm.) |
| r.d.m. | - | rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798 ze zm.) |
| RODO | - | rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. z 2016 r. L 119, s. 1 ze sprost.) |
| r.o.w.u. | - | rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.) |
| rozporządzenie Rzym I | - | rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 593/2008 z 17.06.2008 r. w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań umownych (Rzym I) (Dz.U. z 2008 r. L 177, s. 6 ze sprost.) |
| rozporządzenie Rzym II | - | rozporządzenie (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z 11.07.2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych („Rzym II”) (Dz.U. z 2007 r. L 199, s. 40) |
| r.s.o.r.d. | - | rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11.04.2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834) |
| r.s.o.t. | - | rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.08.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1194) |
| r.z.d.z.m. | - | rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.06.2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. z 2025 r. poz. 866) |
| u.d.l. | - | ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 ze zm.) |
| u.f.p. | - | ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1483 ze zm.) |
| u.i.d.p. | - | ustawa z 17.02.2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2025 r. poz. 1703 ze zm.) |
| u.j.o.z. | - | ustawa z 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692) |
| u.k.p. | - | ustawa z 5.01.2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2025 r. poz. 1226 ze zm.) |
| u.o.z.p. | - | ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r. poz. 917 ze zm.) |
| u.p.o.z. | - | ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 515) |
| u.p.k. | - | ustawa z 30.05.2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 1796 ze zm.) |

u.p.p.	-	ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.)
u.p.p.d.	-	ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1673 ze zm.)
u.r.l.	-	ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 253)
u.s.i.o.z.	-	ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2026 r. poz. 208 ze zm.)
u.s.p.r.	-	ustawa z 22.11.2013 r. o o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1354)
ustawa o Policji	-	ustawa z 6.04.1990 r. o Policji (Dz.U. z 2025 r. poz. 636 ze zm.)
ustawa o PRM	-	ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2026 r. poz. 141 ze zm.)
ustawa o ŻW	-	ustawa z 24.08.2001 r. o Żandarmerii Wojskowej i wojskowych organach porządkowych (Dz.U. z 2026 r. poz. 159)
u.ś.o.z.	-	ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.)
u.ś.u.d.e.	-	ustawa z 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2024 r. poz. 1513 ze zm.)
u.w.m.	-	ustawa z 7.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1620 ze zm.)
u.w.t.p.a.	-	ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151 ze zm.)
u.z.f.	-	ustawa z 10.12.2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2025 r. poz. 608 ze zm.)
u.z.l.	-	ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2026 r. poz. 37 ze zm.)
u.z.p.p.	-	ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2026 r. poz. 15 ze zm.)
u.z.z.z.ch.	-	ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 r. poz. 1675 ze zm.)
zarządzenie 22/2025/DSOZ	-	zarządzenie nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 31.03.2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 22)

Czasopisma, zbiory orzecznictwa

M. Praw.	-	Monitor Prawniczy
OSNC	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNC-ZD	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna – Zbiór Dodatkowy
OSNK	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna
OSNKW	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSP	-	Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPiKA	-	Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	-	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
PiM	-	Prawo i Medycyna
PiP	-	Państwo i Prawo

WSTĘP

Oddawana do rąk Czytelników publikacja odnosi się nie tylko do aspektów prawnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ale i do kwestii szeroko pojętego zarządzania w ochronie zdrowia.

Opracowanie podzielono na dwie niezależne części. W pierwszej zostały omówione prawa pacjenta w ujęciu regulacyjnym i zarządczym, realizacja praw pacjentów w praktyce, a także nowe technologie w ochronie zdrowia, w tym telemedycyna, biometria, *biohacking* i reguły funkcjonowania systemów AI. Ze względu na dynamikę wprowadzanych zmian prawnych, w części dotyczącej nowych technologii poruszono zagadnienia dotyczące projektów, które odnoszą się do nowych funkcjonalności w e-zdrowiu, w tym Platformy Usług Inteligentnych, wykorzystujących zautomatyzowane decyzje systemów AI. Część druga opracowania, stanowiąca niejako naturalne uzupełnienie wcześniej zaprezentowanej tematyki, odnosi się do zasad kontraktowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dokładaliśmy wszelkich starań, aby tekst opracowania nie stanowił jedynie opisu obowiązujących regulacji prawnych, ale był punktem wyjścia do analizy praktycznej. Stąd też zaprezentowano procedury, jakie mogą zostać zastosowane przez kadrę menadżerską zarządzającą podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Kierując się zasadą *tantum scimus, quantum memoria tenemus* (tyle wiemy, ile pamiętamy), w pierwszej części publikacji skoncentrowano się na wsparciu analizy prawnej przykładami, uwagami i rozwiązaniami praktycznymi, których zarówno zapamiętanie, jak i wdrożenie stanowi niejako oczywisty wynik zapoznania się z tekstem. Tym samym odstąpiono od dogłębnych analiz i hermeneutycznych reguł interpretacji, zgodnie z którymi zrozumienie całości przekazu uzależnione jest ściśle od zrozumienia jego poszczególnych części.

Podczas przygotowywania fragmentu opracowania dotyczącego nowych technologii w ochronie zdrowia nieustannie towarzyszyły nam słowa S. Lema: „Nasza umiejętność

przystosowania i powodowanej nim akceptacji wszystkiego jest jednym z naszych największych zagrożeń”¹.

Truizmem jest obecnie twierdzenie, że jedyną stałą w otaczającym nas świecie jest ciągła zmiana. Znajduje to szczególne uzasadnienie w obszarze ochrony zdrowia, w tym jego cyfryzacji i dynamicznym wyposażaniu w narzędzia teleinformatyczne i wspomagające systemy AI.

Z jednej strony bez umiejętności przystosowania i osvajania się z nowościami nie moglibyśmy funkcjonować. Z drugiej jednak strony bezkrytyczne przyjmowanie nowych rozwiązań i funkcjonalności stwarza zagrożenia, których skutki mogą mieć wpływ na jakość udzielanych świadczeń, bezpieczeństwo pacjenta, jak i cały ekosystem ochrony zdrowia i e-zdrowia. Jedynym rozwiązaniem wydaje się zatem kontrolowanie ciągłej zmiany i wybieganie o krok do przodu w celu przewidywania i zapobiegania potencjalnym zagrożeniom, w tym takim, które mają charakter cyberataków.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja stanie się źródłem wiedzy i praktycznych wdrożeń. Obecnie znajomość prawa w ochronie zdrowia to bez wątpienia umiejętność wykorzystywania przepisów, co pozwala na bezpieczne funkcjonowanie w relacji z pacjentami, a także korzystanie z nowych technologii dla ulepszenia realizowanych świadczeń zdrowotnych. Nieodłącznym elementem jest jednak umiejętność oceny ryzyka prawnego, co umożliwia podejmowanie optymalnych decyzji w procesie zarządzania podmiotem leczniczym i wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z przyjętymi priorytetami.

Chcąc dokonać podsumowania celu, w jakim zostało przygotowane opracowanie, należy podkreślić, że prawo i zarządzanie to stan synergii, który przesądza o ich nierozzerwalności i wpływie na jakość i bezpieczeństwo. Podstawą zrozumienia mechanizmów rządzących wspomnianą synergią jest przede wszystkim świadomość, a następnie wiedza i dostęp do praktycznych narzędzi, z których, mamy nadzieję, Czytelnik sięgający po tę książkę skorzysta.

Przekazując wyniki naszej pracy, życzę Państwu niesłabnącego przekonania, że prawo medyczne to dzisiaj w dużej mierze nowe technologie, które jednak nie mogłyby funkcjonować w obszarze zdrowia, gdyby nie najważniejszy i napędzający ich rozwój czynnik – człowiek.

Justyna Król-Calkowska

¹ S. Lem, *Głos Pana*, Kraków 2020.

Rozdział I

PRAWA PACJENTA W UJĘCIU PRAWNYM I ZARZĄDCZYM

1. Prawo medyczne. Zakres i specyfika pojęcia

Głównym celem niniejszego rozdziału jest dokonanie syntetycznej analizy przepisów prawa medycznego w zakresie odnoszącym się do praw pacjenta i bezpośrednio powiązanych z nimi obowiązków personelu medycznego. Kontekst zarządzania stanowi nową jakość w publikacjach prawniczych odnoszących się do szeroko pojętej ochrony zdrowia i udzielania świadczeń zdrowotnych. Elementy związane z zarządzaniem mają znaczenie nie tylko z perspektywy klinicznej i konsumenckiej, ale również z perspektywy zarządzania ryzykiem prawnym, które w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nabiera szczególnego znaczenia.

Trużimem jest twierdzenie, że nieznajomość prawa stanowi ryzyko dla osób wykonujących zawody medyczne i kadry zarządzającej podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Odnosząc się do znaczenia prawa w kontekście zarządzania podmiotem wykonującym działalność leczniczą, konieczne jest wskazanie, że zarówno sama znajomość regulacji prawnych, jak i ich wdrożenie do systemów i procedur przyjmowanych w jednostkach ochrony zdrowia stanowi o optymalizacji poszanowania praw pacjentów, a także jakości procesów zarządczych, konsumenckich i klinicznych.

Analiza przedmiotowych kwestii wymaga odpowiedzi na pytanie, czym jest prawo medyczne i czy zasadne jest posługiwanie się tym terminem zamiast bardziej ogólnym pojęciem, jakim jest prawo ochrony zdrowia lub prawo w medycynie. Niżej przedstawiono poglądy reprezentantów doktryny, które stanowią punkt wyjścia do odpowiedzi na postawione pytanie.

Według L. Kubickiego prawo medyczne to ogół norm prawnych dotyczących szeroko rozumianej relacji, jaka zachodzi między pacjentem a całą złożoną infrastrukturą instytucjonalną oraz różnymi kręgami osobowymi, które udzielają wszelkiego rodzaju

świadczeń zdrowotnych¹. W swoich pracach autor dokonuje rozróżnienia na prawo medyczne *sensu stricto* i *sensu largo*. Istotą wąskiego ujęcia jest relacyjność, w jaką wchodzi pacjent z innymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. Ujęcie szerokie obejmuje przepisy regulujące wykonywanie zawodów medycznych, jak też przepisy innych reżimów prawnych oddziałujących na relację, w której może znaleźć się pacjent.

Z kolei A. Fiutak wskazuje, że prawo medyczne to zbiór przepisów prawnych regulujących prawa i obowiązki pacjenta i personelu medycznego (m.in. pielęgniarki, położnej, lekarza, lekarza denty, ratownika) oraz sposób funkcjonowania NFZ, zakładów opieki zdrowotnej, a także innych podmiotów świadczących usługi medyczne. W ujęciu szerokim to także przepisy z zakresu innych gałęzi prawa, odnoszące się do wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki².

Natomiast M. Nesterowicz przedstawia prawo medyczne jako wyodrębnioną dyscyplinę prawniczą, do której należą normy z innych tradycyjnych gałęzi prawa, jak prawo cywilne, prawo karne, prawo administracyjne, prawo konstytucyjne, prawo międzynarodowe, prawo ubezpieczeń społecznych. Łączy je wspólny przedmiot i krąg adresatów, których prawo medyczne dotyczy³. Główne stosunki prawne istnieją między pacjentem a lekarzem i zakładem leczniczym.

Jak podkreśla Z. Banaszczyk, pojęcie prawa medycznego można rozumieć dwojako. W znaczeniu ścisłym jest to zbiór przepisów prawnych określających prawa i obowiązki pacjenta, personelu medycznego, a także sposób funkcjonowania NFZ, podmiotów świadczących usługi medyczne oraz ich jednostek organizacyjnych. W znaczeniu szerszym obejmuje ono swym zakresem dodatkowo wszelkie przepisy innych dziedzin prawa, które odnoszą się do wykonywania zawodów medycznych⁴.

Według M. Safjana trzon prawa medycznego stanowią stosunki prawne między pacjentem a personelem medycznym. Stosunki te nie ograniczają się wyłącznie do relacji pacjent – lekarz, ale dotyczą także na przykład relacji prawnych między średnim personelem medycznym czy przedstawicielami świata nauk medycznych przeprowadzającymi badania nad nowymi metodami leczenia lub nowymi lekami⁵. Autor zwraca także uwagę, że od pewnego momentu problematyka prawa medycznego obejmuje również otoczenie, w jakim relacja ta jest zawiązywana, akcentując postępującą regulację instytucji ochrony zdrowia.

¹ L. Kubicki, *Prawo medyczne – próba ustalenia zakresu*, PiM 2000/5, s. 20.

² A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2016, s. 3.

³ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 15.

⁴ Z. Banaszczyk, *Właściwość i elementy prywatnego stosunku prawa medycznego – założenia ogólne i metodologiczne*, „Studia Prawa Prywatnego” 2015/1, s. 30.

⁵ M. Safjan [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I. *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 3–4.

Z kolei T. Dukiet-Nagórska wskazuje, że: „Na prawo medyczne składa się stosunkowo duża liczba aktów prawnych, które nie są ze sobą zharmonizowane, przy czym występujące niespójności ujawniają się w obszarach o podstawowym znaczeniu zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjentów. Z tej przyczyny nieodzowne jest podjęcie działań zmierzających do poprawy stanu rzeczy – efektem czego powinno być prawo spełniające standardy prawidłowej legislacji”⁶.

Z zaprezentowanych wyżej wypowiedzi przedstawicieli doktryny płyną następujące wnioski. Prawo medyczne nie jest samodzielna, autonomiczną gałęzią prawa. W doktrynie podkreślano, że prawo medyczne stanowi gałąź prawa *in statu nascendi*⁷, co uzasadnione jest metaprzecieżmiotem regulacji, jakiej dotyczy. Dokonując ogólnej analizy, należałoby raczej stwierdzić, że prawo medyczne jest konglomeratem norm prawnych różnych reżimów (normy prawa publicznego – konstytucyjnego, administracyjnego, karnego, ubezpieczeń społecznych i prywatnego – cywilnego, pracy, handlowego), stosowanych z uwagi na wspólne punkty odniesienia. Brak jednolitej metody regulacji powoduje, że prawo medyczne można określić mianem regulacji synkretycznej.

Wyróżnienie prawa medycznego jako dyscypliny naukowej nie następuje więc ze względów metodologicznych. Podstawą tego wyróżnienia, podobnie jak w przypadku prawa pracy, są względy przedmiotowe. Prawo pracy jako gałąź prawa prywatnego obejmuje regulację ogółu stosunków pracy konkretnego pracownika i pracodawcy oraz regulację organizacji pracodawców i pracowników, układów i sporów zbiorowych, a także partycypacji pracowniczej i dialogu w zbiorowych stosunkach pracy. W systemie polskiego prawa pracy obok Kodeksu pracy źródłem prawa są też inne, liczne ustawy. Jest to następstwo faktu, że Konstytucja RP co do zasady nie tworzy barier dla ustawodawstwa pracy ani w sferze podmiotowej, ani w sferze przedmiotowej. Przepisy prawa pracy są rozproszone w aktach prawnych różnego rzędu, odnoszących się do różnych dziedzin gospodarki.

Podobny stan cechuje prawo medyczne. Jego wyróżnienie czerpie uzasadnienie ze wzmożonej aktywności legislacyjnej państwa w sferze ochrony zdrowia, obserwowanej na przestrzeni ostatnich trzech dekad.

Impulsem powstawania ustawodawstwa branżowego było, i nadal jest, wiele czynników, które wzajemnie na siebie oddziałują. W pierwszej kolejności należy wskazać na czynniki polityczne. Zmiany ustrojowe, które nastąpiły w Polsce po 1989 r., rozpoczęły intensywny proces przebudowy państwa, w szczególności zredefiniowania jego roli w wielu aspektach życia społecznego. Porzucenie modelu gospodarki socjalistycznej otworzyło przestrzeń dla wolnego rynku, opartego na własności prywatnej. Umożliwiło

⁶ T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie nowelizacji prawa medycznego*, PiM 2002/11, s. 7–8.

⁷ L. Kubicki, *Prawo...*, s. 19–26.

obywatelom podejmowanie na szeroką skalę inicjatyw gospodarczych także na polu działalności leczniczej.

Wzrost dostępności świadczeń zdrowotnych wymagał znormatywizowania reguł ich oferowania i wykonywania. Pojawiały się akty prawne regulujące rynek zdrowia *in genere* (w tym m.in. ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁸, którą zastąpiła ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej), publiczny system ochrony zdrowia (ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁹, zastąpiona ustawą z 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁰, a następnie ustawą z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej), system państwowego ratownictwa medycznego (ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym) czy system ochrony zdrowia psychicznego (ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego).

Złożoności procesów gospodarczych zaczęła towarzyszyć atomizacja zawodów medycznych, których liczba regularnie rośnie i których większość została objęta regulacją ustawową (ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawa z 15.09.2022 r. o medycynie laboratoryjnej¹¹, ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty¹², ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera¹³, ustawa z 17.08.2023 r. o niektórych zawodach medycznych¹⁴).

Wśród istotnych czynników politycznych należy wymienić także akcesję Polski do Unii Europejskiej, która spowodowała między innymi konieczność dostosowania prawa krajowego do europejskich standardów ochrony życia i zdrowia człowieka. W drugiej kolejności warto wskazać na postęp naukowy, zwłaszcza rozwój medycyny. W części nowych procedur zaczęto upatrywać szans, w innych zagrożeń dla wartości objętych ochroną.

Ustawodawca stanął przed wyzwaniem rozwiązania problemów rodzących napięcia społeczne, co skutkowało wejściem w życie między innymi ustawy z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania

⁸ Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm. Ustawa uchylona 1.07.2011 r.

⁹ Dz.U. Nr 28, poz. 153. Ustawa uchylona 1.04.2003 r.

¹⁰ Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm. Ustawa uchylona 1.10.2004 r.

¹¹ Dz.U. z 2025 r. poz. 1295.

¹² Dz.U. z 2023 r. poz. 1213.

¹³ Dz.U. z 2022 r. poz. 1529 ze zm.

¹⁴ Dz.U. z 2025 r. poz. 1730.

cięży¹⁵, ustawy z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁶, ustawy z 25.06.2015 r. o leczeniu niepłodności¹⁷.

Myśl naukowa rozwijała się także w dyscyplinach oddziałujących na medycynę. W osiągnięciach innych nauk ustawodawca zaczął upatrywać możliwości udoskonalenia systemu ochrony zdrowia, czego wyrazem jest między innymi ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

W trzeciej kolejności jako przyczyny nowych inicjatyw legislacyjnych trzeba zaakcentować zmiany społeczne, które nastąpiły na wielu polach. Zmiany struktury demograficznej społeczeństwa (wydłużenie okresu życia przy spadku przyrostu naturalnego), powodujące spadek liczby pracowników systemu ochrony zdrowia i szybki proces starzenia społeczeństwa, generują wzrost nakładów na opiekę zdrowotną. Postępująca urbanizacja przyspiesza wzrost zanieczyszczenia środowiska, a w konsekwencji wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe, choroby płuc i układu krążenia, których leczenie jest trudne i kosztochłonne. Ujemnie na kondycję zdrowotną wpływają także zmiany stylu życia, w którym jednostka jest coraz bardziej ekspozowana na stres, nierozładowywany aktywnością fizyczną, lecz używkami i genetycznie zmodyfikowanymi produktami spożywczy. Niebagatelne znaczenie odgrywają również zmiany na rynku pracy, gdzie rosnący rozdzźwięk między liczebnością personelu medycznego a liczbą pacjentów utrudnia prawidłowe ułożenie relacji.

Ustawodawca przedsięwzię próby opanowania tych zjawisk, zachęcając samorząd terytorialny do podejmowania lokalnych inicjatyw z zakresu profilaktyki zdrowotnej, opracowuje strategię zdrowia publicznego (ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym¹⁸), wprowadza rozwiązania problemów wspólnych dla populacji (ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawa z 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi¹⁹), jak również wzmacnia pozycję pacjenta (ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa z 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta²⁰).

Regulacje szeroko pojętego prawa medycznego nie mają bezwzględnie jednolitego charakteru prawnego. Wspólnym mianownikiem dla subgałęzi, jaką jest prawo medyczne, jest przedmiot jego regulacji, który można określić ogólnie jako ochronę zdrowia. Stanowi on wielopoziomową, przenikającą się strukturę, gdzie kwestie związane z ochroną zdrowia *sensu stricto* wiążą się nierozzerwalnie z pozaleczniczymi elementami mającymi wpływ na realizację świadczeń służących jego ochronie.

¹⁵ Dz.U. z 2022 r. poz. 1575.

¹⁶ Dz.U. z 2023 r. poz. 1185.

¹⁷ Dz.U. z 2020 r. poz. 442.

¹⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 1670 ze zm.

¹⁹ Dz.U. z 2024 r. poz. 1782.

²⁰ Dz.U. poz. 1692.

Regulacje prawa medycznego dotyczą zarówno stosunków z zakresu prawa publicznego, jak również prawa prywatnego. Relacje prywatnoprawne między lekarzem a pacjentem nie mogą zostać wyodrębnione jako samodzielna struktura, której podstawę stanowi umowa zawarta w oparciu o swobodę woli stron. Powyższe wynika ze wspomnianej wielopoziomowości regulacji, wśród których istotne znaczenie odgrywiają organizacja instytucji ochrony zdrowia, zasady finansowania świadczeń zdrowotnych, zasady dystrybucji produktów leczniczych, a także mechanizmy kontroli świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nie sposób również postrzegać z perspektywy wyłącznie prawa prywatnego tych kwestii, które dotyczą wykonywania badań na ludziach, w tym prowadzenia badań klinicznych bądź prowadzenia eksperymentów medycznych dla celów leczniczych czy naukowych. W strukturę wielu czynności będących przedmiotem regulacji prawa medycznego wpisane są nierozdzielnie normy określające zasady ich wykonywania, w tym kompetencje osób, które mogą je realizować.

Normy prawa medycznego przybierają charakter publicznoprawny, kiedy wymaga tego ochrona interesu publicznego lub ochrona interesu osób trzecich. Względem na te wartości motywuje ustawodawcę do posłużenia się normami prawa publicznego w celu ograniczenia autonomii woli stron, jej wyłączenia czy też nałożenia na strony dodatkowych obowiązków. Jako przykłady stosunków publicznoprawnych można wskazać relacje między lekarzem wojskowym a żołnierzem, pacjentem przymusowo umieszczonym na oddziale zamkniętym szpitala psychiatrycznego, pacjentem osadzonym w zakładzie karnym, świadczeniodawcą a pacjentem poddanym leczeniu odwykowemu, a także pacjentem leczonym w trybie przymusowej hospitalizacji chorób zakaźnych. Przykładem są również sytuacje, w których pacjent poddaje się działaniom świadczeniodawcy w celach orzecznich, kreujących dla niego określoną sytuację prawną, procesową albo stwarzającą określone prawa.

Odmienność prawa medycznego, a co za tym idzie jego niedefiniowalność jako odrębnej gałęzi, podyktowane są również metodą regulacji jego przedmiotu. Bez wątpienia metody tworzenia prawa medycznego powinny odbiegać od klasycznych instrumentów ukształtowanych przez praktykę parlamentarną i legislacyjną. Obecnie jest to w pełni uzasadnione nie tylko rozwojem medycyny, ale również postęпами inżynierii genetycznej, nanotechnologii, biotechnologii, a także rozwojem systemów AI wykorzystywanych w ochronie zdrowia. Zróżnicowanie przedmiotu regulacji prawa medycznego implikuje znaczenie orzecznictwa sądowego.

Ze względu zarówno na metazakres regulacji odnoszących się do ochrony zdrowia, jak i partykularnych stosunków na poziomie lekarz – pacjent, prawo medyczne wyzwala naturalne luki, które nie mogą zostać zagospodarowane w drodze konkretnych regulacji. Wynika to nie tylko z dynamiki zmian charakterystycznych dla regulowanego obszaru, ale także ze zmian społecznych i zmiany postrzegania procesów, które niegdyś nie były akceptowalne lub były identyfikowane z sytuacjami patologicznymi. Można zaryzykować stwierdzenie, że luki prawa medycznego stanowią przestrzeń dla zindywi-

dualizowanego podejścia do tych zagadnień ochrony zdrowia, których źródło nie jest związane z poprawą zdrowia *per se*, ale raczej z utrzymaniem dobrostanu psychicznego w warunkach subiektywnej oceny określonego podmiotu. Przykładem jest chociażby medycyna *anti-aging* czy też świadczenia połączone z korektą płci.

Dla określenia prawa medycznego stosuje się niekiedy pojęcia „biojurysprudencja”²¹ i „bioprawo”²², które określają zbiór norm prawnych regulujących zagadnienia dotyczące ochrony życia człowieka od chwili jego poczęcia aż do śmierci. Z perspektywy zagadnień poruszanych w kolejnych rozdziałach pojęcie jurysprudencji wydaje się niezwykle adekwatne, co uzasadnione jest niesprecyzowaną prawnie terminologią świadczeń estetycznych i czynności zmierzających do korekty płci, na różnych etapach tego postępowania. Biojurysprudencja jako pojęcie będące w naturalnej filiacji z jurysprudencją socjologiczną stanowi punkt wyjścia do stworzenia i przyjęcia regulacji normujących ramy świadczeń, których charakter i zakres nie są dzisiaj definiowane na gruncie polskiego prawa.

Co więcej, prawo medyczne w wąskim ujęciu tego terminu nie odpowiada na potrzeby związane z wykonywaniem czynności z pogranicza, tj. czynności, które nie zostały zakwalifikowane jako bezpośrednio związane z poprawą zdrowia, czy też z leczeniem choroby bądź dysfunkcji. Uwzględnienie elementu socjologicznego przy tworzeniu regulacji prawnych związanych z wykonywaniem świadczeń estetycznych i tych, które związane są z korektą płci, wydaje się niezbędne i niepomijalne, co wynika z faktycznych zmian społecznych, jak również tendencji do inkluzywnego traktowania przekonań jednostki co do własnego zdrowia i odczuwanej tożsamości płciowej.

W opinii autorki trudnym, ale niezbędnym zabiegiem stanowiącym podstawę uporządkowania i ujednoczenia prawa medycznego jest paradoksalnie jego podział na dyscypliny prawa ochrony zdrowia i prawa w medycynie. Prawo ochrony zdrowia należałoby identyfikować z materią dotyczącą eliminowania choroby i jej następstw, w tym między innymi przez inicjatywy i programy społeczne, zrównoważony rozwój będący podstawą eliminowania zagrożeń środowiskowych, socjalnych oraz tych, które mogą bądź są generowane przez nowe technologie, a także zmiennymi związanymi z organizacją, finansowaniem i kontrolą udzielanych świadczeń. Z kolei prawo w medycynie odpowiada materii generowanej na płaszczyźnie udzielania świadczeń zdrowotnych *sensu stricto* przez uprawnione podmioty. Pozorny dualizm wskazanych dyscyplin stanowi w istocie rzeczy synkretyczną koniunkcję między zmiennymi techniczno-formalnymi i tymi, które stanowią podstawę bezpośredniej ingerencji w ludzki organizm.

²¹ R. Tokarczyk, *Biojurisprudenz. Eine Richtung der Jurisprudenz – Grundriss der Problematik* [w:] *Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin. Bloss ein Mittel zum Zweck?*, red. J.C. Joerden, Berlin–Heidelberg–New York 1999, s. 91–103.

²² C. Neirinck, *De la bioéthique au bio-droit*, Paris 1994; Bioéthique, Les Documents Législatifs de l'Assemblée Nationale, №. 3525, Paris 2002.

W omawianym zakresie trzeba odnieść się do pojęcia „umowa o świadczenie usług zdrowotnych”, które mimo pozornej różnicy jest tożsame z pojęciem „umowa o realizację świadczenia zdrowotnego” w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Pojęcie świadczenia zdrowotnego wiąże się w swojej istocie z realizacją czynności na rzecz pacjenta w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a co za tym idzie z koncentracją na obowiązku starannego działania, którego finalny efekt nie może zostać z góry zaplanowany przez strony nawiązanego stosunku. Świadczenie zdrowotne cechuje jednoczesność aktu wytworzenia i jego konsumpcji. Co do zasady nie istnieje możliwość wygenerowania świadczenia zdrowotnego na przyszłość, co różni je konstrukcyjnie od klasycznej usługi.

Umowa, której świadczenie zdrowotne jest przedmiotem, nie stanowi zobowiązania polegającego na przeniesieniu prawa, przeniesieniu posiadania albo oddaniu przedmiotu do korzystania. Ponadto przedmiot świadczenia będący rdzeniem tej umowy nie istnieje w chwili zawiązania stosunku obligacyjnego. Umowę o świadczenie zdrowotne, podobnie jak umowę o świadczenie usług, charakteryzuje naturalna koniunkcja między przedmiotem świadczenia a samym świadczeniem. Tym samym nie można wyodrębnić produktu, który powstaje niezależnie od działania personelu medycznego. Wartość i jakość świadczenia nie stanowią samodzielnego i niezależnego elementu od świadczenia rzeczy lub wartości niematerialnej²³. Oznacza to, że cechy wykonania świadczenia (jego jakość i wartość) są nierozdzielnie związane z samym faktem jego wykonania i nie istnieją jako oddzielny, dający się wydzielić składnik majątku, który można by sprzedać lub wycenić niezależnie od tego świadczenia.

Konkludując, umowa o świadczenie zdrowotne nie jest zbliżona do umowy o świadczenie usług, ale jest w rzeczywistości usługą. W orzecznictwie podkreśla się, że: „Z przepisów k.c. odnoszących się do umów o świadczenie usług, do których odpowiednio mają zastosowanie przepisy o zleceniu (art. 750 k.c. w związku z art. 734 k.c. i nast.) wynika, że przedmiotem tychże umów jest wykonywanie lub wykonanie czynności dla innej osoby (osób) i w jej (ich interesie), które polega na zobowiązaniu do starannego działania, z czym łączy się jednocześnie brak uzgodnienia obowiązku osiągnięcia szczegółowo określonego, przeszłego, samoistnego materialnego lub ucieleśnionego materialnie rezultatu, uznawanego za kryterium prawidłowego spełnienia świadczenia głównego przez wykonującą usługę (stąd jest to umowa starannego działania, a nie rezultatu), jak i na osobistym spełnieniu świadczenia przez wykonawcę (usługobiorcę; zleceniobiorcę). Umowy te charakteryzuje oparcie ich na szczególnym zaufaniu do wykonującego usługę”²⁴. Jakkolwiek sama konstrukcja umowy o świadczenie usług jest tożsama z przedmiotem umowy o świadczenie zdrowotne, a wspólnym punktem ich obu jest przede wszystkim reguła starannego działania, tak trudność koncentruje się wokół

²³ Zob. G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne jako źródło prywatnoprawnego stosunku prawa medycznego. Glosa do wyroku SA z 7.10.2020 r., V ACa 266/20, PS 2022/3, s. 109–119.*

²⁴ Wyrok NSA z 28.05.2024 r., II GSK 2437/23, LEX nr 3720198.

spełnienia kryterium wynikającego z normy określonej w art. 750 k.c. W przypadku umowy o świadczenie zdrowotne adekwatne staje się wyłącznie odpowiednie stosowanie przepisów dotyczących zlecenia, co wynika z istoty ostatniego.

Ze względu na charakter zawodu medycznego i specyfikę świadczenia zdrowotnego należy przyjąć, że umowa zawierana między stronami stosunku obligacyjnego ma charakter umowy o świadczenie usług w rozumieniu tytułu XXI księgi trzeciej Kodeksu cywilnego. Umowa zawarta w przedmiocie realizacji świadczeń o charakterze wyłącznie estetycznym spełnia kryteria umowy gospodarczej, której głównymi cechami są konsensualność, kauzalność, wzajemność i odpłatność, a także ciągłość w okresie jej obowiązywania. Należy jednak zaznaczyć, że umowa o świadczenie usług, których przedmiotem jest świadczenie estetyczne, nie wiąże się z osiągnięciem celu charakterystycznego dla świadczenia zdrowotnego. Powoduje to zmianę jej charakteru z klasycznej umowy starannego działania na umowę mieszaną, mieszczącą w sobie elementy umowy o świadczenie usług, umowy o dzieło i umowy sprzedaży.

Na marginesie warto wspomnieć, że relacja między osobą wykonującą zawód medyczny i osobą poddawaną świadczeniom estetycznym, które nie są *stricte* identyfikowane ze świadczeniami zdrowotnymi, jest zbliżona do stosunku, jaki łączy konsumenta z usługodawcą, podejmującym działania zgodnie z jego wolą i w określonym z góry zakresie.

Zgodnie z art. 3a ust. 1 u.p.k. przepisów ustawy nie stosuje się do umów dotyczących usług zdrowotnych, które są świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, bez względu na to, czy są one oferowane za pośrednictwem placówek opieki zdrowotnej. Z treści przepisu wynika wprost, że jakkolwiek sytuacja osoby korzystającej z usług polegających na wykonaniu świadczeń estetycznych odpowiada konceptualnej strukturze konsumenta, tak wykluczone jest korzystanie z tego rodzaju ochrony przez osoby pobierające usługi zdrowotne.

Zbliżone rozważania należy odnieść do reguł wykonywania świadczeń estetycznych przez osoby, które nie posiadają wykształcenia medycznego ani też nie wykonują zawodów medycznych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, z tą jednak różnicą, że więź obligacyjna powstająca między stronami będzie w oczywisty sposób pozbawiona komponenty należytej staranności będącej refleksem działania w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej. Istotne wątpliwości rodzą się w omawianym zakresie na płaszczyźnie identyfikowania umowy o świadczenie usług estetycznych przez osoby spoza kręgów medycznych z usługą zdrowotną, o której mowa w art. 3a ust. 1 u.p.k.

W opinii autorki osoba korzystająca ze świadczeń estetycznych realizowanych przez przedsiębiorcę posiada bez wątpienia status konsumenta w rozumieniu art. 22¹ k.c. Przedmiotem umowy zawieranej między stronami jest bowiem usługa, której treść

wyznaczona jest w oparciu o kryteria subiektywne wynikające z indywidualnych potrzeb osoby poddającej się wybranej czynności. Główną cechą umowy nie jest staranne działanie, a wyznaczony i umówiony efekt, którego wytworzenie zależy od działania przedsiębiorcy. Osoba podejmująca się realizacji umowy nie należy do kręgu osób związanych z ochroną zdrowia, co wyklucza zastosowanie treści normy określonej w art. 3a ust. 1 u.p.k.

Celem umowy nie jest w żadnym razie polepszenie czy też utrzymanie zdrowia, a osoba poddająca się wybranej czynności nie zyskuje statusu pacjenta. Podobnie jak w przypadku umowy o świadczenie zdrowotne, usługą, której przedmiotem jest świadczenie estetyczne wykonywane przez osobę niewykonyującą zawodu medycznego, nie polega na przeniesieniu prawa, przeniesieniu posiadania albo oddaniu przedmiotu do korzystania. Przedmiot umowy nie jest jednak abstrakcyjny i polega na wykonaniu ściśle określonej czynności, nie zaś na udzieleniu świadczenia, którego efekt nie jest możliwy do przewidzenia. Tym samym za uzasadnione należy przyjąć stosowanie do umów o świadczenie usług estetycznych wykonywanych przez przedsiębiorców niewykonyjących zawodów medycznych przepisów odnoszących się do świadczenia usług z jednoczesnym odniesieniem do norm zakreślonych w treści ustawy o prawach konsumenta.

W relacji między osobą korzystającą ze świadczeń estetycznych a podmiotem „nie-medycznym”, który je wykonuje nie może być mowy o zastosowaniu przepisów prawa medycznego, a jedynie odpowiednich przepisów Kodeksu cywilnego i innych ustaw. Jakkolwiek prawo medyczne normuje relacje odnoszące się w szerokim rozumieniu do życia, zdrowia i szeroko pojętego funkcjonowania człowieka w wymiarze biologicznym, tak jego geneza, zakres regulacji i ich cel koncentrują się na systematyce aspektów wiążących się z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, w tym czynności pozaterapeutycznych, których wykonanie wpływa bezpośrednio lub pośrednio na zdrowie konkretnej jednostki lub innych osób. Prywatnoprawny charakter stosunku łączącego przedsiębiorcę i osobę korzystającą ze świadczeń estetycznych narzuca konieczność zastosowania przepisów prawa cywilnego, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które odnoszą się do świadczenia usług i sprzedaży. Nie wyklucza to stosowania regulacji dotyczących praw konsumenta korzystającego z usług, których specyfika związana jest z ingerencją w ludzkie ciało, niemniej ich charakter nie ma celu leczniczego ani związanego z ochroną zdrowia.

2. Prawa pacjenta

2.1. Uwagi ogólne

Prawa pacjenta to tematyka mająca znaczenie nie tylko z punktu widzenia poszanowania osoby, która zyskuje status pacjenta, ale również z perspektywy właściwego i bezpiecznego funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia. Katalog praw pacjenta określono w celu

zapewnienia właściwej opieki medycznej, która jest bezpieczna i skuteczna, mając na uwadze aktualną, dostępną na daną chwilę wiedzę medyczną. Analiza praw pacjentów pozwala na identyfikację potencjalnych zagrożeń i luk w systemie opieki zdrowotnej. Co więcej, właściwe zrozumienie wskazanej tematyki sprzyja przejrzystości w działaniu jednostek ochrony zdrowia.

Pacjenci, którzy są świadomi swoich praw, mają możliwość monitorowania jakości czynności medycznych i zgłaszania nieprawidłowości, które mogą wystąpić w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Świadomość posiadanych praw przyczynia się do budowania zaufania między pacjentami a personelem medycznym, a także promowania aktywnego udziału pacjentów w procesie podejmowania decyzji dotyczących planowanego postępowania. Analiza i popularyzacja praw pacjentów przyczyniają się do rozwoju i zwiększenia świadomości społecznej na temat szeroko pojętej ochrony zdrowia.

Analiza praw pacjentów jest niezbędna do zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, w tym regulacjami odnoszącymi się do jakości i bezpieczeństwa.

Kolejne podrozdziały zostały poświęcone omówieniu wybranych praw pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Mając na uwadze praktyczny cel publikacji, w niniejszym rozdziale dokonano analizy poszczególnych praw w kontekście prawnym, a także zarządczym, który ma kluczowe znaczenie dla podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Odnosząc się do praktycznego celu publikacji, w treści rozdziału zamieszczono odpowiedzi na pytania, które powstają w związku ze specyfiką poszczególnych praw osób ubiegających się o świadczenia zdrowotne lub już z nich korzystających.

2.2. Historyczny rys rozwoju praw pacjenta w Polsce

Związki prawa i medycyny widoczne były od najdawniejszych czasów. Najstarsza kodyfikacja dotycząca wykonywania zawodu lekarza pochodzi z czasów Hammurabiego (2200 r. p.n.e). W Kodeksie Hammurabiego „lekarza” wymienia się kilkakrotnie. Paragraf 218 stanowił, że jeśli lekarz zrobił pełnoprawnemu obywatelowi nożem z brązu ciężką operację i spowoduje, że pełnoprawny obywatel umrze, utną mu jego rękę. Mniejsza kara czekała lekarza za śmierć niewolnika na skutek takiej operacji – wtedy lekarz miał wynagrodzić pana „niewolnikiem za niewolnika”. Powyższa kodyfikacja odnosiła się między innymi do „błędów medycznych” i po raz pierwszy traktowała o odpowiedzialności lekarza²⁵.

²⁵ S. Smith, *The history and development of legal medicine* [w:] *Legal Medicine*, red. R.B.H. Gradwohl, St. Louis 1954, s. 1–19.

Z perspektywy prawa obowiązującego w starożytnym Rzymie istotnym osiągnięciem było określenie zasad odpowiedzialności lekarskiej²⁶. Według przekazu Ulpiana, żyjącego w okresie późnego prawa klasycznego, jeśli lekarz nieumiejętnie operował niewolnika, mógł być pociągnięty do odpowiedzialności z tytułu umowy najmu (*ex locato*) albo na podstawie *lex Aquilia*. Z przekazów Ulpiana wynika, że lekarz nie odpowiadał za każdy przypadek, gdy choroba prowadziła do śmierci pacjenta, ale ponosił odpowiedzialność za błąd spowodowany nieumiejętnością w leczeniu²⁷.

Według Gaiusa lekarz ponosił odpowiedzialność w przypadku, gdy zastosował niewłaściwie lek, a także gdy przeprowadził operację zgodnie z ówczesnymi zasadami sztuki, ale zaniechał opieki pooperacyjnej²⁸. W starożytnym Rzymie lekarz ponosił również odpowiedzialność za wywołanie rozstroju psychicznego w związku z podaniem niewłaściwych leków²⁹, podanie środków poronnych i kastrację³⁰.

W Egipcie lekarza, który przekroczył prawa medycyny opisane w specjalnej księdze, karano nawet śmiercią³¹.

Jakkolwiek w Europie działania na rzecz zdefiniowania praw pacjentów zostały zainicjowane już w VIII w., to w Polsce kwestie te były przedmiotem dyskusji środowiska medycznego dopiero w kolejnym stuleciu. W wieku XIX główna uwaga została poświęcona prawom i obowiązkom lekarzy, choremu zaś pozostawiono wyłącznie prawo do swobodnego wyboru lekarza. Wyjątkiem był Kodeks Warszawskiego Towarzystwa Medycznego z 1884 r., który w art. 9 upominał lekarza, aby ten nie wykorzystywał swojej przewagi nad pacjentem, natomiast art. 7 stanowił, że w razie niepomyślnych rokowań informację należy przekazać opiekunowi chorego, co w zasadach współczesnych należałoby uznać za niezgodne z prawem ograniczenie informacji.

Za pierwszy ogólnokrajowy kodeks etyczny powstały na ziemiach polskich uznaje się ogłoszone drukiem w 1876 r. w zaborze austriackim Uchwały Towarzystwa Lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle. W 1907 r. na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie uchwalono Kodeks Deontologii Lekarskiej, którego § 3 stanowił, że udzielenie pomocy

²⁶ Por. W. Osuchowski, *Zarys rzymskiego prawa prywatnego*, Warszawa 1962, s. 393; R. Taubenschlag, *Historia i instytucje rzymskiego prawa prywatnego*, Warszawa 1947, s. 222; K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, Warszawa 1970, s. 151 i n.

²⁷ Por. S.D. Martin, *The Responsibility of Skilled Workers in Classical Roman Law*, „The American Journal of Philology” 2001/122(1), s. 107–129.

²⁸ R. Zimmermann, *The Law of Obligations. Roman Foundations of the Civilian Tradition*, Oxford 1996, s. 386.

²⁹ K.H. Below, *Der Arzt im römischen Recht*, München 1953, s. 132.

³⁰ E. Nardi, *Procurato aborto nel mondo greco romano*, Milano 1971, s. 496; T. Mommsen, *Römisches Strafrecht*, Göttingen 1999, s. 637.

³¹ Por. W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1961, s. 39 i n.; J. Thorwald, *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga*, Warszawa 1990, s. 17–18.

lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem przypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej. Wyrażne wyeksponowanie praw pacjenta nastąpiło dopiero w okresie powojennym³².

Pierwotnie polskie środowisko lekarskie nie przywiązywało dużej wagi do respektowania praw pacjenta, a w szczególności prawa chorego do informacji i podejmowania świadomej decyzji. Przykładem takiego podejścia są ówczesne stanowiska lekarzy praktyków, którzy podkreślali, że ujawnienie całej prawdy, a nawet uprzedzenie pacjenta o niebezpieczeństwie zabiegu bądź wyrażenie przez lekarza wątpliwości co do wyniku leczenia lub operacji może ujemnie wpłynąć na stan nerwowy chorego i w ten sposób mu zaszkodzić, a oprócz tego spowodować, że z krzywdą dla siebie nie zgodzi się na leczenie lub zabieg³³.

Ogólnie przyjętą zasadą było ograniczanie informacji na podstawie swobodnie podjętej przez lekarza decyzji. W literaturze z lat 60. XX w. podkreślano, że: „Z zasady zataja się wobec chorego rozpoznanie raka, ujawniając tę informację jedynie jego rodzinie, jeżeli jest sposobność, aby z nią o tym porozmawiać”³⁴. Jednocześnie zaznaczano, że: „Nie uświadamia się szczegółowo chorego co do rodzaju zamierzonej operacji, co może wynikać z wątpliwego rozpoznania choroby przez lekarza lub troski o równowagę psychiczną pacjenta”³⁵.

W 1925 r. Sekcja Stomatologiczna XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich opublikowała Kodeks Deontologii Dentystycznej. Powołane w 1921 r. izby lekarskie przyjęły na Walnym Zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej w 1935 r. Zbiór zasad deontologii lekarskiej. W 1936 r. wydano pierwszy Kodeks lekarski.

Powrót do kwestii praw pacjenta nastąpił w ramach działań podjętych nad projektem Kodeksu deontologicznego prof. T. Kielanowskiego (1959) i Zbioru zasad etyczno-deontologicznych, uchwalonych w 1968 r. przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, w których skodyfikowano zgodę pacjenta na leczenie oraz lekarski obowiązek udzielenia pacjentowi informacji w sposób jasny (zasada 12).

W 1989 r. została przywrócona Izba Lekarska, której działania doprowadziły do przyjęcia w 1991 r. Kodeksu Etyki Lekarskiej³⁶. Kształt Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie

³² Z. Chłap, *Prawa pacjenta w europejskich kodeksach lekarskich*, „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996/5, s. 33–41; K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996/2, *passim*.

³³ W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej*, Warszawa 1958, s. 9.

³⁴ S. Nowicki, *Zabieg operacyjny jako zagadnienie społeczne i prawne*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1962/9, s. 867–868.

³⁵ S. Nowicki, *Zabieg...*, s. 868.

³⁶ S. Nowicki, *Zabieg...*, s. 189.

odnoszącym się do informowania chorego i wyrażania przez niego świadomej zgody został uchwalony przez VII Krajowy Zjazd Lekarzy w 2003 r.³⁷

Obecnie obowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony w trakcie XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18.05.2024 r., który odnosi się do klasycznych praw pacjenta, a ponadto określa prawa związane z wykorzystywaniem narzędzi telemedycznych i algorytmów AI.

W myśl art. 13 ust. 1 KEL obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Z kolei art. 15 ust. 1 KEL stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta.

Powstawanie *stricte* prawnych regulacji dotyczących praw pacjenta w Polsce przypada na rok 1918. Jakkolwiek w tym okresie nie były uchwalane akty normatywne dotyczące bezpośrednio praw pacjentów, to zaczęły obowiązywać regulacje odnoszące się do kwestii zabezpieczenia na wypadek choroby.

Aktem prawnym, który nawiązywał do kwestii uprawnień związanych z chorobą był dekret z 11.01.1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby³⁸. Na jego podstawie w 1920 r. powołano do życia powiatowe kasy chorych, a w miastach, gdzie liczba mieszkańców przekraczała 50 tys., utworzono miejskie kasy chorych. Rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z 22.03.1928 r. o zakładach leczniczych³⁹ określono zasady organizacji zakładów leczniczych, dokonując jednocześnie podziału na zakłady dla osób potrzebujących stałego pomieszczenia w celu leczenia i zakłady dla osób przychodzących. W 1933 r. kasy chorych zostały przekształcone w ubezpieczalnie społeczne na mocy ustawy z 28.03.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym⁴⁰, której celem było ujednoczenie i uporządkowanie przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych w Polsce, zróżnicowanych ze względu na odziedziczone po zaborach systemy. Z kolei celem ustawy z 15.06.1939 r. o publicznej służbie zdrowia⁴¹ było usystematyzowanie i zintegrowanie dotychczasowych rozwiązań, niemniej wybuch II wojny światowej udaremnił stosowanie jej zapisów.

Po zakończeniu II wojny światowej system ochrony zdrowia regulowały ustawa z 3.01.1946 r. o nadzorze nad lecznictwem⁴², a także ustawa z 28.10.1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia⁴³.

³⁷ Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 2.01.2004 r., „Biuletyn NRL” 2004/1(81).

³⁸ Dz.Praw. P.Pol. Nr 9, poz. 122.

³⁹ Dz.U. Nr 38, poz. 382 ze zm.

⁴⁰ Dz.U. Nr 51, poz. 396 ze zm.

⁴¹ Dz.U. Nr 54, poz. 342.

⁴² Dz.U. Nr 2, poz. 8.

⁴³ Dz.U. Nr 55, poz. 434 ze zm.

W tym okresie wprowadzono również pierwsze regulacje odnoszące się do świadomego uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia. Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z 28.10.1950 r. o zawodzie lekarza⁴⁴ dokonanie zabiegu operacyjnego wymagało zgody chorego, jeśli zaś chodzi o małoletnich i osoby dotknięte chorobą psychiczną lub niedorozwojem psychicznym zgody ustawowego przedstawiciela lub opiekuna faktycznego. Należy podkreślić, że był to jedyny przepis ustawy o zawodzie lekarza z 1950 r., który odnosił się do kwestii konieczności uzyskania zgody na interwencję medyczną. Jednocześnie ustawa nie zobowiązywała lekarza do udzielenia pacjentowi informacji na temat planowanego zabiegu, jego negatywnych następstw i powikłań oraz alternatywnych sposobów postępowania.

Ustawa o zawodzie lekarza z 1950 r. odnosiła się również do lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy w sytuacjach nagłych (art. 12), dopuszczalności przerywania ciąży w przypadkach zagrożenia zdrowia kobiety w ciąży, a także w sytuacji, gdy istniało uzasadnione podejrzenie potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez prokuratora, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa (art. 16). Ustawa regulowała także obowiązki lekarza w zakresie zachowania tajemnicy zawodowej, jak również definiowała wyjątki od jej zachowania (art. 14), konstytuując tym samym prawa pacjenta do wyrażania zgody na zabiegi operacyjne, prawo do poufności, a także prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nagłych.

Kilka lat po wejściu w życie ustawy o zawodzie lekarza uregulowano zagadnienia dotyczące terminacji ciąży, która była dopuszczalna w sytuacji istnienia wskazań lekarskich, trudnych warunków życiowych kobiety, a także w przypadku, gdy ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Regulacje ustawy z 27.04.1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁴⁵ definiowały prawo kobiety do planowania rodziny, dając możliwość podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży również w przypadku istnienia ciężkiej sytuacji życiowej.

Uchwalono również ustawę z 15.11.1956 r. o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych⁴⁶, a następnie ustawę z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny, w którym uregulowano zasady odpowiedzialności za „szkody medyczne”. Z dniem 15.01.1992 r. weszła w życie ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, regulująca zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i fragmentarycznie odnosząca się do praw pacjenta i obowiązków osób wykonujących zawody medyczne, a z dniem 27.09.1997 r. ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, obowiązująca do dnia dzisiejszego. Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowiła pierwszy akt prawny katalogujący prawa pacjentów, co stało się punktem wyjścia do odejścia od paternalistycznej relacji między pacjentem a perso-

⁴⁴ Dz.U. Nr 50, poz. 458 ze zm. Ustawa uchylona 27.09.1997 r.

⁴⁵ Dz.U. Nr 12, poz. 61 ze zm.

⁴⁶ Dz.U. Nr 54, poz. 243 ze zm.

nelem medycznym. Z kolei z dniem 1.07.2011 r. weszła w życie ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, która odnosi się do aspektów organizacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zasad ich funkcjonowania, czasu pracy pracowników medycznych, a także reguł kontroli i nadzoru.

Ustawa z 16.06.2023 r. o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta stanowi kontynuację działań na rzecz podnoszenia jakości opieki medycznej, ochrony praw pacjenta i monitorowania ich bezpieczeństwa w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

3. Pacjent *versus* chory

Przed rozpoczęciem analizy w przedmiocie praw pacjenta, konieczne jest wskazanie, że pojęcie „pacjent” należy odróżnić od pojęcia „osoba chora”, które w ujęciu potocznym wskazuje na osobę, u której postawiono rozpoznanie określonej choroby lub zmagającą się z dolegliwościami zdrowotnymi bądź dysfunkcjami mającymi negatywny wpływ na jakość życia lub codzienne funkcjonowanie.

Według definicji przyjętej przez WHO: „Choroba jest takim stanem organizmu, kiedy to czujemy się źle, a owego złego samopoczucia nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu. Przez dolegliwości rozumiemy przy tym doznania, które są przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń regulacji funkcji narządów”⁴⁷.

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje również, że przez „pacjenta” należy rozumieć osobę, która posiada prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy jest chora czy zdrowa⁴⁸. Ujęcie to ma jednak charakter generalny, skupiający się na kryterium przedmiotowym, jakim jest dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym tych, które mają charakter profilaktyczny i służą zapobieganiu powstawania i rozwojowi chorób, zaburzeń oraz innych niekorzystnych zjawisk społecznych.

Pojęcie pacjenta należy odnieść bezwzględnie do wymiaru socjologicznego, który wiąże się z przypisaniem pacjentowi ściśle określonej roli, która niekiedy modeluje całe jego życie. Rola pacjenta rozpoczyna się w momencie nawiązywania relacji z przedstawicielami zawodów medycznych i kończy, gdy problem zdrowotny zostaje rozwiązany lub czasowo zawieszony. Jak wspomniano wyżej, rola pacjenta stanowi w niektórych

⁴⁷ Zob. A. Oksiak-Podboraczyńska, *Fenomen procesu chorobowego w filozofii medycyny Adama Wrzoska*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2016/14(4), s. 9–25.

⁴⁸ A Declaration on the Promotion Rights of Patients in Europe, European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam, 28-30 March 1994, <https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-forerunners-of-the-charter/The-Declaration-on-The-Promotion-of-Patients-Rights-in-Europe.pdf> (dostęp: 14.01.2026 r.).

przypadkach jedną z kluczowych ról życiowych, co dotyczy osób chorych przewlekle lub nieuleczalnie⁴⁹.

Jakkolwiek treść niniejszego rozdziału nie zmierza do analizy pojęcia „pacjent” w wymiarze socjologicznym, tak właśnie ten aspekt ma istotny wpływ na kształtowanie relacji pacjenta z systemem opieki zdrowotnej, świadomym udziałem w procesie pobierania świadczeń zdrowotnych i wpływem na kształtowanie ich jakości.

Rozróżnienie pojęć „chory” i „pacjent” w ujęciu prawnym ma najbardziej jednoznaczny charakter. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. przez „pacjenta” należy rozumieć osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Literalne brzmienie tej definicji wskazuje, że pacjentem jest wyłącznie osoba, która wchodzi w relację z podmiotem bądź osobą udzielającą świadczeń zdrowotnych. Przy czym zakres świadczeń może być zróżnicowany, w zależności od kompetencji, jakie przysługują w ramach wykonywanego zawodu.

Osoba chora jest więc wyłącznie osobą cierpiącą, której dolegliwości mogą mieć charakter subiektywny bądź obiektywnie uzasadniony. Zwrócenie się o udzielenie świadczeń zdrowotnych, w tym próba nawiązania kontaktu z podmiotem uprawnionym do udzielania świadczeń zdrowotnych, a także samo korzystanie ze świadczeń implikuje uzyskanie statusu pacjenta, a co za tym idzie uprawnia go do korzystania z praw określonych w katalogu praw pacjenta wynikającym z treści ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jakkolwiek powyższe wywody stanowią z pozoru jasne objaśnienie pojęcia pacjenta, tak w praktyce pojawiają się pytania dotyczące znacznika temporalnego (chwili, momentu), w którym osoba chora nabywa ten status. Niżej zamieszczono odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania związane z omawianą tematyką, w tym:

- 1) Czy osoba znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego staje się pacjentem z chwilą zgłoszenia potrzeby uzyskania świadczenia czy też w momencie rozpoczęcia udzielania jej świadczeń zdrowotnych przez zespół ratownictwa medycznego?
- 2) Czy osoba zgłaszająca się samodzielnie do szpitalnego oddziału ratunkowego staje się pacjentem z chwilą pojawienia się w oddziale czy też z chwilą jej przyjęcia i dokonania oceny w ramach TRIAGE?
- 3) Czy osoba, która samowolnie opuściła podmiot wykonujący świadczenia w rodzaju leczenia całodobowe, stacjonarne jest pacjentem również po opuszczeniu jednostki?

⁴⁹ I. Taranowicz, *Rola społeczna chorego [w:] Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002, s. 79.

Rozważania w tym zakresie należy rozpocząć od odpowiedzi na pytanie, czy status pacjenta łączy się jednoznacznie z prawem do uzyskania świadczeń zdrowotnych, czy też pobieranie świadczeń stanowi kolejny etap wynikający z nabytego statusu. Jakkolwiek definicja „pacjenta” zawarta w art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. wskazuje, że staje się nim osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych, tak nie rozstrzyga, czy nabycie statusu pacjenta jest jednoznaczne z prawem do uzyskania świadczenia zdrowotnego. W niektórych przypadkach żądanie kierowane przez osobę chorą nie znajduje uzasadnienia w świetle aktualnej wiedzy medycznej, co powinno wykluczać wykonanie świadczenia. W tego rodzaju sytuacjach osoba zgłaszająca się o pomoc medyczną staje się formalnie pacjentem, co nie przesądza o konieczności wykonania wobec niej świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 u.p.p.

Formalne nabycie statusu pacjenta nie jest uzależnione od posiadanych uprawnień w zakresie korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Szczególne znaczenie ma to w odniesieniu do osób, których życie i zdrowie jest zagrożone. Zgodnie z art. 7 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Należy zaznaczyć, że przepis ten ma bardzo szeroki zakres, tj. nie zawęża pojęcia zagrożenia życia i zdrowia do stanu nagłego, ale odnosi się do każdej sytuacji, w której życie bądź zdrowie ludzkie jest bądź z największym prawdopodobieństwem może zostać zagrożone.

O ile pojęcie zagrożenia życia jest dość precyzyjne, tak zagrożenie zdrowia może stanowić podstawę przyjęcia bardzo szerokiego katalogu zdarzeń, do których należą również te związane z pogorszeniem zdrowia w związku ze zdarzeniem nagłym, chorobą przewlekłą czy też stanem spowodowanym wystąpieniem zmiennych zewnętrznych mających negatywny wpływ na zdrowie.

Uwaga! W orzecznictwie przyjmuje się, że: „W przypadkach określonych w art. 15 ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty 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”⁵⁰.

Trzeba wskazać, że ocena stanu zdrowia, w tym poziom zagrożenia dla zdrowia i życia, powinna należeć każdorazowo do osoby wykonującej zawód medyczny. Jakkolwiek samo nabycie statusu pacjenta, tj. prawo do zgłoszenia się w celu oceny stanu zdrowia pod kątem potencjalnego zagrożenia, stanowi kwestię bezdyskusyjną, tak już udzielenie konkretnych świadczeń jest uzależnione od faktycznej potrzeby w tym zakresie. Kon-

⁵⁰ Por. wyrok SN z 15.02.2018 r., IV CSK 75/17, LEX nr 2507098.

kludując, należy zaznaczyć, że nabycie statusu pacjenta stanowi o nawiązaniu relacji pacjenta z podmiotem uprawnionym do udzielania świadczeń zdrowotnych, niemniej korzystanie ze świadczeń *sensu stricto* stanowi pogłębienie relacji między pacjentem a jednostką ochrony zdrowia bądź osobą wykonującą zawód medyczny. Nie umniejsza to prawom pacjenta w zakresie pobierania informacji, wyrażania zgody i sprzeciwu czy też poszanowania godności i intymności.

Zasadne staje się pytanie, czy definicja zawarta w art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. spełnia rygor ochrony praw pacjenta w sytuacjach, w których od momentu pierwszego kontaktu człowieka z jednostką ochrony zdrowia do momentu faktycznego udzielenia świadczeń mija dłuższy czas. W niektórych przypadkach prawa pacjenta mogą zostać zrealizowane dopiero po nawiązaniu bezpośredniego czy też osobistego kontaktu z pacjentem, co wynika wprost ze specyfiki i organizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych. Doskonałym przykładem są sytuacje osób, które zwracają się o udzielenie świadczenia zdrowotnego w związku z nagłym zagrożeniem zdrowotnym definiowanym na gruncie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Czy osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego staje się pacjentem z chwilą zgłoszenia potrzeby uzyskania świadczenia, czy też w momencie rozpoczęcia udzielania jej świadczeń zdrowotnych przez zespół ratownictwa medycznego?

Zgodnie z art. 3 pkt 8 ustawy o PRM „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego” to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Nie ulega wątpliwości, że stan nagłego zagrożenia zdrowotnego nie stanowi synonimu zagrożenia życia i zdrowia w ścisłym tego pojęcia znaczeniu. O ile stan zagrożenia życia bądź zdrowia może stać się przedmiotem działań medycznych odroczonej w czasie, tak stan nagłego zagrożenia zdrowotnego wymaga podjęcia natychmiastowych działań medycznych, czynności ratunkowych i leczenia. Pozorna tożsamość obu pojęć wprowadza dychotomię, której różnicowanie jest istotne również z punktu widzenia nabycia statusu pacjenta.

Osoba zgłaszająca się do szpitalnego oddziału ratunkowego może znajdować się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, niemniej procedura TRIAGE stanowi zmienną warunkującą czas udzielenia odpowiedniego świadczenia bądź jego zaniechania. Z kolei stan nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowi niejako czynnik określający konieczność natychmiastowej pomocy, gdzie odroczenie wykonania świadczenia będzie z największym prawdopodobieństwem skutkowało daleko idącymi negatywnymi następstwami dla pacjenta.

Procedurę obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.08.2019 r. w sprawie

ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego⁵¹.

W § 2 pkt 5–6 rozporządzenia dokonano rozróżnienia pojęć „wezwanie” i „zdarzenie”. Przez „wezwanie” należy rozumieć wykonanie połączenia na numer alarmowy przez osobę informującą o wystąpieniu lub podejrzeniu wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z kolei „zdarzenie” definiowane jest jako zgłoszenie, które wpłynęło do dyspozytorni medycznej i decyzją dyspozytora przyjmującego, na podstawie zebranego wywiadu medycznego, zostało przyjęte i zakwalifikowane jako podejrzenie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, w celu przekazania do realizacji przez zespół ratownictwa medycznego.

Zróżnicowanie pojęć wezwania i zdarzenia stanowi wyodrębnienie dwóch potencjalnych podmiotów, tj. osoby wzywającej – w celu pozyskania świadczenia dla siebie lub innej osoby i zdarzenia – identyfikowanego ze zgłoszeniem stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, którego źródło i przebieg zostały ocenione jako uzasadniające interwencję medyczną.

W myśl § 4 ust. 1 pkt 1–2 rozporządzenia na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego dyspozytor przyjmujący podejmuje decyzję o: przyjęciu zgłoszenia – w przypadku gdy podejrzewa stan nagłego zagrożenia zdrowotnego lub o odmowie przyjęcia zgłoszenia – w przypadku gdy stwierdza brak stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Odmowa przyjęcia zgłoszenia wyklucza uzyskanie statusu pacjenta przez osobę, która w opinii dyspozytora medycznego nie znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Tym samym osoba zgłaszająca się o udzielenie pomocy lub osoba potrzebująca pomocy, w sytuacji gdy zgłaszającym jest osoba trzecia, nie uzyskuje statusu pacjenta, mimo że zwraca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego. Wynika stąd, że w sytuacjach szczególnych samo zgłoszenie się o udzielenie świadczenia zdrowotnego nie implikuje nabycia statusu pacjenta.

Odmierna jest jednak sytuacja, w której dyspozytor medyczny podejmuje decyzję o przyjęciu zgłoszenia i zainicjowaniu jego realizacji przez zespół ratownictwa medycznego. W momencie podjęcia pozytywnej decyzji odnośnie do realizacji świadczenia osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego uzyskuje status pacjenta, co podyktowane jest dwiema niezależnymi zmiennymi.

Po pierwsze osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub osoba działająca zgodnie z jej wolą lub prawdopodobną wolą zgłosiła się w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego. Po drugie udzielenie świadczenia zostało uznane za uzasadnione w związku z zaistniałym stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego. O ile

⁵¹ Dz.U. poz. 1703.

status pacjenta osoby oczekującej na przyjazd zespołu ratownictwa medycznego nie ma typowego charakteru, tj. osoba ta nie może na tym etapie realizować wielu praw wynikających z katalogu zawartego w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co wynika z braku bezpośredniego kontaktu z personelem medycznym, tak prawa te stają się przedmiotem ochrony w momencie zainicjowania świadczeń przez zespół ratownictwa medycznego.

Zgodnie z treścią art. 40 ustawy o PRM akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego. Z literalnego brzmienia cytowanego przepisu wynika wprost, że moment rozpoczęcia akcji medycznej to chwila przyjęcia zgłoszenia alarmowego, co uściślają przepisy rozporządzenia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego.

Z chwilą rozpoczęcia akcji medycznej osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego staje się pacjentem, zyskując prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w czasie rokującym największe szanse powodzenia. Pozostałe prawa pacjenta wynikające z katalogu zawartego w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta są realizowane na etapie wykonywania czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, przy czym ich ograniczenie może wynikać wprost ze specyfiki podejmowanych czynności.

Najczęstszym ograniczeniem podlegają prawo do informacji i wyrażenia zgody lub sprzeciwu, co następuje w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych lub niezdolnych do zrozumienia informacji i podjęcia świadomej decyzji.

Czy osoba zgłaszająca się samodzielnie do szpitalnego oddziału ratunkowego staje się pacjentem z chwilą pojawienia się w oddziale, czy też z chwilą jej przyjęcia i dokonania oceny w ramach TRIAGE?

Nabycie statusu pacjenta należy przeanalizować w odniesieniu do osób, które w związku z problemem zdrowotnym zgłaszają się samodzielnie do szpitalnego oddziału ratunkowego. Jakkolwiek samo zgłoszenie się w celu pozyskania świadczenia zdrowotnego identyfikowane jest na gruncie art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. z nabyciem statusu pacjenta, tak wątpliwości może budzić status osoby, która oczekuje na wykonanie procedury segregacji medycznej i przyporządkowanie do określonej kategorii pilności.

Kwestie dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.06.2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁵².

⁵² Dz.U. z 2025 r. poz. 1646.

Szpitalny oddział ratunkowy udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i zostały przetransportowane przez uprawnione w tym zakresie jednostki bądź zgłosiły się samodzielnie.

W § 6 ust. 7 rozporządzenia wskazano, że segregację medyczną osób przetransportowanych lub zgłaszających się samodzielnie do szpitalnego oddziału ratunkowego przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia i zakwalifikowaniu jej do jednej z kategorii, z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, o którym mowa w art. 33a ust. 4 ustawy o PRM. W treści cytowanego przepisu nie użyto pojęcia „pacjent”, a jedynie wskazano na osobę, która znalazła się w SOR w związku z nagłym zagrożeniem zdrowotnym.

Powyższe mogłoby wskazywać, że osoby oczekujące na segregację medyczną nie posiadają statusu pacjenta, a jedynie oczekują na jego przyznanie w wyniku zakwalifikowania do określonej kategorii pilności (§ 6 ust. 9 pkt 1–5 powołanego rozporządzenia). Wątpliwości wyjaśnia treść rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.06.2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym⁵³. Zgodnie z § 2 pkt 1–6 rozporządzenia minimalne wymagania funkcjonalne dla systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOP-SOR) użytkowanego w szpitalnym oddziale ratunkowym, obejmują:

- 1) rejestrację czasu przybycia pacjenta do SOR, odnotowaną jako czas pobrania w automacie biletowym biletu z oznaczeniem indywidualnego numeru pacjenta;
- 2) całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji i poszczególne etapy udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 3) pomiar średniego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem, z uwzględnieniem kategorii pilności;
- 4) prezentację na ekranach zbiorczych, zainstalowanych w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR, średniego przewidywanego czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, z uwzględnieniem kategorii pilności;
- 5) pomiar indywidualnego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem;
- 6) prezentację indywidualnego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem, przy użyciu czytnika kodów kreskowych na ekranie automatu biletowego.

W cytowanym wyżej przepisie jednoznacznie i konsekwentnie użyto pojęcia „pacjent” dla określenia odpowiednio osoby pobierającej z automatu bilet z indywidualnym nu-

⁵³ Dz.U. poz. 1182.

merem pacjenta, a także osób podlegających obsłudze w SOR na poszczególnych etapach pobytu. Jednoznacznie klasyfikuje to osobę zgłaszającą się do SOR jako pacjenta – od momentu pobrania biletu do chwili zakończenia udzielania świadczenia.

Trzeba wskazać, że osoba oczekująca na procedurę segregacji medycznej, jak również na pierwszy kontakt z lekarzem zyskuje prawa przysługujące pacjentowi na mocy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w pełnym zakresie. Niektóre z praw mogą ulegać ograniczeniom, co wynika wprost z art. 5 u.p.p., zgodnie z którym kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 u.p.p., także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Prawa pacjenta przebywającego w szpitalnym oddziale ratunkowym mogą zostać ograniczone niezależnie od etapu udzielania świadczeń, w związku z zaistnieniem jednej z przesłanek wymienionych w art. 5 u.p.p. Specyfika udzielania świadczeń w SOR uzasadnia również ograniczenie praw pacjenta w odniesieniu do kontaktu z osobami bliskimi, jeżeli warunki organizacyjne oddziału, w tym na przykład liczba osób oczekujących na świadczenie zdrowotne, uzasadnia tego rodzaju decyzję.

Czy osoba, która samowolnie opuściła podmiot wykonujący świadczenia w rodzaju leczenie całodobowe i stacjonarne, jest pacjentem również po opuszczeniu jednostki?

Samowolne opuszczenie jednostki ochrony zdrowia przez pacjenta ma szczególne znaczenie w przypadku leczenia stacjonarnego i całodobowego. Niżej zamieszczono odpowiedź na postawione pytanie, odnosząc się do pacjentów, którzy samowolnie oddalili się z miejsca udzielania świadczeń. Pomijając tematykę leczenia przymusowego, opuszczenie szpitala przez pacjenta bez uprzedniego zawiadomienia o tym fakcie personelu medycznego daje podstawę do zadania pytania, czy pacjent podejmujący tego rodzaju działanie ma nadal status pacjenta, czy też status ten wygasa w związku z jednostronnym rozwiązaniem umowy o leczenie.

Obowiązujące przepisy prawa nie odnoszą się do tej kwestii wprost. Odpowiedź na pytanie dotyczące statusu osoby, która samowolnie opuściła szpital (np. SOR lub inny oddział) wynika z systemowej analizy regulacji odnoszących się do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pacjent posiadający prawo do autonomicznego podejmowania decyzji dotyczących leczenia ma prawo zakończyć proces udzielania świadczeń zdrowotnych w dowolnie wybranym momencie. Samowolne i niezgodnione opuszczenie szpitala przez pacjenta stanowi o zakończeniu procesu, na który pacjent wyraził zgodę. Zachowanie takie można identyfikować nie tyle ze sprzeciwem na dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych, co

z cofnięciem zgody na hospitalizację. Co do zasady osoba samowolnie opuszczająca oddział szpitalny przestaje być pacjentem, niemniej sytuacja ta nie jest jednoznaczna w odniesieniu do osób nieposiadających zdolności do oceny własnej sytuacji ze względu na stan zdrowia lub specyfikę podjętego leczenia.

W przypadku pacjentów, których proces wolicjonalny był świadomie nakierowany na podjęcie decyzji o opuszczeniu szpitala, należy przyjąć, że doszło do cofnięcia zgody na leczenie, a co za tym idzie jego zakończenie, w sposób sprzeczny z regulaminem podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W tego rodzaju przypadkach obowiązkiem podmiotu jest niezwłoczne wypisanie ze szpitala osoby, która oddaliła się z miejsca udzielania świadczeń, z adnotacją dotyczącą okoliczności samowolnego oddalenia.

W sytuacji gdy samowolne opuszczenie szpitala dotyczy pacjenta z ograniczoną zdolnością do podejmowania decyzji i oceny własnej sytuacji, czego źródłem jest stan zdrowia bądź wdrożone procedury medyczne (np. zainicjowana terapia farmakologiczna), trudno opowiedzieć się za koncepcją cofnięcia zgody na leczenie, a tym samym przyjąć, że doszło do zakończenia procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

W przypadku opisywanym wyżej nie dochodzi do utraty statusu pacjenta, a podmiot wykonujący działalność leczniczą jest zobowiązany do podjęcia niezbędnych procedur. Przepisy prawa nie odnoszą się do szczegółów postępowania, jakie powinno zostać wdrożone przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w sytuacji oddalenia się ze szpitala pacjenta nieposiadającego zdolności do pokierowania swoim postępowaniem bądź oceny sytuacji, w której aktualnie się znajduje. Posługując się wykładnią systemową, należy przyjąć, że podmiot leczniczy powinien w tego rodzaju przypadkach zawiadomić Policję w celu podjęcia przez nią działań zmierzających do odnalezienia pacjenta.

Uprawnienia Policji w zakresie poszukiwania osób regulowane są przez ustawę z 6.04.1990 r. o Policji, a także zarządzenie nr 48 Komendanta Głównego Policji z 28.06.2018 r. w sprawie prowadzenia przez Policję poszukiwania osoby zaginionej oraz postępowania w przypadku ujawnienia osoby o nieustalonej tożsamości lub znalezienia nieznanego zwłok oraz szczątków ludzkich⁵⁴. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 2 zarządzenia przez „osobę zaginioną” należy rozumieć osobę, którą na skutek zdarzenia uniemożliwiającego ustalenie miejsca jej pobytu należy odnaleźć w celu zapewnienia ochrony jej życia, zdrowia lub wolności.

Pacjent niezdolny do oceny własnej sytuacji lub niemogący z powodów od niego niezależnych pokierować własnym postępowaniem klasyfikuje się jako osoba zaginiona, której zdrowie i życie może być zagrożone w związku z nagłym zaprzestaniem udzielania świadczeń zdrowotnych. Tym samym obowiązek zgłoszenia na Policję faktu oddalenia się pacjenta ze szpitala należy identyfikować z bezwzględnym obowiązkiem podmiotu

⁵⁴ Dz.Urz. KGP poz. 77 ze zm.

wykonującego działalność leczniczą. Zaniechanie zawiadomienia należy postrzegać jako niedołożenie należytej staranności, błąd organizacyjny, a także podstawę do odpowiedzialności za błąd w nadzorze nad pacjentem wymagającym tego rodzaju działania ze strony personelu szpitala.

Analogiczne postępowanie powinno zostać podjęte przez personel szpitala w przypadku oddalenia się pacjenta poddawanego leczeniu przymusowemu, na przykład w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lub ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Na szczególną uwagę zasługuje algorytm postępowania, który musi zostać zainicjowany w przypadku samowolnego oddalenia się ze szpitala pacjenta leczonego w trybie hospitalizacji obowiązkowej, o której mowa w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z art. 34 u.z.z.ch. w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, osoby chore na chorobę zakaźną albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

Działania, które muszą zostać podjęte w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 25.03.2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji w warunkach domowych, kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego⁵⁵.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem albo osoba upoważniona odpowiednio przez tego ordynatora albo lekarza informuje o tym niezwłocznie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania chorego.

Zgłoszenie obejmuje: imię i nazwisko; datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych; obywatelstwo; płeć; adres miejsca zamieszkania; rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego, oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej. Wskazane dane przekazywane są w zakresie koniecznym do podjęcia działań zapobiegawczych lub przeciwepidemicznych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

⁵⁵ Dz.U. z 2023 r. poz. 668.

Zgłoszenie jest dokonywane telefonicznie na numer telefonu alarmowego zamieszczonego w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Niezależnie od procedury przewidzianej przez powołane wyżej rozporządzenie, personel podmiotu wykonującego działalność leczniczą może zawiadomić również Policję. Aktywność Policji powinna zmierzać w niniejszych przypadkach nie tylko do ochrony życia i zdrowia pacjenta, ale również do ochrony szerszej nieokreślonego kręgu osób narażonych na zachorowanie lub zakażenie w związku z ryzykiem rozprzestrzeniania się chorobotwórczych czynników biologicznych.

Konkludując, należy podkreślić, że w sytuacji gdy pacjent nie jest uprawniony do autonomicznego cofnięcia zgody na leczenie, oddalenie się ze szpitala w trakcie trwania procesu terapeutycznego nie powoduje utraty statusu pacjenta. Sam fakt nieobecności pacjenta w szpitalu trwający w okresie samowolnego oddalenia się z podmiotu wykonującego działalność leczniczą skutkuje jedynie nieplanowanym przerwaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, co z kolei stanowi o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego w rozumieniu ustawy o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Omówienie statusu pacjenta samowolnie opuszczającego szpital skłania do dokonania analizy w przedmiocie różnicy między oddaleniem się z podmiotu udzielającego świadczeń całodobowych i stacjonarnych a wypisem na własne żądanie.

Bez wątplenia samowolne opuszczenie szpitala przez osobę posiadającą zdolność do pokierowania własnym postępowaniem nie może być traktowane jako wypis na żądanie, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 u.d.l., w myśl którego wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje na żądanie pacjenta. Wypisanie pacjenta na jego żądanie musi zostać poprzedzone przekazaniem przez lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych.

W orzecznictwie podkreśla się, że informacja taka powinna być adekwatna do wiedzy lekarzy, opartej na wynikach badań wykonanych u pacjenta. Jednocześnie wskazuje się, że lekarz nie ma obowiązku przewidywać wszelkich możliwych zagrożeń⁵⁶.

Pacjent występujący z żądaniem wypisania ze szpitala składa pisemne oświadczenie, a w przypadku braku takiego oświadczenia lekarz powinien sporządzić odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej. Treść adnotacji powinna zawierać informację o żądaniu pacjenta, pozyskaniu przez niego stosownej informacji w zakresie konse-

⁵⁶ Zob. wyrok SO w Nowym Sączu z 9.12.2020 r., III Ca 722/20, LEX nr 3115706.

kwencji podjętej decyzji, a także o odmowie złożenia oświadczenia o chęci wypisu lub/i odmowie złożenia podpisu pod treścią oświadczenia.

W przypadku osób, co do których zachodzi uzasadniona wątpliwość dotycząca możliwości podjęcia świadomej bądź swobodnej decyzji dotyczącej wypisu na żądanie, wypis powinien nastąpić po uprzednim powiadomieniu osoby bliskiej, w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., o dacie i godzinie planowanego wypisu, jeżeli osoba bliska jest znana.

Powyższe stanowi wyjątek od obowiązku zachowania poufności medycznej w sytuacji, gdy pacjent występujący z żądaniem wypisu nie wskazał żadnej osoby jako uprawnionej do uzyskiwania informacji związanych z jego stanem zdrowia i przebiegiem procesu leczenia. Działanie polegające na odstąpieniu od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej jest w tym przypadku uzasadnione, co wynika wprost z art. 40 ust. 2 pkt 3 u.z.l. Zgodnie z cytowanym przepisem reguł dotyczących obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

W przypadku istnienia uzasadnionych wątpliwości co do możliwości podjęcia przez pacjenta świadomej lub swobodnej – tj. nieograniczonej niczym działaniem, przymusem lub groźbą – decyzji o wypisie, poinformowanie znanej lekarzowi osoby bliskiej o fakcie zakończenia leczenia na wniosek pacjenta stanowi, bez wątpienia, działanie prewencyjne, mające na celu ograniczenie negatywnych następstw dla życia i zdrowia pacjenta. Szczególne znaczenie ma to w sytuacji, w której pacjent żądający wypisu ze szpitala znajduje się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia bądź nieplanowane zakończenie leczenia może z największym prawdopodobieństwem wywołać negatywne skutki dla jego zdrowia lub zdrowia innych, w tym bliżej nieokreślonych osób.

4. Prawa pacjenta z perspektywy zarządzania jakością

4.1. Uwagi ogólne

Jak wskazywał E.S. Mason, profesor ekonomii na Uniwersytecie Harvarda pod koniec lat 30. XX w., organizacje chcące działać efektywnie powinny stale dostosowywać swój sposób działania do zmieniającego się otoczenia⁵⁷. Na otoczenie organizacji składają się preferencje klientów, wzorce i metody nabywania towarów lub usług, dostępność zamienników, technologia, zasoby oraz struktura rynku. Warstwa sektorowa, krajowa i globalna tworzą szeroko pojęte otoczenie, którego dynamiczne zmiany wymagają transformacji i zmian, również w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

⁵⁷ H. Yamawaki, *Środowisko gospodarcze, innowacje i dynamika przemysłu* [w:] *Dziedzictwo Druckera. Znaczenie dorobku najwybitniejszego przedstawiciela nauki o zarządzaniu dla współczesnych liderów biznesu*, red. C.L. Pearce, J.A. Maciariello, H. Yamawaki, Warszawa 2011, s. 98.

W otoczeniu podmiotów wykonujących działalność leczniczą, bez względu na ich strukturę czy prawną formę organizacji, należy wyróżnić warstwę bliską, bezpośrednio powiązaną z jednostkami ochrony zdrowia, i dalszą, która równie istotnie wpływa na ich funkcjonowanie. Otoczenie bliższe to przede wszystkim pacjenci, inne podmioty lecznicze, dostawcy, władze lokalne, dystrybutorzy oraz media. W dalszej perspektywie na podmioty wykonujące działalność leczniczą mają wpływ takie zmienne, jak wymiar polityczny, prawny, rozwój nowych technologii, ochrona klimatu, otoczenie gospodarcze, sytuacja międzynarodowa, instytucje finansowe, a także reguły etyczne i zasady współżycia społecznego.

Zarządzanie podmiotem leczniczym to tematyka, która *in genere* istotnie wykracza poza zakres niniejszej publikacji. W kontekście poszanowania i ochrony praw pacjenta temat ten został przeanalizowany wybiórczo, ze szczególnym zwróceniem uwagi na modele zarządzania, a także praktyczne działania, które powinny być wdrażane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na poszczególnych etapach udzielania świadczeń zdrowotnych. W treści podrozdziału wskazano na błędy zarządcze, których uniknięcie stanowi o właściwym zarządzaniu jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Analizę rozpoczęto od przedstawienia wybranych koncepcji zarządzania na płaszczyznach związanych z bezpośrednią relacją podmiotu wykonującego działalność leczniczą z pacjentami.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na koncepcję *stewardship*, która zakłada właściwe, sprawiedliwe, etyczne rządzenie⁵⁸, odchodząc jednocześnie od tradycyjnego modelu uprawiania władzy na rzecz partycypacji, zaangażowania, orientacji na zbiorowość oraz zmniejszenia dystansu⁵⁹. Warto odnieść się tu do pojęcia demokracji uczestniczącej (*participatory democracy*), mającej charakteryzować między innymi partycypację w zakładzie pracy. Konieczne jest wskazanie, że układ partycypacyjny nie spełnia kryteriów demokracji w ścisłym tego słowa znaczeniu. W istocie odnosi się to do relacji zbliżonej do koncepcji demokracji deliberatywnej, „w której liczy się siła rozumnej argumentacji w konfrontacji z równie rozumną kontrargumentacją, w wyniku czego mogą ukształtować się racje wzajemnie akceptowalne, a w ostateczności kompromis oparty na wzajemnym szacunku”⁶⁰. Interdyscyplinarność zjawiska partycypacji (w języku polskim określonej jako uczestnictwo) uzasadnia odnoszenie się do niej na wielu płaszczyznach, w tym zarządzania zasobami ludzkimi, socjologii i politologii, prawa,

⁵⁸ Por. A. Dąbrowska, M. Twardzik, *Etyka jako element zarządzania personelem w usługach*, „Studia i Prace” 2024/198, doi:<https://doi.org/10.33119/SIP.2024.198.4> (dostęp: 8.01.2026 r.).

⁵⁹ Por. M.M. Chyłek, *Współczesne zarządzanie przedsiębiorstwem a partycypacja pracownicza*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach”. Administracja i Zarządzanie 2011, s. 181–194.

⁶⁰ Por. A. Antoszewski, *Współczesne teorie demokracji*, Warszawa 2016, s. 119–120; A. Cierniak-Emerych, *Pojęcie partycypacji pracowniczej na tle literatury przedmiotu oraz ustawodawstwa wspólnotowego [w:] Perspektywy rozwoju partycypacji pracowniczej w Polsce w warunkach Unii Europejskiej*, red. S. Rudolf, Łódź 2007, s. 27–42.

analizy procesu pracy z punktu widzenia potrzeb pracownika (psychologia i etyka) oraz perspektywy ekonomicznej⁶¹.

Powyższe implikuje coraz wyraźniejsze stosowanie koncepcji *lean management*, polegającej na delegowaniu na niższe szczeble odpowiedzialności i kompetencji w związku z decentralizacją systemu informacji, samokontrolą oraz uelastycznieniem struktury organizacyjnej. Koncepcja ta cechuje się przyjęciem, że personel organizacji jest jej najważniejszym elementem, co indukuje konieczność stałego szkolenia, doskonalenia i tworzenia partnerskich relacji z bliższym i dalszym otoczeniem organizacji. Wprowadzenie koncepcji *lean management* w podmiotach leczniczych pozwala udoskonalić jakość opieki nad pacjentami przez skoncentrowanie się na jego potrzebach i oczekiwaniach. Jednocześnie optymalne zaangażowanie personelu skraca czas wykonywania świadczeń i oczekiwania na ich realizację, minimalizuje liczbę omyłek, a także przyczynia się do stałego ulepszania i kontroli stosowanych procedur.

Do najnowszych modeli zarządzania należy zaliczyć między innymi: TQM, *benchmarking*, *reengineering*, *lean management*, *outsourcing*, a także *offshoring*. Nie oznacza to, że w procesie zarządzania nie są wykorzystywane inne koncepcje, takie jak planowanie strategiczne, ogłoszenie misji, umacnianie lojalności klientów, mierzenie zadowolenia klientów, analiza anomalii rynkowych, przyspieszanie cykliów, a także *balanced scorecard* i *activity based management*.

Przeanalizowanie wszystkich modeli nie byłoby możliwe, mając na uwadze charakter opracowania, stąd zdecydowano o zamieszczeniu opisu modelu TQM, który charakteryzuje się zarządzaniem przez jakość. Podstawą tej decyzji jest fakt, że to właśnie jakość stanowi kluczowy element, do którego nawiązuje ustawa o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jakość sama w sobie stanowi też źródło bezpieczeństwa, które z kolei traktowane jest jako priorytet w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Opis koncepcji TQM zostanie w dalszej części odniesiony do wybranych praw pacjenta i zarządzania dotyczącego jakości ich wdrażania, realizacji i kontroli w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

4.2. TQM

Koncepcja zarządzania TQM (ang. *Total Quality Management*) ma swoje źródło w zarządzaniu japońskimi przedsiębiorstwami, gdzie zwracano szczególną uwagę na jakość wyrobów. W hierarchii wartości przedsiębiorstwa japońskie stawiają człowieka przed innymi czynnikami, w tym przed techniką, a czasem nawet przed zyskami. Idea, zgodnie z którą żadne przedsiębiorstwo nie może być lepsze niż pracujący w nim ludzie, a nie

⁶¹ P. Boxall i in., *Perspectives [w:] The Oxford Handbook of Participation in Organisations*, red. A. Wilkinson, P.J. Gollan, M. Marchington, D. Lewin, Oxford 2010, s. 29–163.

przeciwnie stanowi podwaliny całej koncepcji. Przeciętą organizacją nie jest ukierunkowana na poprawę funkcjonowania organizacji.

Termin *Total Quality Management* bywa tłumaczony różnie, najczęściej jako kompleksowe zarządzanie przez jakość⁶², ale także jako zarządzanie przez jakość i kompleksowe zarządzanie jakością. *Total Quality Management* jest zbiorowym i wielopłaszczyznowym działaniem, nakierowanym na doskonalenie organizacji we wszystkich jej aspektach. The International Organization for Standardization (ISO) wskazuje, że TQM to sposób zarządzania organizacją, która dąży do ustalenia partycypacyjności i współpracy personelu przy wszystkich produktach i usługach.

Total Quality Management to pojęcie, gdzie **total** oznacza objęcie systemem zarządzania całej organizacji i wszystkich jej struktur; **quality** należy identyfikować ze spełnieniem wymagań klientów wewnętrznych (np. pacjentów, personelu) i zewnętrznych (np. płatnika, organu kontrolnego), w sposób maksymalnie ich zadowolający; **management** zaś to metoda rozwiązywania problemów i osiągania poprawy przez stałe dążenie do podnoszenia jakości pracy i jej efektów.

Według H.H. Steinbecka TQM to metoda zarządzania organizacją opierającą się na zaangażowaniu i współdziałaniu wszystkich jej członków, gdzie głównym i nadrzędnym celem jest jakość⁶³. System TQM ma na celu osiągnięcie zadowolenia klienta oraz zapewnienie przedsiębiorstwu sukcesu oraz korzyści członkom organizacji i społeczeństwu. Zarządzanie przez jakość to filozofia wspierana nie tylko przez nauki ekonomiczne, ale również społeczne, koncentrująca się na ciągłym ulepszaniu organizacji. W zarządzaniu przez jakość kluczowe staje się zarówno ulepszenie produktów i usług dostarczanych przez organizację, poprawa efektywności procesów w organizacji, podnoszenie poziomu wykonywanych czynności w czasie teraźniejszym, jak i planowanie działań, które mogą wywołać tego rodzaju efekty w przyszłości.

Za twórcę terminu „jakość” uznaje się znanego myśliciela i filozofa Platona, który jako pierwszy nakreślił definicję jakości, twierdząc, że „jakość jest to pewien stopień doskonałości”⁶⁴.

Według definicji A. Donabediana z 1980 r. jakość opieki jest jej oczekiwaną zdolnością do osiągnięcia najwyższej możliwej korzyści zgodnie z systemem wartości poszczególnych osób i całego społeczeństwa⁶⁵.

⁶² Zob. norma ISO 8402 z 1994 r.

⁶³ H.H. Steinbeck, *Total Quality Management. Kompleksowe zarządzanie jakością*, Warszawa 2012.

⁶⁴ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny*, Warszawa 2005, s. 35.

⁶⁵ A. Donabedian, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. I. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, MI 1980.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość opieki zdrowotnej jako stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą⁶⁶.

Zgodnie ze stanowiskiem polskiego Ministerstwa Zdrowia: „Opieka zdrowotna wysokiej jakości to taka, w której zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe są zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób. Oznacza to działania mające na celu zaspokojenie potrzeby społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz pewność, że opieka ta spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności”⁶⁷.

Przedstawione definicje są zróżnicowane, niemniej ich cechą wspólną jest osiągnięcie pewnego stopnia doskonałości, przejawiającej się w osiągnięciu optymalnej korzyści i skuteczności podejmowanych działań, przy zapewnieniu maksimum bezpieczeństwa.

Osiągnięcie właściwego poziomu jakości, a także utrzymanie tego stanu wymaga wielu działań zarządczych, których podstawą są czynności skupione w tzw. cyklu Deminga. Jest to koncepcja z zakresu zarządzania jakością, zwana także kołem Deminga, cyklem poprawy lub cyklem PDCA (ang. *Plan, Do, Check, Action*), co oznacza: planowanie, wykonanie, sprawdzenie (kontrolę) i działanie. Pętla Deminga zakłada cykliczną realizację wyżej wymienionych etapów. Rozwinięciem cyklu Deminga jest model ciągłego doskonalenia, określony akronimem DMAICS (ang. *Define, Measure, Analyze, Improve, Control, Standardize*), co oznacza: definiowanie, pomiar, analizę, doskonalenie, nadzór oraz standaryzację z utrzymywaniem zmian⁶⁸.

Na marginesie należy wspomnieć, że cykl PDCA, który wywodzi się z przemysłowego zarządzania jakością, był również stosowany przez badaczy zajmujących się teorią uczenia się w obszarze wykonywania czynności *stricte* medycznych, a jego sukces, jak podkreślali badacze, można zrozumieć z perspektywy teorii uczenia się w kategoriach modelu równowagi J. Piageta⁶⁹.

Total Quality Management składa się z trzech istotnych elementów: koncentracji działalności przedsiębiorstwa na potrzebach klienta, kompleksowego stylu myślenia oraz

⁶⁶ M. Bembnowska, J. Joško-Ochojska, Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, „Hygeia Public Health” 2015/50(3), s. 457–462.

⁶⁷ Zob. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jakosc-w-opiece-zdrowotnej> (dostęp: 8.01.2026 r.).

⁶⁸ Zob. https://mfiles.pl/pl/index.php/Cykl_Deminga (dostęp: 8.01.2026 r.); J. Harolds, *Quality and Safety in Health Care*, Part I. *Five Pioneers in Quality*, „Clinical Nuclear Medicine” 2015/40(8), doi:10.1097/RLU.0000000000000877 (dostęp: 8.01.2026 r.), s. 660–662.

⁶⁹ A. Leitmann, S. Reinert, H. Weise, *Surgical suture course for dental students with the Peyton-4-step approach versus the PDCA cycle using video assisted self-monitoring*, „BMC Oral Health” 2020/20(1), doi:10.1186/s12903-020-01309-x (dostęp: 8.01.2026 r.).

współdziałania całego personelu przedsiębiorstwa. W ramach TQM należy wyróżnić kilka współistniejących celów, do których należą:

- 1) zapewnienie ciągłej poprawy jakości tak dziś, jak i w przyszłości;
- 2) pozyskanie zaufania klientów poprzez wzbudzenie zaufania do organizacji, a także jej znaku (logo), który staje się swoistym znakiem jakości;
- 3) stworzenie przejrzystości i zgodności procedur wewnętrznych, obejmujących swym zakresem całość organizacji;
- 4) stworzenie mechanizmów i zabezpieczeń w przypadku postępowania z tytułu odpowiedzialności cywilnej za wykonywaną usługę / dostarczany produkt.

W ramach TQM należy wskazać priorytetowe obszary, na które składają się:

- 1) strategia jakości skierowana na klienta;
- 2) zespołowe rozwiązywanie problemów, które buduje podmiotowość personelu i motywuje go do działania;
- 3) wdrożenie systemu zarządzania jakością;
- 4) zapobieganie powstawaniu niezgodności na poszczególnych etapach wykonywanego procesu, gdzie głównym czynnikiem sprawczym jest rozumienie procesów.

Total Quality Management cechuje pięć głównych zasad: przywództwo, koncentracja na klientach i personelu, koncentracja na faktach, ciągłe doskonalenie (Kaizen), powszechne uczestnictwo⁷⁰.

Kompleksowe zarządzanie jakością jest sposobem zarządzania, mającym na celu wielopłaszczyznową poprawę. Stanowi to odejście od koncentrowania się na kontroli (testach, inspekcjach) zmierzających do zidentyfikowania i eliminowania niezgodności. Podstawą TQM jest stałe działanie zmierzające do zorganizowania pod kątem jakości całej jednostki przez podejmowanie działania na każdym szczeblu organizacji i przez każdego jej członka. Koncepcja ta opiera się na założeniu, że optymalizacja efektu zależy od współdziałania poszczególnych struktur organizacji między sobą i współdziałania organizacji z jednostkami zewnętrznymi, co stanowi o pozytywnym sprzężeniu zwrotnym.

Kompleksowe zarządzanie jakością można odnosić do niżej wymienionych obszarów organizacji:

- 1) strategicznego – w zakresie ustalania polityki i celów w dziedzinie jakości oraz określanie potrzeb, warunków i celów wprowadzania TQM;
- 2) taktycznego – w zakresie opracowywania planów jakości, zarządzania systemem jakości, planowania i zarządzania przedsięwzięciami;
- 3) operacyjnego – w zakresie zarządzania procesami głównymi i wspomagającymi.

⁷⁰ Zob. P.B. Crosby, *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*, New York 1979; P.B. Crosby, *Quality Without Tears: The Art of Hassle-Free Management*, New York 1984.

4.3. Kaizen

Rozwój procesów zarządzania i ich popularność spowodowały przyjęcie koncepcji TQM jako swoistego standardu administrowania podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Optymalizacja procesu TQM uzależniona jest od stosowania technik i narzędzi wspomagających, do których należą między innymi Kaizen, 5S, SixSigma, Kanban, *Just in time*, QFD.

Ze względu na specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych i wymagania określone w kontekście aspektów prawnych odnośnie do poziomu jakości i bezpieczeństwa, niżej odniesiono się do przedstawienia dwóch narzędzi, tj. Kaizen i 5S, wspomagających proces TQM.

Kaizen (改善, poprawa, ulepszenie, zmiana na lepsze) to filozofia zarządzania wywodząca się z Japonii, która ma na celu ciągle doskonalenie jakości produktów, usług oraz procesów. Zakłada ona, że każdy z członków należących do personelu organizacji może być źródłem pomysłów na poprawę istniejącego stanu. Termin Kaizen zaadaptowano do teorii zarządzania po tym, jak w 1986 r. została wydana książka M. Imai, *Kaizen. Klucz do sukcesu Japonii*.

Kaizen oznacza ciągle doskonalenie, udoskonalanie (ang. *continuous improvement*), które realizowane jest w stałym, niekiedy drobnym procesie ulepszeń, prowadzącym do optymalizacji strategicznych celów organizacji. Jest to koncepcja zarządzania wywodząca się z Japonii. Czynnikiem dominującym jest rola współpracy, rozwiązywanie problemów oraz okazywanie uznania personelowi, który dokłada staranności w tym zakresie. Strategia Kaizen opiera się na trzech zasadach: organizacji stanowiska pracy, eliminacji marnotrawstwa i standaryzacji stworzonych procedur.

Podstawowe założenia Kaizen skatalogowano w dziesięciu punktach⁷¹:

- 1) problemy stwarzają możliwości;
- 2) kiedy pojawi się problem, zapytaj 5 razy: „dlaczego?”;
- 3) zbieraj pomysły od wszystkich;
- 4) myśl nad rozwiązaniami możliwymi do wdrożenia;
- 5) odrzuć ustalony stan rzeczy;
- 6) wymówki, że czegoś nie da się zrobić, są zbędne;
- 7) wybieraj proste rozwiązania, nie czekając na idealne;
- 8) użyj sprytu zamiast pieniędzy;
- 9) pomyłki koryguj na bieżąco;
- 10) ulepszanie to niekończący się proces.

⁷¹ M. Imai, *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*, New York 1986.

Zarządzanie w stylu Kaizen wykorzystuje założenia dalekosiężnej wizji i stylu działania, gdzie motywem przewodnim jest ciągłe doskonalenie i usprawnianie. Przesłanie Kaizen głosi, że żaden dzień nie powinien minąć bez dokonania jakiejś zmiany w obszarze funkcjonowania organizacji. Prawidłowe wykorzystanie narzędzia, jakim jest Kaizen, stanowi wdrożenie standaryzacji, właściwe utrzymywanie stanowiska pracy (5S), eliminacja muda (marnotrawstwa)⁷², zauważenie i wykorzystanie gemba (miejsce tworzenia wartości dodanej dla klienta).

Szczególnie istotne cechy filozofii Kaizen to⁷³:

- 1) długookresowe i długotrwałe skutki;
- 2) powolne tempo wprowadzania zmian;
- 3) nieograniczone ramy czasowe;
- 4) stopniowa, powolna ale ciągła ewolucja;
- 5) uczestnictwo w procesie wszystkich osób należących do organizacji; Kaizen promuje zaangażowanie wszystkich członków organizacji w proces ulepszania, co wzmacnia poczucie odpowiedzialności i przynależności;
- 6) utrzymanie osiągniętego stanu; po wprowadzeniu zmian organizacja stara się utrzymać nowe standardy, aby nie cofać się do wcześniejszych praktyk;
- 7) inwestycje nakierowane na podejmowanie innowacyjnych działań przez pracowników.

W odniesieniu do podmiotów wykonujących działalność leczniczą wdrożenie koncepcji zarządzania Kaizen może prowadzić do znaczącej poprawy jakości udzielanych świadczeń, zwiększenia efektywności operacyjnej oraz podniesienia poziomu zadowolenia pacjentów.

Stosowanie koncepcji Kaizen powinno opierać się w ochronie zdrowia na ciągłym doskonaleniu procesów przez ich regularne przeglądanie i optymalizację, co prowadzi do lepszej organizacji pracy oraz szybszej reakcji na potrzeby pacjentów. W filozofii Kaizen kluczowe jest zaangażowanie wszystkich członków organizacji, co w ochronie zdrowia oznacza, że personel medyczny, pomocniczy i administracyjny powinien aktywnie uczestniczyć w procesie doskonalenia. Systematyczne gromadzenie danych dotyczących wyników leczenia, czasu oczekiwania na wizytę czy tzw. błędów medycznych pozwala na identyfikację obszarów wymagających poprawy. Wprowadzenie standardów pracy, które są regularnie aktualizowane na podstawie wyników analiz, pozwala na zwiększenie efektywności i bezpieczeństwa w leczeniu pacjentów.

⁷² Muda pojawia się w gemba, czyli w miejscu wytwarzania, gdzie dodawana jest wartość do produktu. W japońskiej filozofii zarządzania wskazuje się, że między czynnościami przynoszącymi wartość pojawia się zbyt wiele marnotrawstwa. Należy zatem szukać rozwiązań, które eliminują wszelkie marnotrawstwo. T. Ohno, twórca *Toyota Production System*, sklasyfikował marnotrawstwo w siedmiu kategoriach, do których należą: nadprodukcja, zapasy, ruch, braki, przetwarzanie, oczekiwanie i transport. Zob. J.K. Liker, *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*, New York 2004.

⁷³ Por. M. Imai, *Kaizen...*, s. 1–20.

Kaizen sprzyja lepszemu komunikacji w zespole medycznym, co może prowadzić do szybszego rozwiązywania problemów i poprawy jakości opieki nad pacjentem. Regularne szkolenia dla personelu w zakresie zasad Kaizen i technik doskonalenia pomagają w budowaniu kultury jakości i innowacyjności w organizacji.

Efektom stosowania koncepcji Kaizen w ochronie zdrowia może być między innymi: **redukcja czasu oczekiwania** na udzielenie świadczenia zdrowotnego (minimalizacja czasu oczekiwania na świadczenie szpitalne bądź ambulatoryjne poprzez optymalizację harmonogramów i lepszą organizację pracy w rejestracji); **poprawa jakości opieki** (wnikliwa i cykliczna analiza przypadków klinicznych, co może prowadzić do zmniejszenia liczby „błędów medycznych” oraz poprawy wyników leczenia); **zarządzanie zasobami** (w tym zarządzanie zapasami leków, wyrobów i materiałów medycznych, co pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów oraz redukcję kosztów)⁷⁴.

Nie bez znaczenia dla skuteczności stosowania koncepcji Kaizen są zmienne w postaci oporu przed zmianami, co podyktowane jest najczęściej przyzwyczajeniem do dotychczasowych praktyk i metod pracy. Kolejną zmienną stanowiącą potencjalne ograniczenie jest brak zasobów finansowych, co może utrudniać inwestycje w szkolenia i technologie potrzebne do wdrożenia zasad Kaizen. Czynniki, które mogą hamować sukces Kaizen w ochronie zdrowia, to brak zaufania, nikłe zaangażowanie, ograniczone zrozumienie procesów, niepowodzenie komunikacji, trudności w zbieraniu danych i nadmiar biurokracji. Brak zrozumienia Kaizen i jego związku z ogólnymi celami organizacji może ograniczać trwałość usprawnień wydajności. Trwałość długoterminowych wyników lub ich spadek można opisać przy użyciu poziomów trwałości, takich jak w ramie trwałości opracowanej przez N. Batemana i A. Davida⁷⁵.

W literaturze wskazuje się, że koncepcja Kaizen jest często wprowadzana poprzez wydarzenia Kaizen, na przykład intensywne warsztaty trwające kilka dni⁷⁶, podczas których zespół multidyscyplinarny koncentruje się na określonym celu rozwojowym. Wyniki Kaizen w szpitalach publicznych i jednostkach komercyjnych obejmują między innymi: skrócenie czasu wizyt i pobytów po operacjach, redukcję kosztów i zapasów klinicznych, eliminację działań nieprzynoszących wartości i zmienności oraz poprawę przepływu procesów, wyników pacjentów i zwiększenie jakości świadczeń⁷⁷.

⁷⁴ Por. P. Mazzocato, T. Stenfors-Hayes, U. von Thiele Schwarz, H. Hasson, M.E. Nyström, *Kaizen practice in healthcare: a qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement*, „BMJ Open” 2016/6(7), doi:10.1136/bmjopen-2016-012256 (dostęp: 8.01.2026 r.).

⁷⁵ N. Bateman, A. David, *Process improvement programmes: a model for assessing Sustainability*, „International Journal of Operations & Production Management” 2002/22(5), s. 515–526.

⁷⁶ S.A. Melnyk, R. Calanton, F. Montabon, R. Smith, *Short-term action in pursuit of long-term improvements: Introducing Kaizen events*, „Production and Inventory Management Journal” 1998/39(4), s. 69–76.

⁷⁷ D.P. Sladen i in., *Application of Kaizen principles to a large cochlear implant practice: A continuous quality improvement initiative at Mayo Clinic*, „Otology & Neurotology” 2019/40(6), s. 592–599; M.F. Suárez-Barraza, J.A. Miguel-Davila, *Kaizen-Kata, a problem-solving approach to public service health care in Mexico. A multiple-case study*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020/17(9).

4.4. Zasada 5S

Zasada 5S odnosi się do pięciu japońskich słów, które charakteryzują podejście do organizacji i zarządzania miejscem pracy oraz procesem pracy, zmierzającym do podniesienia wydajności przez wyeliminowanie strat, usprawnienie procesów i redukcję zbędnych procedur. Nazwa zasady 5S pochodzi od pierwszych liter następujących zasad: selekcja, systematyczność, sprzątanie, standaryzacja i samodyscyplina⁷⁸.

Stanowiska przygotowywane według nich powinny charakteryzować się pięcioma głównymi cechami:

- 1) występowanie wyłącznie niezbędnych przedmiotów na stanowisku pracy;
- 2) stałe i oznaczone miejsca składowania poszczególnych przedmiotów;
- 3) porządek, czystość i stała dbałość o wygląd stanowiska;
- 4) umieszczone w widocznych miejscach instrukcje dotyczące podstawowych czynności związanych z utrzymaniem stanowiska;
- 5) wysoki poziom świadomości członków organizacji.

Zachowanie wyżej wskazanych zasad pozwala wyeliminować czynnik marnotrawstwa, zwiększyć koncentrację na wykonywanej pracy, a jednocześnie podnieść jej jakość oraz zredukować straty, które powstają w czasie poświęconym na nieproduktywne czynności.

Niżej, w oparciu o opracowanie własne, przedstawiono przykłady poszczególnych elementów należących do zasady 5S⁷⁹. Każdy z nich ma znaczący wpływ na poszanowanie praw pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem prawa pacjenta do świadomego uczestnictwa w procesie leczenia, pobierania świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, dostępu do dokumentacji medycznej. Należy tu wymienić:

- 1) Seiri (selekcja, sortowanie) – zespół zarządzający winien przeprowadzić audyt wszystkich narzędzi medycznych, drobnego sprzętu i wyrobów medycznych (dalej materiały) dostępnych w szpitalu w celu zidentyfikowania tych, które są niezbędne, a które można usunąć lub zlikwidować. W tym zakresie są przeprowadzane:
 - a) **segregacja sprzętu** – na podstawie przeprowadzonej analizy materiały dzielone są na trzy kategorie:
 - **niezbędne** – używane regularnie, na przykład podstawowe narzędzia chirurgiczne,
 - **rzadko używane** – używane sporadycznie, na przykład specjalistyczny sprzęt do rzadkich procedur,

⁷⁸ Zob. J. Wyciśłok, R. Poloczek, *Po prostu zarządzanie. Po pierwsze zarządzanie*, Chełm Śląski 2012, s. 303–308.

⁷⁹ Por. M. Graban, *Lean Hospitals. Doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwo pacjentów i satysfakcja personelu*, Wrocław 2011.

- **nieużywane** – sprzęt, który nie był używany przez dłuższy czas i nie ma uzasadnienia do jego dalszego składowania,
 - b) **usunięcie niepotrzebnych przedmiotów** – materiały zakwalifikowane jako nieużywane są usuwane z jednostki (oddziału/szpitala), co pozwala na zwolnienie miejsca i uproszczenie jego organizacji,
 - c) **oznaczenie miejsc** – dla pozostałych, niezbędnych materiałów ustala się stałe, oznaczone miejsca, aby zapewnić łatwy dostęp do nich i porządek,
 - d) **edukacja personelu** – członkowie organizacji (np. personel medyczny) są szkoleni w zakresie prawidłowego segregowania i przechowywania sprzętu, aby zachować porządek i efektywność w codziennej pracy;
- 2) Seiton (systematyka, składowanie) – w tym zakresie wprowadza się:
- a) **oznaczenie miejsc składowania** – każdy sprzęt medyczny, materiały i narzędzia powinny zostać przypisane do określonych, wyraźnie oznaczonych miejsc,
 - b) **ułożenie według częstotliwości używania** – narzędzia i materiały są przechowywane w sposób, który ułatwia szybki dostęp; często używane przedmioty znajdują się na wysokości wzroku, a rzadziej używane są umieszczane na niższych półkach,
 - c) **kolorowe kodowanie** – wprowadzenie systemu kolorowego kodowania dla różnych rodzajów materiałów (np. różne kolory dla materiałów medycznych, odzieży ochronnej, czy narzędzi), co ułatwia ich identyfikację i lokalizację,
 - d) **standardowe procedury przechowywania** – opracowanie i wdrożenie standardowych procedur dotyczących składowania materiałów, które określają, jak i gdzie powinny być przechowywane różne przedmioty, aby zapewnić bezpieczny i łatwy dostęp,
 - e) **wizualne wskaźniki** – użycie wizualnych wskaźników (np. tabliczek, diagramów) w miejscach składowania, które obrazują, jakie przedmioty powinny znajdować się w danym miejscu, co ułatwia utrzymanie porządku,
 - f) **regularne audyty** – przeprowadzanie regularnych audytów w celu weryfikacji, czy przedmioty są przechowywane zgodnie z ustalonymi zasadami; umożliwia to szybkie wykrywanie nieprawidłowości i wprowadzanie bieżących korekt;
- 3) Seiso (sprzątnięcie) – w tym zakresie są wprowadzane:
- a) **codzienne sprzątnięcie stanowisk pracy** – ustalenie rutynowego harmonogramu sprzątnięcia dla różnych obszarów, takich jak sale operacyjne, gabinety lekarskie czy korytarze,
 - b) **utrzymanie czystości sprzętu medycznego** – regularne czyszczenie i dezynfekcja sprzętu medycznego, takiego jak aparaty do monitorowania pacjentów, narzędzia chirurgiczne i urządzenia diagnostyczne, w celu minimalizacji ryzyka zakażeń,
 - c) **szkolenie personelu** – szkolenie pracowników na temat zasad i technik sprzątnięcia, aby każdy znał odpowiednie procedury i środki czyszczące, a także wiedział, jak utrzymać czystość w swoim otoczeniu,

- d) **zarządzanie odpadami** – wprowadzenie systemu segregacji i utylizacji odpadów medycznych, aby zapewnić bezpieczeństwo i zgodność z przepisami prawa,
 - e) **inspekcje czystości** – regularne inspekcje przeprowadzane przez kierownictwo lub zespół jakości, aby ocenić standardy czystości w różnych obszarach placówki,
 - f) **monitorowanie i raportowanie** – wprowadzenie systemu monitorowania czystości, który ma identyfikować obszary wymagające sprzątnięcia czy dezynfekcji, co zwiększa odpowiedzialność personelu i reagowanie na bieżące potrzeby;
- 4) Seiketsu (standaryzacja) – w tym zakresie są wprowadzane:
- a) **opracowanie standardowych procedur operacyjnych (SOP)** – stworzenie szczegółowych dokumentów opisujących procedury dotyczące różnych działań w szpitalu, np. takich jak administrowanie zasobami lekowymi, przygotowanie pacjentów do zabiegów, zarządzanie sprzętem medycznym,
 - b) **wizualne standardy** – wprowadzenie wizualnych wskaźników i diagramów w miejscach pracy, które ilustrują standardowe procedury, co ułatwia personelowi przestrzeganie ustalonych zasad,
 - c) **harmonogramy sprzątnięcia i konserwacji** – ustalenie regularnych harmonogramów czyszczenia i konserwacji sprzętu oraz pomieszczeń, aby zapewnić, że wszystkie obszary są utrzymywane w należytych stanie,
 - d) **szkolenia i certyfikacje** – regularne szkolenia dla członków organizacji dotyczące standardowych procedur oraz wymaganych umiejętności,
 - e) **kontrola jakości** – wprowadzenie systemu kontroli jakości, który obejmuje regularne audyty i inspekcje w celu zapewnienia zgodności z ustalonymi standardami,
 - f) **standaryzacja dokumentacji medycznej** – wprowadzenie jednolitych formularzy i dokumentów dla poszczególnych procedur medycznych, co ułatwia zbieranie danych i zwiększa efektywność pracy,
 - g) **regularne przeglądy procesów** – ustalenie regularnych przeglądów standardów i procedur, co pozwala na aktualizację i dostosowanie ich do zmieniających się potrzeb i przepisów prawa;
- 5) Shitsuke (dyscyplina) – w tym zakresie są wprowadzane:
- a) **kultura odpowiedzialności** – promowanie kultury, w której każdy członek organizacji czuje się odpowiedzialny za utrzymanie standardów jakości i bezpieczeństwa,
 - b) **ustanowienie zasad i oczekiwań** – opracowanie jasnych zasad dotyczących zachowań, procedur i standardów, które pracownicy są zobowiązani przestrzegać, na przykład noszenie odpowiedniej odzieży ochronnej, stosowanie się do zasad higieny,
 - c) **regularne szkolenia** – organizacja szkoleń dotyczących dyscypliny w pracy, które obejmują takie tematy, jak zarządzanie czasem, efektywna komunikacja oraz przestrzeganie procedur,

- d) **monitoring i ocena** – wprowadzenie systemu monitorowania, który pozwala na ocenę przestrzegania zasad i procedur, w tym na przykład audyty, inspekcje oraz system zgłaszania naruszeń,
- e) **informacja zwrotna i refleksja** – tworzenie środowiska, w którym pracownicy mogą dzielić się swoimi doświadczeniami i refleksjami na temat przestrzegania zasad oraz dyscypliny, co sprzyja wzajemnemu wsparciu,
- f) **wzmacnianie współpracy** – promowanie współpracy między zespołami, gdzie dyscyplina w pracy jednego zespołu wpływa na efektywność i jakość pracy innego, co podkreśla znaczenie odpowiedzialności zbiorowej.

Sukces Kaizen, jak i poszczególnych narzędzi stanowiących komponenty tej metody zarządzania zależy od wprowadzenia i utrzymania bazowych elementów systemu, w tym:

- audytów procesów, które są niezbędne, by zapewnić przestrzeganie standardów pracy; celem audytów jest stała obserwacja i ocena procesów; nie polegają one na identyfikacji winnych i pociąganiu ich do odpowiedzialności;
- bieżących pomiarów wskaźników wydajności procesów, które umożliwiają uzyskanie natychmiastowej informacji zwrotnej, co ułatwia eliminowanie przyczyn ewentualnych błędów;
- cyklicznych spotkań zespołów w celu zebrania propozycji udoskonaleń – zarządzanie propozycjami daje szansę na usprawnienie pracy i zwiększenie jej wydajności, a także promuje kulturę *Thinking Production System*, który podkreśla rolę kreatywności i pomysłowości członków organizacji w rozwoju systemu ciągłego doskonalenia.

5. Ocena satysfakcji pacjentów i audyty jakości

5.1. Ocena satysfakcji pacjentów

Ocena opinii i doświadczeń pacjentów, definiowana w ustawie o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jako czynnik konsumencki, to nic innego jak badanie satysfakcji osób pobierających świadczenia zdrowotne. Jak wskazuje się w literaturze, ocena satysfakcji pacjentów może odbywać się w oparciu o metody pośrednie i bezpośrednie, których celem jest ocena poziomu świadczeń opieki zdrowotnej dostarczanych przez konkretny podmiot. Do drugiej grupy metod należy między innymi CIT (*Critical Incident Technique*) – metoda zdarzeń krytycznych i metoda *servqual*.

Metoda CIT po raz pierwszy została opisana przez J.C. Flanagana w 1954 r., który zdefiniował ją jako zestaw procedur używanych do zbierania informacji o zachowaniu człowieka, które mogą zostać wykorzystywane do rozwiązywania praktycznych problemów

i formułowania psychologicznych mechanizmów⁸⁰. Metoda ta ma na celu wytypowanie zdarzeń (tzw. zdarzeń krytycznych), które miały kluczowy wpływ na osiągnięcie sukcesu bądź porażki. W latach 90. XX w. metoda CIT zaczęła być używana do badania opinii klientów na temat świadczonych im usług, a następnie znalazła zastosowanie w identyfikacji zdarzeń, które wpływają na satysfakcję pacjenta w sektorze usług medycznych.

Aby zdarzenie mogło podlegać analizie, musi spełniać trzy podstawowe warunki:

- 1) nastąpiło między pacjentem a personelem,
- 2) wpłynęło na zmianę poziomu satysfakcji pacjenta,
- 3) ilość danych dotyczących zdarzenia jest wystarczająca do przeprowadzenia analizy.

Z kolei metoda *servqual* polega na pomiarze różnicy między oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi usługi medycznej a jej realnym poziomem. Metoda jest ukierunkowana na dostrzeżenie obszarów, w których poziom zadowolenia pacjenta odbiega w sposób negatywny od jego oczekiwań.

Należy zaznaczyć, że wyróżnia się pięć głównych przyczyn niezadowolenia pacjentów:

- 1) różnica między rzeczywistymi oczekiwaniami pacjentów a tym, jak są one postrzegane przez zarządzających placówką medyczną;
- 2) niedostateczne zaangażowanie kadry zarządzającej w osiągnięcie jakości;
- 3) wykonanie usługi w sposób niezgodny z formalnymi standardami;
- 4) nadmierne obietnice personelu co do jakości wykonania usługi i jej efektów;
- 5) różnica między usługą oczekiwaną przez pacjenta a otrzymaną⁸¹.

Popularną metodą badania jakości usług medycznych jest metoda luk stworzona w 1985 r. przez A. Parasuramana, V. Zeithaml i L. Berry'ego⁸². Zgodnie z tą koncepcją w usługach można wyodrębnić cztery luki będące wynikiem rozbieżności między oczekiwaną a postrzeganą jakością usług, w tym: różnicę między oczekiwaniami klienta a oceną tych oczekiwań przez kierownictwo; różnicę między oceną kierownictwa a normatywną jakością usługi; różnicę między technicznymi normami jakości usług a faktycznie wykonaną usługą; różnicę między jakością świadczenia usługi a informacją, którą uzyskał klient na jej temat. Model ten został udoskonalony przez innych autorów przez dodanie kolejnych luk, które mogą pojawić się na płaszczyźnie oceny jakości usług⁸³.

⁸⁰ Por. S. Cisek, *Diagnostyka kompetencji informacyjnych w miejscu pracy – technika incydentów krytycznych* [w:] *Diagnostyka w zarządzaniu informacją. Perspektywa informatologiczna*, red. R. Sapa, Kraków 2017, s. 15–34.

⁸¹ M. Sobkowski, M.D. Głowacka, *Zastosowanie modelu Servqual w procesie oceny jakości usług medycznych*, „Nowiny Lekarskie” 2005/74(2), s. 154–165.

⁸² M. Ingaldi, *Różne podejścia do modelu luk*, „Quality Production Improvement” 2019/2(11), s. 72–82.

⁸³ Zob. S.T.K. Luk, R. Layton, *Perception Gaps in Customer Expectations: Managers Versus Service Providers and Customers*, „The Service Industries Journal” 2002/22(2), s. 109–128; A. Shahin, M. Samea,

Należy zaznaczyć, że model luk pozwala na zrozumienie przyczyn niskiej jakości usługi oraz niezadowolenia klientów oraz wprowadzenie środków zaradczych. Model ten powstał dzięki zastosowaniu metody wnioskowania – indukcji statystycznej, co oznacza rekonstrukcję kategorii jakości na podstawie danych uzyskanych z badań empirycznych.

Zgodnie z art. 20 ust. 1 u.j.o.z. badanie opinii i doświadczeń pacjenta przeprowadza się przy pomocy ankiety, której wzór minister właściwy do spraw zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego tego ministra. W przypadku pobytu pacjenta w podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej zanonimizowane badanie opinii i doświadczeń pacjentów przeprowadza się po wypisie pacjenta z podmiotu leczniczego lub w dniu wypisu ze szpitala, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii. Podmiot wykonujący działalność inną niż całodobowa i stacjonarna ma obowiązek poinformowania pacjentów, w dowolnie wybrany przez siebie sposób, o możliwości wypełnienia ankiety badania opinii i doświadczeń pacjentów, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii (art. 20 ust. 2–3 u.j.o.z.).

W myśl art. 4 ust. 1 u.j.o.z. jakość w opiece zdrowotnej mierzona jest z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszarów: klinicznego, zarządczego i **konsumenckiego**, który należy identyfikować z wynikami badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 10.09.2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej⁸⁴ wskaźnikami jakości mają być:

- 1) prowadzenie regularnych badań satysfakcji pacjenta przez udostępnienie ankiety;
- 2) odsetek pacjentów, którzy wypełnili ankiety satysfakcji pacjenta powyżej średniej dla wszystkich świadczeniodawców.

Uwaga! Rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej koncentruje się na regularności prowadzonych badań i liczbie respondentów, którzy wzięli udział w badaniu. Jakkolwiek poziom satysfakcji wyznaczany jest co do zasady przez pozytywną ocenę poszczególnych czynników branych pod uwagę jako kryteria różnicujące, tak z literalnego brzmienia zapisów cytowanego rozporządzenia wynika wprost, że główny wpływ na pozytywną ocenę jakości w danej jednostce będzie miała liczba wypełnionych ankiet.

Developing the Models of Service Quality Gaps: A Critical Discussion, „Business Management and Strategy” 2010/1(1).

⁸⁴ Dz.U. poz. 1349.