

Urszula Drozdowska*, Marcin Śliwka**

Analiza statusu prawnego Rzecznika Praw Pacjenta – zagadnienia wybrane

Analysis of the legal status of Patient Ombudsman after its six-year operation: Polish Patient Ombudsman (PPO) was established to protect individual and collective patients' rights. Contrary to original plans, it was established as an organ of central government administration. Therefore, the name may be confusing, as it suggests that PPO belongs to the group of entities similar to traditional ombudsmen. In fact, it implements government policy. This lack of independence is associated with the necessity of giving PPO the power to impose penalties for breach of the so called "collective patients' rights". Accordingly, PPO can be considered as a kind of "subtype" of the Ombudsman only from the perspective of competencies in relation to violation of the individual patient's rights. The article analyzes the origins of the Patient Ombudsman institution in Poland, its place in Polish polity and its legal prerogatives in comparison to other bodies that offer protection of patient's rights. The authors analyze in detail the competence of the Patient Ombudsman in case of violation of individual and collective patients' rights.

Keywords: patients' rights | Patient Ombudsman

Słowa kluczowe: prawa pacjenta | Rzecznik Praw Pacjenta

* Doktor nauk prawnych, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku;
urszula.drozdowska@wp.pl.

** Doktor nauk prawnych, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja
Kopernika w Toruniu; marcin.sliwka@gmail.com.

Uwagi wstępne

W czerwcu 2015 r. minęło sześć lat od wejścia w życie ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. nr 52, poz. 417, ze zm.; dalej: ustawa o prawach pacjenta, u.p.p.)¹. W jednym akcie prawnym o znaczeniu podstawowym dla prawa medycznego zebrano prawa pacjenta oraz wskazano środki ich ochrony. Ten pozytywny aspekt regulacji niewątpli-

¹ Ustawa weszła w życie 5 czerwca 2009 r., jednak przepisy dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta, tj. art. 41–46 oraz art. 56, 57 zaczęły obowiązywać od 21 maja 2009 r.

wie wpłynął na upowszechnienie wiedzy o prawach pacjenta². Jakkolwiek zgłaszane są uwagi krytyczne³, to zasadniczo uregulowania nowej ustawy spotkały się z aprobatą doktryny prawa medycznego⁴.

Niewątpliwie *novum* legislacyjne stanowi wprowadzenie do polskiego porządku prawnego instytucji Rzecznika Praw Pacjenta (RPP). Zgodnie z treścią art. 41 u.p.p. został on powołany w celu ochrony praw pacjenta⁵. Obok cywilnoprawnych środków ochrony praw pacjenta (por. art. 4 u.p.p.⁶) istnieje urząd, który z założenia ma przyczynić się do bardziej efektywnej ochrony tych praw. Warto na wstępie zaznaczyć, że w porównaniu do ochrony cywilnoprawnej, która z natury rzeczy jest ochroną kompensacyjną, wymagającą wykazania poniesienia uszczerbku w dobrach prawnie chronionych (pacjent musi wykazać, że na skutek zawinionego naruszenia jego praw doszło do wyrządzenia mu krzywdy⁷), ochrona przy pomocy Rzecznika Praw Pacjenta jawi się jako ta, która umożliwia – bez potrzeby prowadzenia postępowania sądowego – wyegzekwowanie praw⁸. Pacjent, składając skargę do RPP, z uwagi na odmowę realizacji jego uprawnień liczy bowiem na to, że interwencja Rzecznika spowoduje, iż podmiot leczniczy zachowa się zgodnie z prawem.

Podstawowym celem tej publikacji jest więc próba oceny, czy istotnie Rzecznik Praw Pacjenta funkcjonujący od sześciu lat w określonym otoczeniu prawnym, wyposażony w porównaniu do innych rzeczników w swoiste kompetencje spełnia pokładane w nim nadzieje. Ze względu na rozległość poruszanej problematyki przedmiotem publikacji jest przede wszystkim przedstawienie

² Zob. ekspertyzy prawne do projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (druk sejmowy nr 283) [w:] „Zeszyty Prawnicze BAS” 2008, nr 2 i 4.

³ Z tej przede wszystkim racji, że przepisy ustawy o prawach pacjenta nie są dostatecznie skorelowane z przepisami innych ustaw z zakresu prawa medycznego, które także odnoszą się do praw pacjenta, przede wszystkim z przepisami ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r., nr 136, poz. 857, ze zm.), które określają treść praw pacjenta od strony obowiązków lekarzy.

⁴ Zob. M. Nesterowicz, *Wstęp do komentarza do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, M. Nesterowicz (red.), Warszawa 2009, s. 7–8; A. Huk-Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 9; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 21.

⁵ Por. U. Drozdowska, *Rzecznik Praw Pacjenta – nowy sposób ochrony praw pacjenta?*, „Administracja Publiczna. Studia krajowe i międzynarodowe” 2009, nr 1, s. 14.

⁶ Odpowiednikiem art. 4 u.p.p. był art. 19a nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁷ Zob. m.in. M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007, s. 291–321.

⁸ Zob. M. Śliwka, *Rzecznik Praw Pacjenta w obcych systemach prawnych oraz w prawie polskim*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2009, t. XXI, s. 501 i n.

pozycji ustrojowo-prawnej RPP na tle innych podobnych mu instytucji, a także analiza wybranych kompetencji, przede wszystkim tych, które wyróżniają RPP i pozwalają określić jego status prawny w polskim porządku prawnym⁹.

Geneza powstania instytucji Rzecznika Praw Pacjenta w Polsce

Przed wejściem w życie przepisów ustawy o prawach pacjenta i powołaniem na urząd pierwszego Rzecznika Praw Pacjenta¹⁰ polski system prawny dopuszczał działalność różnych kategorii rzeczników w ochronie zdrowia¹¹. Większość z nich funkcjonuje także i dziś po utworzeniu instytucji RPP.

W pierwszej kolejności należy wymienić Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (RPPSP), który, będąc pracownikiem Biura Ochrony Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, stanowił pomoc w ochronie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny¹². Ten typ rzecznika zasługuje na uwagę z dwóch powodów. Po pierwsze, z racji swego usytuowania istnieje możliwość bieżącego monitorowania przestrzegania praw pacjentów w szpitalu psychiatrycznym. Po drugie, zagwarantowana została niezależność od podmiotu leczniczego, w którym RPPSP wykonuje swoje obowiązki. Instytucja ta jest przykładem *ombudsmana* o charakterze zdecentralizowanym, którego zarówno usytuowanie, jak i zakres obowiązków¹³ powodują bezpośred-

⁹ Pojęcie statusu prawnego nie jest jednoznaczne w literaturze prawniczej. Najczęściej wskazuje się, że jest to normatywny układ relacji danego podmiotu z innymi podmiotami prawa, ponadto status ten wyznaczają kompetencje, jakie ma ten podmiot wobec innych podmiotów prawa.

¹⁰ Prezes Rady Ministrów powołał na to stanowisko Krystynę Barbarę Kozłowską dopiero 2 października 2009 r., a zatem stosunkowo późno, biorąc pod uwagę datę wejścia przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

¹¹ Zob. M. Śliwka, *Rzecznik Praw Pacjenta*, *op. cit.*, s. 503 i n.

¹² Zob. przepisy ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375, ze zm.), zwłaszcza art. 10a i następne, a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Dz.U. nr 16, poz. 126. Ten typ rzecznika w polskim porządku prawnym pojawił się na początku 2006 r. w związku z nowelizacją przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2005 r., nr 141, poz. 1183.

¹³ Rzecznik wyposażony jest w liczne kompetencje, ma m.in. prawo wstępu do pomieszczeń szpitalnych związanych z udzielaniem świadczeń, prawo występowania z wnioskami o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń, prawo wglądu w dokumentację medyczną za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (opiekuna faktycznego), a także ma prawo do porozumiewania się z tymi osobami bez udziału innych osób. Zob. U. Drozdowska,

nią łączność z pacjentem. Przy ocenie działalności tego rodzaju rzeczników należy brać pod uwagę specyficzną sytuację pacjentów psychiatrycznych, często życiowo nieporadnych, a także wzmoczoną potrzebę ochrony ich dóbr osobistych, w tym tak istotnych, jak wolność i godność osobista¹⁴. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego obecnie są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, ich niezależność od podmiotu leczniczego została więc utrzymana.

Na marginesie należy wskazać, że wspomniane wyżej Biuro Ochrony Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia działało jako państwowa jednostka budżetowa, w związku z tym w piśmiennictwie zaliczane było do instytucji *quasi-ombudsmanskich*¹⁵. Kompetencje Biura Praw Pacjenta były dość ograniczone, z tego powodu współpracowało ono m.in. z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Rzecznikami Odpowiedzialności Zawodowej w Izbach Lekarskich, z rzecznikami działającymi przy Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz organami założycielskimi ówczesnych zakładów opieki zdrowotnej. Wraz z wejściem w życie ustawy o prawach pacjenta Biuro Praw Pacjenta stało się Biurem Rzecznika Praw Pacjenta.

Oprócz tego w systemie ochrony zdrowia można było wskazać osoby, będące pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia (wcześniej Kas Chorych), do których kompetencji należało czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta przez świadczeniodawców związanych kontraktem z NFZ. Zarówno w centrali Funduszu w Warszawie, jak i w oddziałach wojewódzkich wyodrębniano stanowisko pracownicze o nazwie Rzecznik Praw Pacjenta¹⁶. Podstawowym celem działalności tego typu rzeczników była ochrona praw pacjentów ubezpieczonych zdrowotnie, kontrola sprawowana przez tego typu rzeczników – jako ta dotycząca tylko tych świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowę – była w związku z tym uznawana za sektorową i niewystarczającą¹⁷. Ponadto

Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (rozdz. X) [w:] Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów, A. Jacek, E. Sarnačka (red.), Warszawa 2014, s. 151 i n.

¹⁴ Zob. B. Kmieć, *Instytucje ochrony praw pacjenta w Polsce*, „Forum Prawnicze” 2013, nr 2, s. 53; *idem*, *Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego*, „Ius et Administratio” 2010, numer specjalny, s. 27–45.

¹⁵ Zob. M. Paszkowska, *Rzecznik Praw Pacjenta w systemie ochrony prawnej*, „Przeгляд Prawa Publicznego” 2010, nr 7–8, s. 186–187; M. Śliwka, *Rzecznik Praw Pacjenta*, *op. cit.*, s. 506.

¹⁶ O rzecznikach tego typu stanowiła ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. nr 45, poz. 391. Stwierdzenie przez TK niekonstytucyjności tej ustawy skutkowało m.in. tym, że rzecznicy ci działali na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statusu NFZ, Dz.U. nr 55, poz. 48.

¹⁷ Jakkolwiek wskazywano, że rzecznicy funkcjonujący w ramach NFZ mogą w pewnych przypadkach być bardziej skuteczni niż pracownicy Biura przy Ministrze

całkowita zależność (stosunek pracowniczy rzecznika z NFZ) sprawiała, że nie mógł on efektywnie działać w przypadku, gdy naruszenie praw pacjenta należało wiązać nie z zachowaniem świadczeniodawcy, ale np. ubezpieczyciela¹⁸. Należy wskazać, że obecnie przy NFZ istnieją wyłącznie sekcje skarg i wniosków, które zajmują się sprawami dotyczącymi nieprawidłowości w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zarówno Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, jak i wspomnianego rzecznika pacjenta ubezpieczonego zdrowotnie jako tzw. rzeczników sektorowych ochrony zdrowia charakteryzował ustawowo zawężony zakres działalności. Z tych też przyczyn wskazywano, że nie mogą oni spełniać funkcji reprezentanta interesów pacjenta jako takiego¹⁹.

Funkcje rzecznikowskie pełnili także tzw. pełnomocnicy ds. praw pacjenta funkcjonujący w ramach struktury podmiotu leczniczego czy organizacji pozarządowej²⁰. W obu przypadkach – z racji braku ustawowego umocowania – celem ich funkcjonowania jest i było łagodzenie sporów między pacjentem a personelem medycznym. W przypadku organizacji pozarządowych jest to inicjatywa prawdziwie oddolna, która ma zapewnić pacjentom, np. chorym na stwardnienie rozsiane (SM) czy autyzm, profesjonalną pomoc prawną. Powoływanie tego rodzaju pełnomocników ds. praw pacjenta należy wiązać z rozwojem społeczeństwa obywatelskiego, demokratyzacją życia publicznego, dążeniem do zmian w zakresie poprawy ochrony praw pacjenta. Tendencja ta jest charakterystyczna dla systemów ochrony praw pacjenta w innych krajach, gdzie zazwyczaj tego typu rzecznik jest postrzegany jako swoisty bufor między świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą, mający za zadanie ułatwić wzajemną komunikację²¹.

Nakreślona powyżej sytuacja w prawie polskim w zakresie instytucjonalnej ochrony praw pacjenta wskazywała na przewagę modelu zdecentralizowanego, który dodatkowo charakteryzował się „sektorowością” w zakresie ochrony praw pacjenta. W związku z powyższym pojawiła się idea stworzenia podmiotu zajmującego się ochroną praw wszystkich pacjentów, a podmiot ten miał być usytuowany centralnie. W rekomendacjach Białego Szczytu, który miał miejsce w 2008 r. w związku z protestami środowiska medycznego zaproponowano al-

Zdrowia z tej racji, iż ich uprawnienia kontrolne dotyczą wszystkich kontraktujących, zarówno publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, zob. M. Śliwka, *Rzecznik Praw Pacjenta*, op. cit., s. 509.

¹⁸ Zob. A. Turek, *Rola Rzecznika Pacjenta w świetle konstytucyjnej ochrony praw człowieka*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 84–85; B. Kmiecik, *Instytucje*, op. cit., s. 51–52

¹⁹ *Ibidem*. Podobnie M. Paszkowska, *Rzecznik Praw Pacjenta w systemie*, op. cit., s. 185;

²⁰ Zob. szerzej B. Kmiecik, *Instytucje*, op. cit., s. 49 i n.

²¹ Tak M. Śliwka, *Rzecznik Praw Pacjenta*, op. cit., s. 503.

ternatywnie: wyodrębnienie oddzielnej instytucji w postaci Rzecznika Praw Pacjenta lub wzmocnienie aktywności Rzecznika Praw Obywatelskich w tej sferze²². Warto podkreślić, że postulowano, aby był to organ niezależny od NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia, co pozwoliłoby na obiektywne, nieobarczone nadzorem instytucji publicznych monitorowanie systemu opieki zdrowotnej²³. Dostrzegano znaczącą rolę Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie konstytucyjnej ochrony zdrowia obywateli, jednakże wskazywano, że specyfika oraz wciąż rosnące znaczenie społeczne problematyki praw pacjenta uzasadnia stworzenie wyspecjalizowanego podmiotu, który swoją energię i możliwości poświęci ochronie praw pacjenta²⁴. W tej właśnie kwestii – wzajemnych relacji między instytucjami *ombudsmanskimi* – doszło do zasadniczego starcia poglądów. Pojawiło się mianowicie pytanie, jakie jest *ratio legis* tworzenia odrębnego rodzaju *ombudsmana*.

W literaturze prawa konstytucyjnego wyrażane są często poglądy, że powoływanie nowych rzeczników specjalnych o znacznie węższym zakresie działania powoduje jedynie złudzenie zwiększenia ochrony podmiotów, których interesy reprezentują²⁵. Przyznane specjalnym rzecznikom kompetencje nie zawężają podmiotowego czy przedmiotowego zakresu działania Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO), a jedynie obciążają budżet państwa²⁶. Zdaniem A. Zolla silna pozycja RPO wynika z uprawnienia do kontroli całej działalności władzy publicznej, osłabienie tego modelu następuje zaś przez tworzenie resortowych rzeczników²⁷. Podobnie J. Świątkiewicz zauważa, że skoncentrowanie zadań w jednym ręku, tak jak to się dzieje w wypadku RPO sprzyja profesjonalizacji i wzbogaceniu doświadczeń, a rozproszenie w wielu instytucjach osłabia jego pozycję ustrojową²⁸. Przy tym, co bardzo istotne, powoływanie nowych

²² Zob. pkt 3 rekomendacji Białego Szczytu z 19 marca 2008 r., <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2008/n200804/n20080405>.

²³ Tak A. Turek, *Rola*, *op. cit.*, s. 88. Jak się wydaje, wzorowano się tu na rozwiązaniach angielskich, gdzie RPP może przeprowadzać samodzielne postępowanie w sprawach skarg na działanie administracji oraz *National Health Service*; zob. szerzej M. Śliwka, *Rzecznik Praw Pacjenta*, *op. cit.*, s. 505 i n.

²⁴ *Ibidem*; zob. też A. Jacek [w:] *Administracja Publiczna*, t. I. *Ustrój administracji państwowej, centralnej*. Komentarz, B. Szmulik, K. Miaskowska-Daszkiewicz (red.), Warszawa 2012, s. 531 i n.

²⁵ Zob. szerzej A. Domańska, *Pozycja ustrojowo-prawna Rzecznika Praw Obywatelskich*, Łódź 2012, s. 14 i n.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ A. Zoll, *Czy wielość jest korzystna?*, „Rzeczpospolita” z dn. 9 października 2000 r., s. C1–C2.; *idem*, *Państwo prawa jeszcze w budowie*, Warszawa 2013, s. 145–146, gdzie autor proponuje, aby tzw. rzecznicy resortowi stali się zastępcami Rzecznika Praw Obywatelskich.

²⁸ J. Świątkiewicz, *W piętnastą rocznicę ustanowienia instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich* [w:] *Godność człowieka a prawa ekonomiczne i socjalne. Księga Jubileu-*

wyspecjalizowanych rzeczników powoduje problem nakładania się kompetencji, w następstwie czego powstaje konieczność określenia zasad współpracy między rzecznikami.

W polskim porządku prawnym funkcję specjalistycznego *ombudsmana* pełni Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Ubezpieczonych, Pełnomocnik Rządu ds. Kobiet (swego czasu postulowano nawet utworzenie na wzór Rzecznika Praw Dziecka – Rzecznika Praw Kobiet²⁹) czy Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania. Próby powołania innych specjalnych rzeczników, takich jak Rzecznik Praw Żołnierza³⁰ czy Rzecznik Praw Podatnika³¹ w związku z krytyczną oceną nie powiodły się. W tym kontekście powołanie Rzecznika Praw Pacjenta należy uznać za swoisty ewenement, wyjątek od reguły wymagający, jak się wydaje, uzasadnienia.

Tymczasem w oficjalnym uzasadnieniu do rządowego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (w akcie prawnym o randze ustrojowej dla prawa medycznego) nie znajdujemy żadnej argumentacji przemawiającej za wprowadzeniem tej instytucji³². W opinii do projektu ustawy autorstwa K. Skotnickiego czytamy, że istnienie Rzecznika Praw Obywatelskich nie oznacza, że nie można tworzyć rzeczników dla kontroli przestrzegania pewnych kategorii praw lub praw przynależnych pewnym grupom osób. Ustawodawca zatem tego nie zabrania, co najwyżej można zastanawiać się nad społeczną potrzebą ustanowienia takiego organu³³. Z kolei E. Zielińska w swojej opinii stwierdza, że można jedynie domniemywać, iż gdyby ocena Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie ochrony praw pacjenta była zadowalająca nie zgłoszono by propozycji utworzenia nowego organu³⁴. Doświadczenia biura przy Ministrze Zdrowia

szowa wydana w piętnastą rocznicę ustanowienia Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2003, s. 15.

²⁹ Zob. G. Napieralski, *Powołać Rzecznika Praw Kobiet*, „Gazeta Wyborcza” z dn. 26 września 2009 r.

³⁰ Poselski projekt ustawy o Rzeczniku Praw Żołnierzy, druk sejmowy nr 3068 (wpłynął do Sejmu 2 października 2009 r.).

³¹ Poselski projekt ustawy o Rzeczniku Praw Podatnika, druk sejmowy nr 4360 (wpłynął do Sejmu 12 maja 2011 r.).

³² Por. uzasadnienie projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (druk sejmowy nr 283) zamieszczone na stronach internetowych sejm.gov.pl.

³³ K. Skotnicki, *Ocena konstytucyjno-prawna rozdziałów IX–XI poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta* [w:] *Zmiany w systemie ochrony zdrowia*, seria „Przed Pierwszym Czytaniem” nr 2(2008), Warszawa 2008, s. 19–20.

³⁴ Tak E. Zielińska, *Ekspertyza na temat poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta* (druk sejmowy

oraz rzeczników działających w szpitalach psychiatrycznych wskazują na duże zapotrzebowanie społeczne na instytucje tego rodzaju, którym wyżej wymienione podmioty z uwagi na ograniczenia kadrowe i niewielkie kompetencje, a także niską rangę nie mogą sprostać³⁵. W tym miejscu warto wskazać, że już po wprowadzeniu instytucji RPP pojawił się głos w dyskusji, że nie jest to organ konkurencyjny wobec RPO, gdyż obecna regulacja prawna umożliwiła zlecenie RPP konkretnych spraw do zbadania w całości lub części, złożenia wyjaśnień lub przedstawienia akt, a także przekazania spraw według właściwości, co powoduje znaczące odciążenie urzędu RPO³⁶. Istotnie należy wskazać, że zgodnie z regulacjami ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. z 2001 r., nr 14, poz. 147, ze zm.; dalej: u.r.p.o.)³⁷ RPP związany jest żądaniem RPO i nie może odmówić przyjęcia sprawy do rozpatrzenia³⁸. Motywy wprowadzenia tej instytucji byłyby więc natury przede wszystkim utylitarnej oraz politycznej (przy ciągłych kłopotach z opieką zdrowotną i jej finansowaniem w naszym kraju wprowadzenie organu zajmującego się ochroną praw pacjenta daje wszak wyborcom nadzieję na poprawę sytuacji).

Kwestia powołania nowej instytucji rzecznikowskiej na etapie prac legislacyjnych budziła wątpliwości także innej natury, odnosiły się one do pozycji ustrojowej RPP³⁹. Z jednej bowiem strony RPP – według projektu ustawy – miał powoływać Sejm za zgodą Senatu (a zatem na podobnych zasadach jak RPO), a w swej działalności miał być to organ niezależny od innych organów państwowych i odpowiadać jedynie przed Sejmem (art. 37 projektu). Z drugiej zaś RPP miał być organem prowadzącym postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. W związku z tym RPP wyposażono w kompetencje w zakresie wymierzania kar finansowych podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych w razie naruszenia zbiorowych praw pacjenta.

nr 283) [w:] *Zmiany w systemie ochrony zdrowia*, seria „Przed Pierwszym Czytaniem” nr 2(2008), Warszawa 2008, nr 2, s. 39.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ Zob. T. Gellert, *Prawo do ochrony zdrowia z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich* [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, E. Nojszewska (red.), Warszawa 2011, s. 586.

³⁷ Zob. art. 11 ust. 1 pkt 3, art. 13 ust. 1 pkt 2, art. 15, 16 ust. 1, art. 17 u.r.p.o.

³⁸ Wzajemne relacje między rzecznikami nie są symetryczne. Widoczna jest zdecydowana przewaga RPO. W relacji odwrotnej RPP może co prawda zwrócić się do RPO o podjęcie działań z zakresu jego kompetencji (art. 48 u.p.p.), lecz RPO nie jest związany jego wnioskiem, ewentualne działania, jako organ niezawisły i niezależny podejmuje na podstawie własnej oceny sytuacji.

³⁹ E. Zielińska, *Eksperyta, op. cit.*, s. 40–41; L. Bosek, *Opinia na temat projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, druk nr 283* [w:] *Zmiany w systemie ochrony zdrowia*, seria „Przed Pierwszym Czytaniem” nr 2(2008), Warszawa 2008, s. 33.

Słusznie wskazywał więc L. Bosek, że sprawowanie *imperium* i wymierzanie kar kłóci się z istotą ustrojowej funkcji *ombudsmana* pojmowanego jako organ pozbawiony władczych kompetencji. Wyposażenie go w funkcje administracji rządowej podaje w wątpliwość jego usytuowanie w systemie konstytucyjnym⁴⁰.

Ten charakter instytucji RPP związany z jednej strony z ustrojem podległością Sejmowi, z drugiej zaś z możliwością nakładania kar pieniężnych, tj. wykonywania funkcji administracji rządowej, nie mógł zostać zaakceptowany. Jurydyczna poprawność wymagała albo umiejscowienia rzecznika wśród organów państwa na wzór innych instytucji *ombudsmańskich* i w związku z tym pozbawienia go funkcji imperialnych w zakresie nakładania kar na podmioty nieprzestrzegające praw pacjenta albo pozostawienia mu określonych w projekcie kompetencji z jednoczesnym usytuowaniem go wśród organów administracji rządowej. Zdecydowano się na to drugie rozwiązanie, w związku z tym pozbawiono RPP bodaj najważniejszej cechy urzędu *ombudsmana* – cechy niezależności od organów władzy wykonawczej. Nazwa omawianej instytucji jest więc myląca, RPP nie ma w istocie charakteru *ombudsmańskiego*⁴¹. Warto, uzasadniając ten pogląd, wskazać, że *ombudsman* ma odpowiadać właściwościom ustalonym dla krajowych instytucji praw człowieka (*National Human Rights Institutions*), nad czym czuwają takie organizacje jak Międzynarodowy Instytut *Ombudsmana* oraz Europejski Instytut *Ombudsmana*⁴². Za szczególnie ważne uznaje się zapewnienie niezależności i niezawisłości tej instytucji od organów państwowych, zwłaszcza od administracji, oddziaływanie mocą aurytetytu, apolityczność, a także łatwą dostępność dla obywateli⁴³. *Ombudsman* powinien więc zachować niezależność od władzy wykonawczej, aby móc skutecznie ją kontrolować. Gwarancje niezawisłości tkwią w procedurze powoływania i odwoływania, immunitacie formalnym oraz nietykalności, w zasadzie niepołączalności tego urzędu z innym stanowiskiem (za wyjątkiem stanowiska profesora szkoły wyższej), w zasadzie apolityczności oraz zakazie przynależności do związku zawodowego i prowadzenia działalności niedającej się pogodzić z godnością urzędu.

⁴⁰ L. Bosek, *Opinia*, *op. cit.*, s. 33.

⁴¹ Jak się wydaje, tej mylącej nazwie urzędu należy przypisywać prezentowane w literaturze prawa medycznego poglądy, zgodnie z którymi RPP jest urzędem *ombudsmańskim*, zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta*, *op. cit.*, s. 412.

⁴² Status *ombudsmana* został określony m.in. w rezolucjach: Komisji Praw Człowieka ONZ z 1992 r. (nr 1992/54) oraz Zgromadzenia Ogólnego NZ z 1993 r. (nr 48/134). Należy także wskazać na powołanie *Ombudsmana* Unii Europejskiej na mocy decyzji Parlamentu Europejskiego z 12 lipca 1995 r.; zob. szerzej A. Zieliński, *Instytucja Rzecznika Praw Dziecka w świetle Konstytucji [w:] W trosce o rodzinę. Księga Pamiątkowa ku czci prof. Wandy Stojanowskiej*, Warszawa 2008, s. 621 i n.

⁴³ Kwestia określenia cech instytucji *ombudsmana* jest sporna w literaturze, tym niemniej konstruuje się ich katalog, zob. A. Domańska, *Pozycja*, *op. cit.*, s. 31 i n.

Pozycja ustrojowo-prawna RPP na tle innych instytucji zajmujących się ochroną praw pacjenta

Pozycję ustrojową Rzecznika Praw Pacjenta w prawie polskim wyznaczają regulacje ustawy o prawach pacjenta (art. 41–67 u.p.p.). Wpływ na określenie pozycji RPP mają także unormowania dotyczące innych instytucji rzecznikowskich czy *quasi-rzecznikowskich*, zwłaszcza Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Rzecznika Praw Dziecka⁴⁴. Nie sposób także pominąć, rozważając status RPP, uregulowań dotyczących Rzecznika Ubezpieczonych⁴⁵ oraz rzeczników konsumentów. Przy tym należy wskazać, że ci ostatni występują w sprawach o ochronę interesów indywidualnych konsumenta⁴⁶, a ich działalność ma charakter zdecentralizowany. W razie potrzeby ochrony zbiorowych praw konsumenta właściwym organem jest Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta⁴⁷. Ta dyferencjacja w zakresie uprawnień ma pewne znaczenie porównawcze, ponieważ RPP jest organem powołanym zarówno do ochrony indywidualnych, jak i zbiorowych praw pacjenta (szerzej o tym w kolejnej części artykułu).

W pierwszej kolejności wymaga rozważenia pozycja prawna RPP w porównaniu do RPO. W odróżnieniu od urzędu RPO, którego istnienie w polskim porządku prawnym przesądza przepis art. 208 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483, ze zm.)⁴⁸, urząd RPP nie ma swego umocowania konstytucyjnego. Jest to o tyle zrozumiałe, o ile weźmiemy pod uwagę fakt, że *spectrum* działania RPO jest bardzo szerokie; stoi on na straży wolności i praw, co umożliwia mu interwencję właściwie w każdej sprawie, w której dochodzi do naruszenia praw i wolności człowieka i obywatela⁴⁹.

Rzecznik Praw Obywatelskich jako typowa instytucja *ombudsmańska* jest powoływany na stanowisko przez Sejm za zgodą Senatu na wniosek Marszałka Sejmu albo grupy posłów (por. art. 3 u.r.p.o.). Dla porównania RPP jest powo-

⁴⁴ Ustawa z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich, Dz.U. z 2015 r., poz. 1064; dalej: u.r.p.o.; ustawa z 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka, Dz.U. z 2011 r., nr 168, poz. 1004, ze zm.

⁴⁵ Zob. art. 19 i następne ustawy z 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.

⁴⁶ Zob. art. 39 i następne ustawy z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz.U. z 2015 r., poz. 184; dalej: ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów.

⁴⁷ Zob. art. 100 i następne ustawy powoływanej w poprzednim przypisie.

⁴⁸ Zgodnie z art. 208 Konstytucji Rzecznik Praw Obywatelskich stoi na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w ustawie zasadniczej oraz w innych aktach normatywnych, zaś jego zakres i sposób działania określa ustawa.

⁴⁹ Zob. szerzej J. Świeca, *Ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich. Komentarz*, Warszawa 2001, s. 13.

ływany (i odwoływany) przez Prezesa Rady Ministrów (art. 44 ust. 1 u.p.p.). Nabór na stanowisko RPP przeprowadza zespół powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, który ocenia doświadczenie zawodowe kandydatów, ich wiedzę oraz kompetencje kierownicze. Zespół ten następnie wyłania nie więcej niż trzech kandydatów, których przedstawia Prezesowi Rady Ministrów (art. 44 ust. 7 u.p.p.). Zarówno sposób przeprowadzenia naboru, jak i ostateczna jego weryfikacja leży w kompetencjach władzy wykonawczej⁵⁰. Warto też podkreślić, że RPO może być odwołany przez Sejm przed upływem kadencji tylko w ściśle określonych przypadkach⁵¹. Sejm podejmuje uchwałę na wniosek Marszałka Sejmu (bez zgody Senatu) większością co najmniej $\frac{3}{5}$ głosów w obecności co najmniej połowy liczby posłów (art. 7 ust. 4 u.r.p.o.). Przepis ten stoi na straży niezawisłości urzędu RPO. Podobnych gwarancji nie ma RPP, jest on odwoływany w trybie uznaniowym przez Prezesa Rady Ministrów (art. 45 u.p.p.). Rzecznik Praw Obywatelskich wyposażony jest w immunitet formalny (procesowy) oraz nietykalność, tych atrybutów RPP – jako urzędnik ministerialny jest pozbawiony.

Kompetencje RPO opisane w ustawie wskazują, że jest on władny podjąć czynności wyjaśniające zarówno na wniosek, jak i z urzędu (art. 9 u.r.p.o.). Rzecznik po zapoznaniu się z wnioskiem może podjąć sprawę, poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu środków działania, przekazać sprawę według właściwości, wreszcie nie podjąć sprawy, zawiadamiając o tym wnioskodawcę i osobę, której sprawa dotyczy. Identyczne uprawnienia w zakresie prowadzenia postępowań w wypadku naruszenia tzw. indywidualnych praw pacjenta ma RPP (por. art. 51 u.p.p.).

Podjęcie sprawy przez RPO, jak i RPP wiąże się przede wszystkim z samodzielnym jej zbadaniem⁵², wówczas obaj rzecznicy mogą nawet bez uprzedzenia zbadać każdą sprawę na miejscu, żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez naczelne i centralne organy admini-

⁵⁰ Jednocześnie krytyczną ocenę RPP w tej perspektywie przeprowadza M. Paszkowska, *Rzecznik Praw Pacjenta w systemie*, op. cit., s. 189 i n.; podobnie D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta*, op. cit., s. 420.

⁵¹ Są to: zrzeczenie się wykonywania obowiązków przez samego RPO, trwała niezdolność do pełnienia obowiązków na skutek choroby, ułomności lub upadku sił, złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia lustracyjnego, sprzeniewierzenie się złożonemu ślubowaniu.

⁵² Rzecznik Praw Obywatelskich może także zwrócić się o zbadanie sprawy lub jej części do właściwych organów, w szczególności organów nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej, a także zwrócić się do Sejmu o zlecenie Najwyższej Izbie Kontroli przeprowadzenia kontroli dla zbadania określonej sprawy lub jej części (art. 12 u.r.p.o.). Zbliżone kompetencje posiada RPP (por. art. 52 ust. 1 pkt 2 u.p.p.), z tym że RPP nie ma możliwości zwrócenia się do Sejmu o zlecenie NIK przeprowadzenia kontroli.

stracji państwowej, organy administracji rządowej, organy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych i społeczno-zawodowych oraz organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych; żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez sądy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz żądać wglądu do akt sądowych i prokuratorskich oraz akt innych organów ścigania po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia; wreszcie mogą zlecać sporządzanie ekspertyz i opinii (por. art. 13 u.r.p.o. oraz art. 52 ust. 2 u.p.p.).

Po zbadaniu sprawy zarówno RPO, jak i RPP mogą wyjaśnić wnioskodawcy, że nie stwierdzili naruszenia praw; bądź przeciwnie skierować wystąpienie do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdzili naruszenie praw (wystąpienie takie nie może naruszać niezawisłości sędziowskiej, podmioty te są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku); następnie mogą zwrócić się do organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa (por. art. 53 u.p.p. oraz art. 14 u.r.p.o.). Te niewładcze środki oddziaływania w sprawach dotyczących indywidualnych postępowań wyjaśniających pozwalają postawić tezę, że w określonych płaszczyznach dochodzi do krzyżowania się kompetencji RPP i RPO. W związku z tym RPP w tej perspektywie można postrzegać jako wyspecjalizowany organ w zakresie ochrony szczególnej kategorii praw człowieka, tj. praw pacjenta⁵³.

Jednocześnie wypada zauważyć, że RPP ma prawo żądać wszczęcia postępowania lub uczestniczenia w nim na prawach przysługujących prokuratorowi jedynie w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta (art. 55 u.p.p.), podczas gdy RPO może żądać wszczęcia przez uprawnionego oskarżyciela postępowania karnego przygotowawczego w sprawach o przestępstwa ścigane z urzędu; zwrócić się o wszczęcie postępowania administracyjnego, wnieść skargi do sądu administracyjnego, a także uczestniczyć w tych postępowaniach na prawach przysługujących prokuratorowi; wystąpić z wnioskiem o ukaranie, a także o uchylenie prawomocnego rozstrzygnięcia w postępowaniu w sprawach o wykroczenia; wnieść kasację od prawomocnego orzeczenia (por. art. 14 u.r.p.o.). Rzecznik Praw Obywatelskich ma także prawo występować do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji, zgłosić udział w postępowaniu przed Trybunałem i brać

⁵³ Zgodnie z definicją przedstawioną przez D. Safjan; prawa pacjenta to prawa człowieka w relacji do określonej instytucji lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe lub urzędowe, zob. D. Safjan, *Prawa pacjenta. Raport o stanie prawnym*, Warszawa 1992, s. 3.

udział w tym postępowaniu, występować z wnioskami do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości w praktyce lub których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie (art. 16 u.r.p.o.). Tych kompetencji RPP jako rzecznik resortowy nie posiada.

Rzecznika Praw Pacjenta wyposażono za to w tzw. kompetencje miękkie, które dotyczą opracowywania i przedkładania Radzie Ministrów projektów aktów prawnych czy występowania do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź wydania lub zmiany aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta; opracowywania i wydawania publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta; przedstawiania właściwym podmiotom ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta; współpracy z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów należy ochrona praw pacjenta, analizy skarg pacjentów (zob. art. 47 u.p.p.).

Przechodząc z kolei do krótkiego porównania RPP z Rzecznikiem Praw Dziecka (RPD), na samym wstępie należy zaznaczyć, że jakkolwiek RPD jest instytucją wymienioną w Konstytucji RP⁵⁴, to jednak ani zadań, ani ustroju RPD Konstytucja nie reguluje⁵⁵. Podobnie jak RPP Rzecznik Praw Dziecka powołany został do ochrony praw określonej grupy osób; praw dzieci, które wymagają szczególnej ochrony ze strony ustawodawcy. Jeśli więc chodzi o kompetencje obu rzeczników, może dojść do ich krzyżowania się w sytuacji, gdy pacjentem, którego prawa naruszono, jest dziecko. Podobnie jednak jak w wypadku RPO może to dotyczyć wyłącznie postępowań w sprawach naruszenia indywidualnych praw pacjenta.

To, co odróżnia RPD, to fakt, że w swej działalności jest niezależny od innych organów państwowych i odpowiada jedynie przed Sejmem (art. 7 u.r.p.d.), jest powoływany i odwoływany przez Sejm (art. 4 u.r.p.d.), RPD ma immunitet i zagwarantowane prawo powrotu na dotychczas zajmowane stanowisko. Jego status ustrojowo-prawny jest więc zbliżony do statusu RPO⁵⁶.

Pozycja ustrojowa RPP przypomina raczej pozycję Rzecznika Ubezpieczonych (RU). Zgodnie z art. 19 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. z 2013 r., poz. 290, ze zm.; dalej: u.n.u.) Rzecznika Ubezpieczonych powołuje i odwołuje Prezes Rady

⁵⁴ Obowiązek powołania RPD przewiduje art. 72 ust. 4 Konstytucji RP. Konstytucjonalizacja tej instytucji była kwestią sporną w toku prac Komisji Konstytucyjnej Zgromadzenia Narodowego, zob. Biuletyn Komisji Konstytucyjnej Zgromadzenia Narodowego 1996, nr 45, s. 59–60.

⁵⁵ Zob. art. 72 ust. 4 Konstytucji RP.

⁵⁶ Na temat RPD zob. szerzej A. Zieliński, *Instytucja Rzecznika Praw Dziecka*, op. cit., s. 623 i n.; E. Bieńkowska, L. Mazowiecka, *Prawa ofiar przestępstw*, Warszawa 2009, s. 98–99.

Ministrów na wspólny wniosek ministra właściwego ds. instytucji finansowych i ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego. W odróżnieniu jednak od RPP określona została kadencja RU (czteroletnia), a ta sama osoba nie może być rzecznikiem dłużej niż dwie kadencje. Ustawodawca określił także procedurę i przyczyny odwołania RU przed upływem kadencji. Odwołanie następuje na wniosek obu wymienionych ministrów po zaopiniowaniu przez Radę Ubezpieczonych, w następujących przypadkach: złożenia przez RU rezygnacji, niewypełniania obowiązków na skutek długotrwałej choroby trwającej ponad sześć miesięcy, rażącego naruszenia interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych, rażącego naruszenia Konstytucji RP lub ustaw, skazania prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo. Podobnych gwarancji nie ma RPP, jest on odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów z przyczyn uznaniowych (art. 45 u.p.p.).

Przy porównywaniu pozycji prawnej obu *ombudsmanów* zwraca uwagę powołanie jako organu opiniodawczo-doradczego Rady Ubezpieczonych. W skład Rady wchodzi przedstawiciele krajowych organizacji konsumenckich, organizacji pracodawców, organizacji związkowych i emeryckich, a także reprezentujący RPO oraz Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego (art. 25 u.n.u.). Pozycję ustrojowo-prawną RU wyznaczają także swoiste kompetencje, oprócz typowych kompetencji *ombudsmańskich* rzecznik ten organizuje sądy polubowne do rozpatrywania sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, agentami ubezpieczeniowymi, ewentualnie brokerami ubezpieczeniowymi. Rzecznik Ubezpieczonych ma także stworzyć możliwość polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między towarzystwami emerytalnymi a członkami funduszy emerytalnych (art. 20 pkt 5 u.n.u.). Rzecznik Ubezpieczonych jest więc rozjemcą, mediatorem, który ma łagodzić spory pomiędzy podmiotami stosunków ubezpieczeniowych, tj. stosunków o charakterze cywilnoprawnym.

Czy podobnych funkcji nie powinien spełniać Rzecznik Praw Pacjenta? Czy nie powinien on pełnić roli instytucji mediacyjnej w sporach między pacjentem a podmiotem leczniczym oraz podmiotami leczniczymi i NFZ? Zauważmy, że nie jest temu przeciwna natura stosunków prawnych w opiece zdrowotnej, która coraz częściej jest postrzegana w kategoriach cywilnoprawnych⁵⁷. Ponadto zakres podmiotowy działalności RPP (określony w art. 41 u.p.p.) został ujęty

⁵⁷ Trend ten z uwagi na prywatyzację samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak i udział w ochronie zdrowia ubezpieczycieli prywatnych będzie postępował.

szeroko⁵⁸. Obejmuje on każdy podmiot zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta, a więc, jak się wydaje, nie tylko podmioty udzielające świadczeń, ale także organy władzy publicznej oraz ubezpieczycieli zdrowotnych. Rozszerzenie więc kompetencji RPP w tym kierunku byłoby możliwe, a nawet pożądane.

Opisując pozycję ustrojowo-prawną RPP warto odwołać się także do konkretnych sytuacji, które ukazują problem braku niezależności RPP od władzy wykonawczej. Pierwszy przykład związany jest ze słynnym „protestem pieczętkowym” lekarzy. Protest ten (polegający na wystawianiu recepty na 100% z pieczętką „refundacja leku do decyzji NFZ”) był spowodowany problemami wynikającymi z nadmiernego skomplikowania systemu refundacji leków⁵⁹. Nie był on w istocie skierowany przeciwko pacjentom ubezpieczonym zdrowotnie, ale przeciwko niejasnym kryteriom przypisywania leków, zwłaszcza w przypadku, gdy treść tzw. charakterystyki produktu leczniczego danego leku nie dawała pewności lekarzowi, czy dany lek może przepisać pacjentowi jako lek refundowany⁶⁰. Rzecznik Praw Pacjenta wszczął postępowanie, które miało na celu sprawdzenie, czy na skutek protestu nie doszło do naruszenia przez lekarzy praw pacjentów do nabycia leku z przysługującą refundacją⁶¹. Ostrze działań RPP zostało skierowane przeciwko podmiotom wykonującym działalność leczniczą⁶², podczas gdy problem, jak się wydaje, tkwił w wadliwej legislacji. Na marginesie warto w tym miejscu wskazać, że *gros* problemów w opiece zdrowotnej wynika z niewłaściwego funkcjonowania systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim z niewystarczającego w stosunku do potrzeb dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶³. Rzecznik Praw Pacjenta w tej sytuacji nie dysponuje

⁵⁸ Zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta*, *op. cit.*, s. 412.

⁵⁹ Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. nr 122, poz. 686, ze zm.

⁶⁰ Zob. M. Hamankiewicz, *Różne perspektywy*, „Gazeta Lekarska” 2012, nr 11.

⁶¹ Zob. załącznik nr 2 do sprawozdania z działalności RPP za 2012 r., <http://www.bpp.gov.pl/sprawozdania-roczne>.

⁶² Zob. apel Naczelnej Rady Lekarskiej do RPP o wstrzymanie postępowań wobec lekarzy, którzy uczestniczyli w „proteście pieczętkowym”, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/NRL-apeluje-do-RPP-o-wstrzymanie-postepowan-ws-protestu-pieczatkowego,116543,2.html>; NSA w wyroku z 23 kwietnia 2014 r. (sygn. akt II OSK 2862/12, II OSK 2891/12, II OSK 61/13) uchylił orzeczenia WSA i oddalił skargi podmiotów leczniczych, wskazując, że wystawianie recept z powyższą adnotacją było naruszeniem zbiorowych praw pacjenta, tym samym przyznał rację argumentacji przedstawionej przez RPP.

⁶³ Jak się wskazuje, problemu tego dotyczy ponad połowa skarg z zakresu ochrony zdrowia wpływających do RPO [za:] T. Gellert, *Prawo do ochrony zdrowia*, *op. cit.*, s. 586; zob. też sprawozdanie z działalności RPP za 2012 r., w którym czytamy, że

jednak odpowiednimi instrumentami prawnymi, które mogłyby doprowadzić do urzeczywistnienia prawa pacjenta do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Potwierdzeniem tego jest także sytuacja z końca ubiegłego roku. W grudniu 2014 r. rozgorzał spór między Ministrem Zdrowia a podmiotami leczniczymi świadczącymi podstawową opiekę zdrowotną. Jak pamiętamy, spór dotyczył kwestii niepodpisania przez lekarzy rodzinnych (prowadzących tzw. przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej) umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶⁴. Problemem z perspektywy ochrony praw pacjenta był brak dostępu do lekarza pierwszego kontaktu. W związku z czym do RPP napłynęły skargi pacjentów. W tej sytuacji RPP zagroził podmiotom wykonującym działalność leczniczą nałożeniem kary pieniężnej za naruszenie zbiorowych praw pacjenta, tj. prawa dostępu do dokumentacji medycznej (ponieważ gabinety były zamknięte, teoretycznie rzecz ujmując, mogło dojść do naruszenia tego prawa). Nie zmienia to jednak faktu, że w ten sposób RPP nie mógł w żaden sposób zmusić świadczeniodawców do podpisania umów z NFZ⁶⁵, a przez to doprowadzić do realizacji praw pacjentów.

Opisane wyżej sytuacje, jak się wydaje, są dobrym wprowadzeniem do nakreślenia tych kompetencji rzecznika, które naszym zdaniem sprawiają, że instytucja RPP „odeszła” od swych korzeni *ombudsmańskich*.

68% postępowań wyjaśniających dotyczyło naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. W dużej części naruszenie tego prawa było związane z ograniczeniami kontraktowymi narzuconymi świadczeniodawcom przez NFZ.

⁶⁴ Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej umowy cywilnoprawnej jako instrumentu prawnego regulującego stosunki prawne między NFZ a świadczeniodawcami niesie za sobą określone konsekwencje. Z perspektywy NFZ, który „narzuca” świadczeniodawcy treść umowy, instrument ten dobrze kontroluje sposób wydatkowania środków publicznych, umożliwia nakładanie kar umownych, przeprowadzanie konkursu ofert, itp. Z punktu widzenia świadczeniodawcy sytuacja wygląda zdecydowanie gorzej; umowa bowiem często nie odzwierciedla jego interesów. W ramach zasady swobody kontraktowania świadczeniodawca ma prawo jednak nie przystąpić do umowy, co zostało skutecznie wykorzystane przez Porozumienie Zielonogórskie. Z punktu widzenia prawa cywilnego jedynym możliwym rozwiązaniem dla obu stron jest wynegocjowanie takiej umowy, która zaspokajałaby interesy obu kontrahentów.

⁶⁵ Pojawiła się naszym zdaniem także kuriozalna propozycja, aby umożliwić RPP nakładanie kar pieniężnych w związku z samym już zawarciem porozumienia przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, o ile porozumienie to spowoduje utrudnienie bądź uniemożliwienie korzystania przez pacjentów z dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Kara miałaby być nakładana na organizatora porozumienia. Jak się wydaje, propozycja ta jest sprzeczna z obowiązującymi przepisami prawa, wprowadza bowiem swoisty „przymus kontraktowania”.

Kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta w przypadku naruszenia indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta

Dotychczasowa praktyka funkcjonowania RPP pokazała, że obszarem bodaj największego oddziaływania RPP jest kontrola podmiotów leczniczych⁶⁶. Dlatego ten aspekt działalności RPP, tj. prowadzenie postępowań w stosunku do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wymaga wnikliwego omówienia.

Jeśli chodzi o kompetencje RPP w tym zakresie, należy wskazać na dwie grupy uprawnień:

- prowadzenie postępowań wyjaśniających w przypadku uprawdopodobnienia naruszenia indywidualnych praw pacjenta w trybie art. 50–53 u.p.p.,
- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (art. 47 ust. 1 pkt. 1 u.p.p.).

Podział na indywidualne i zbiorowe prawa pacjenta wywołuje kontrowersje i trudności interpretacyjne. W ustawie o prawach pacjenta brakuje definicji legalnej omawianych pojęć, co utrudnia wysunięcie jednoznacznych wniosków w tym zakresie. Pytanie o to, czym są indywidualne i zbiorowe prawa pacjenta jest w istocie pytaniem o ich genezę.

Pojęcie indywidualnych praw pacjenta swymi korzeniami sięga tragicznych doświadczeń XX wieku oraz licznych nadużyć, których ofiarami padały również osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁷. Wydarzenia te sprowokowały społeczność międzynarodową do podjęcia ogromnego wysiłku w zakresie opracowania oraz wdrażania kompleksowych rozwiązań chroniących podstawowe prawa człowieka. W tym nurcie odnajdują się również prawa dzisiejszych pacjentów. Stanowią one emanację podstawowych praw człowieka, takich jak zdrowie, wolność czy prywatność. Na naszych oczach toczą się również prace nad standardem szczególnym, chroniącym prawa jednostki w relacjach z szeroko rozumianą służbą zdrowia.

Przyjmując pozytywny wpływ norm chroniących prawa człowieka, podkreślić trzeba jednocześnie, że prawa te opisują relacje na linii państwo – jednostka (sfera wertykalna). Tymczasem, konsekwencją kolejnych reform służby zdrowia jest stworzenie systemu, w którym państwo polskie stopniowo zwalnia się z odpowiedzialności za finansowanie i funkcjonowanie opieki zdrowot-

⁶⁶ Jednym z powodów utworzenia instytucji RPP była okoliczność, że RPO ma ograniczone możliwości podejmowania interwencji wobec prywatnych praktyk lekarskich czy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pokrzywdzony przez ich działanie pacjent nie mógł się skarżyć RPO, zob. A. Turek, *Rola, op. cit.*, s. 82–83.

⁶⁷ Szerzej na ten temat zob. M. Śliwka, A. Gałęska, *Świadoma zgoda pacjenta i uczestnika eksperymentu medycznego w aspekcie historycznym*, „*Annales Academiae Medicae Bydgostiensis*” 2004, nr 18/2 oraz cytowaną tam literaturę.

nej. Obowiązki te zostały przesunięte m.in. na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samodzielnie funkcjonujące podmioty lecznicze⁶⁸. W tak skonstruowanym systemie opieki zdrowotnej zmienia się rola państwa. Na pierwszy plan wysuwa się obowiązek podjęcia odpowiednich środków w prawie wewnętrznym, w celu zapewnienia realizacji standardu ochrony praw pacjenta. Państwo z adresata roszczeń staje się więc w pierwszej kolejności organizatorem systemu chroniącego pacjentów, z czym łączy się obowiązek uznania praw pacjenta oraz eliminowania z ustawodawstwa norm prawnych naruszających te prawa⁶⁹. W opinii piszących te słowa właśnie w ten sposób należałoby interpretować zapis art. 2 u.p.p., przewidujący, że przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁷⁰.

W podobnym tonie wielokrotnie wypowiadał się również Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC), również w sprawach dotyczących praw pacjenta. Przykładowo w sprawie *McGinley and Egan v. Wielka Brytania* ETPC podkreślił, że władze publiczne są zobowiązane do utrzymywania stosownej procedury, w ramach której pacjent mógłby uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej⁷¹. W orzeczeniu wydanym w sprawie *Gaskin v. Wielka Brytania*⁷² ETPC stwierdził, że odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej prowadzi do naruszenia prawa do życia prywatnego i rodzinnego. W cytowanej sprawie podkreślono, że dane zawarte w dokumentacji medycznej zawierały informacje osobiste, dotyczące dzieciństwa skarżącego oraz jego późniejszego rozwoju, co w istotny sposób determinowało obecną i przyszłą kondycję zdrowotną skarżącego.

Z drugiej strony akceptować można wypowiedzi przedstawicieli doktryny prawa polskiego, w których zauważa się wpływ praw człowieka na stosunki między równorzędnymi podmiotami (strefa horyzontalna). W konsekwencji prawa człowieka, zapewniając ochronę pacjentom, wywołują podwójny skutek:

- zobowiązują państwo do wprowadzenia standardu ochronnego na terytorium kraju,
- kształtują treść stosunku prawnego wiążącego pacjenta ze świadczeniodawcą⁷³.

⁶⁸ Zob. M. Nesterowicz, *Stan nagły, koszty uzasadnione*, „Rzeczpospolita” z dn. 11 marca 2005 r.

⁶⁹ U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, op. cit., s. 75,

⁷⁰ Szerzej: M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010.

⁷¹ *McGinley and Egan v. Wielka Brytania*, 27 EHRR 1.

⁷² [1990] 12 EHRR 36.

⁷³ Szerzej: K. Wojtyczek, *Horyzontalny wymiar praw człowieka zagwarantowany w Konstytucji RP*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1999, nr 2, s. 225; P. Bachmat,

Wydaje się, że podstawowym zadaniem państwa jest opisanie pewnej sytuacji prawnej, w której może znaleźć się pacjent. Celem ustawodawcy powinno być przyznanie i należyte zabezpieczenie sfery możliwości określonego zachowania się przez pacjenta w relacjach ze świadczeniodawcą. Drugim zadaniem państwa jest oczywiście pomoc w wyegzekwowaniu uprawnień *stricte* jednostkowych, także przez powoływanie rzeczników praw pacjentów⁷⁴.

Przykładem instytucji prawnej, w ramach której państwo polskie pomaga pacjentowi w dochodzeniu przysługujących mu praw o charakterze *stricte* indywidualnym, jest kompetencja RPP do prowadzenia postępowań wyjaśniających. Zgodnie z art. 50 u.p.p. RPP wszczyna je, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta, obejmującą w szczególności oznaczenie wnioskodawcy, oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy oraz zwięzły opis stanu faktycznego. Jak już była o tym mowa, RPP może wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta, a także na wniosek określonego podmiotu.

Geneza oraz pojęcie indywidualnych praw pacjenta nie powinny wywoływać szerszych wątpliwości. Oparcie obecnego systemu na prawach człowieka oraz przyjęcie cywilnoprawnej metody regulacji stosunku pacjent – podmiot leczniczy/osoba wykonująca zawód medyczny zdają się być naturalną konsekwencją transformacji systemowej; w szczególności kolejnych przeobrażeń w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Uwagi powyższe co najwyżej w ograniczonym zakresie odnoszą się do koncepcji zbiorowych praw pacjenta. W doktrynie polskiego prawa medycznego słusznie się zauważa, że to pojęcie odnosi się do terminologii znanej prawu konsumenckiemu i prawu ochrony konkurencji, czyli tzw. zbiorowych praw konsumentów⁷⁵. Przypomnijmy jednak, że termin ten wprowadzono na grunt prawa polskiego w celu implementacji dyrektywy 98/27/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 19 maja 1998 r. o nakazach zaprzestania szkodliwych praktyk w celu ochrony interesów konsumentów⁷⁶. Zgodnie z treścią art. 24 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności:

Uwagi na temat horyzontalnego oddziaływania Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, „Państwo i Prawo” 2001, z. 10, s. 79; A. Zieliński, *Wpływ praw człowieka na kodeks cywilny* [w:] *Czterdzieści lat kodeksu cywilnego – materiały z ogólnopolskiego zjazdu cywilistów (8–10 października 2004 r.)*, M. Sawczuk (red.), Warszawa 2006, s. 37.

⁷⁴ Szerzej na ten temat: M. Śliwka, *Prawa*, *op. cit.*, s. 19–39.

⁷⁵ E. Bagińska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Komentarz*, M. Nesterowicz (red.), Warszawa 2009, s. 280.

⁷⁶ *Ibidem*.

1. stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479⁴⁵ k.p.c.,
2. naruszanie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji,
3. nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji.

Biorąc pod uwagę faktyczne uwarunkowania polskiej służby zdrowia, przelewanie praw konsumenckich na grunt sektora medycznego zdaje się być zjawiskiem sztucznym, co nie znaczy, że nieuprawnionym. Przepisy te, wpisując się w zjawisko postępującego konsumpcjonizmu w ochronie zdrowia, wpływają na dopiero kształtującą się rzeczywistość. Trend ten jest zdecydowanie bardziej widoczny w państwach zachodniej Europy oraz w USA, gdzie dynamiczny rozwój medycyny, ekspansja ubezpieczeń zdrowotnych oraz zjawisko partycypacji finansowej pacjenta w kosztach leczenia spowodowało daleko idącą komercjalizację opieki zdrowotnej. W chwili obecnej świadczenie zdrowotne coraz częściej postrzegane jest jak inna usługa. W doktrynie zachodniej coraz częściej zwraca się uwagę, że wzmocnienie praw pacjentów łączy się z „konsumpcyjnym” podejściem do medycyny, gdzie świadczenie zdrowotne traktowane jest jak każda inna usługa, a tzw. świadczeniobiorca występuje w charakterze konsumenta. W podobnym kierunku zmierza system polski. Zgodnie z art. 22¹ ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. nr 16, poz. 93, ze zm.) za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Z tego punktu widzenia pacjent, w szczególności leczący się poza systemem finansowanym przez NFZ, niewątpliwie może zostać uznany za konsumenta⁷⁷. Nie sposób nie przytoczyć w tym miejscu orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 19 czerwca 2006 r. (sygn. akt XVII Ama 126/04)⁷⁸, w którym stwierdzono, że szpital, który dezinformuje świadczeniobiorców o przysługujących im uprawnieniach za pośrednictwem regulaminu kliniki: *narusza obowiązek udzielania konsumentom (tu: pacjentom i ich opiekunom) rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji o przysługujących im uprawnieniach ustawowych*⁷⁹.

⁷⁷ Szerzej: J. Haberko, *Konsumencki charakter umowy o świadczenie zdrowotne*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 1.

⁷⁸ Dz.Urz. UOKiK z 2006 r., nr 3, poz. 45.

⁷⁹ W danym stanie faktycznym Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii informowała, że rodzice i opiekunowie dzieci mają prawo do sprawowania dodatkowej opieki nad dzieckiem w godzinach od 8.00 do 22.00. Rozszerzenie tego prawa polegało na umożliwieniu matce dziecka nocnego pobytu w sali chorych dzieci. Jednocześnie regulamin nie normował sytuacji, w której matka z różnych przyczyn nie może lub nie chce tej opieki sprawować. Istniejące w klinice ogra-

Zgodnie z treścią art. 59 u.p.p. przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane, aby osiągnąć korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych⁸⁰.

Tak definiowana praktyka naruszająca zbiorowe prawa pacjentów jest:

- bezprawna, czyli sprzeczna z szeroko rozumianym porządkiem prawnym, w szczególności z przepisami ustawy o prawach pacjenta oraz innymi aktami prawnymi nadającymi chorym określone uprawnienia. Nie należy również tracić z pola widzenia zasad współżycia społecznego, reguł wykonywania zawodów medycznych czy norm deontologicznych zawartych w poszczególnych kodeksach etyki zawodowej. Biorąc pod uwagę fakt, że omawiane działania powinny być podejmowane w celu pozbawienia lub ograniczenia praw pacjenta, w szczególności w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, przeto przyjąć należy, że omawiane działania będą również zawinione, czy to przez członka personelu medycznego, czy to w ramach tzw. winy organizacyjnej⁸¹,
- zorganizowana, czyli mająca określone ramy instytucjonalno-proceduralne, skutkujące pewną cyklicznością naruszeń praw pacjenta. W naszej ocenie jest to element poważnie niedoceniany, zwłaszcza w wypadku większych podmiotów leczniczych, skrupulatnie regulujących zachowanie personelu medycznego za pomocą wewnętrznych zarządzeń oraz procedur szpitalnych. Praktyka pokazuje, że w wypadku większości placówek medycznych w Polsce, niemal każda sfera funkcjonowania osoby wykonującej zawód medyczny została precyzyjnie uregulowana odpowiednim dokumentem wewnętrznym. Prowadzi to niestety do sytuacji, w których w razie stwierdzenia naruszenia indywidualnego prawa pacjenta (np. prawa do uzyskania dokumentacji medycznej lub udziału w rzetelnej procedurze ustalającej kolejność dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej), istnieje duże prawdopodobieństwo, że w danym podmiocie leczniczym doszło również do naruszenia zbiorowych praw pacjentów,
- działaniem (np. naruszenie poufności danych medycznych całej grupy pacjentów przez udostępnianie dokumentacji medycznej podmiotom nieuprawnionym – firmom telemarketingowym, zakładom ubezpieczeń,

niczenia szpital uzasadniał względami organizacyjnymi i specyfiką leczenia oraz dobrem leczonych dzieci.

⁸⁰ Praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów będzie stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku. W tym zakresie zob. E. Bagińska [w:] *Ustawa o prawach, op. cit.*, s. 286 i n.

⁸¹ E. Zielińska, *Ekspertyza, op. cit.*, s. 40.

instytucjom finansowym itp.); pobieranie niedozwolonych opłat, udzielanie mylnych informacji dotyczących kontaktu z osobami bliskimi) lub zaniechaniem, w sytuacjach w których prawnie wymagane jest podjęcie odpowiednich kroków (np. nieudzielenie świadczenia zdrowotnego w odpowiednim czasie w wyniku nierzetelnego prowadzenia list oczekujących, wydanie zarządzenia ograniczającego prawa pacjentów do uzyskania oryginału dokumentacji medycznej)⁸²,

- zjawiskiem generalnym – ponieważ zbiorowym prawem pacjentów nie jest suma praw indywidualnych, więc omawiana praktyka powinna być nakierowana na bliżej niesprecyzowaną, pojmowaną abstrakcyjnie grupę pacjentów rozumianych jako swoista zbiorowość (np. pacjenci szpitala powiatowego, chorzy leczący się na oddziale urologicznym, mieszkańcy określonej miejscowości, chorzy, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni)⁸³,
- naruszającą prawa pacjentów, a nie jedynie narażającą te uprawnienia na uszczerbek. Wynikałoby to z literalnej wykładni art. 59 ust. 1 u.p.p. (*Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się*). W podobny sposób wypowiedział się również Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie⁸⁴, orzekając na tle tzw. protestu pieczętkowego: *W tej konkretnej sprawie nie wystarczyło zatem samo potencjalne stwierdzenie, że protest pieczętkowy sam w sobie powoduje naruszenie zbiorowych praw pacjenta. Bez faktycznego wydania wadliwej recepty pacjentowi, jak i ustalenia tego czy kierownictwo Szpitala wyczerpało wszelkie dostępne środki celem przeciwdziałania planowanemu przez lekarzy protestowi – takiego naruszenia z całą pewnością nie można stwierdzić. Chodzi tu bowiem o skutki bezprawnych działań lub zaniechań jakie mogą zagrażać lub realizować się w sferze każdego niedookreślonego pacjenta.*

Ustalenie, czy przesłanki uznania podejrzanej praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów wymaga dużej wnikliwości podmiotu kontrolującego. Podczas postępowania RPP ma prawo żądać przedstawienia dokumentów oraz wszelkich informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że mają charakter praktyk naruszają-

⁸² Por. P. Zieliński, *Ochrona zbiorowych praw pacjentów*, „Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy” 2013, t. 4, s. 345.

⁸³ Por. K. Woźniak, *Kompetencje RPP w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów*, <http://akademia.e-prawnik.pl/porady/artykuly-3/kompetencje-rpp-w-sprawach-praktyk-naruszajacych-zbiorowe-prawa-pacjentow.html> [dostęp 8 kwietnia 2015 r.].

⁸⁴ Orzeczenie NSA w Warszawie z 23 kwietnia 2014 r., sygn. akt II OSK 61/13, LEX nr 1480054.

cych zbiorowe prawa pacjentów, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania żądania. Ponadto każdy ma prawo składania na piśmie – z własnej inicjatywy lub na prośbę RPP – wyjaśnień odnoszących się do istotnych okoliczności sprawy dotyczącej naruszenia praw pacjentów.

Tak rozumiana praktyka naruszającą zbiorowe prawa pacjentów może w istocie obejmować bardzo szerokie spektrum przypadków. W literaturze przedmiotu często przytacza się m.in. przykłady:

1. pozbawienie pacjentów możliwości skorzystania z prawa do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej,
2. nieudzielenie osobom pragnącym uczestniczyć w porodach rodzinnych informacji o warunkach obecności,
3. naruszenie wymogów sanitarnych,
4. ograniczenie praw pacjenta w regulaminach szpitalnych podmiotu leczniczego,
5. dezinformacja w zakresie realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej,
6. czasowe zaprzestanie działalności przez podmiot leczniczy⁸⁵,
7. nieprzestrzeganie kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych,
8. zła organizacja pracy w poradniach, skutkująca długimi terminami oczekiwania na wizytę,
9. pobieranie nienależnych opłat,
10. odmowa wystawienia skierowań na określone badania,
11. sprzeczna z prawem kwalifikacja na leczenie uzdrowiskowe,
12. praktyka polegająca na tym, że nowoczesne metody badań lub dodatkowe przyrządy medyczne są stosowane po wniesieniu opłaty i zrzeczeniu się roszczeń odszkodowawczych,
13. udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione,
14. prowadzenie błędnej dokumentacji medycznej,
15. bezprawne przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej⁸⁶,
16. angażowanie pacjentów oddziałów psychiatrycznych do prac porządkowych na terenie szpitala.

Powyższe wyliczenia mają charakter przykładowy. Praktyka funkcjonowania podmiotów leczniczych wykazała, że wbrew pierwotnym oczekiwaniom piszącym te słowa, większość praw określonych w ustawie o prawach pacjenta może przybrać postać prerogatyw zbiorowych. Podzielamy stanowisko RPP wyrażone w jednym z raportów: *skoro zbiorowe prawo pacjenta jest prawem abstrakcyjnym, to każde prawo pacjenta może mieć charakter prawa zbiorowego.*

⁸⁵ Pozycje 1–6 podaję [za:] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta, op. cit.*, s. 459.

⁸⁶ Pozycje 7–15 podaję [za:] E. Bagińska, *Ustawa o prawach, op. cit.*, s. 290–291.

Rozgraniczenie momentu, kiedy prawo zbiorowe staje się prawem indywidualnym ma bardzo istotne znaczenie. W przypadku, gdy prawo do ochrony zdrowia zostaje naruszone w sposób indywidualny, tj. w stosunku do jednego pacjenta lub kilku pacjentów, staje się ono naruszeniem prawa indywidualnego. Mając na względzie kryterium ilościowe, nie można wykluczyć sytuacji, kiedy w wyniku naruszenia indywidualnego prawa pacjenta może dojść jednocześnie do naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Aprobując powyższy wywód co do zasady, nie zgadzamy się, że podstawowym kryterium podziału powinien być próbiez ilościowy. Istotniejsze w moim przekonaniu jest ustalenie, że dane działania/zaniechania w sposób bezprawny i zorganizowany godziły w prawa zbiorowości zrzeszającej poszczególnych pacjentów.

Stosując powyższe kryteria, może okazać się, że podmiot leczniczy dopuszczający się winy organizacyjnej w zakresie ochrony praw pacjenta może naruszać prawa o charakterze zbiorowym także w przypadkach tradycyjnie wiązanych z uprawnieniami *stricte* indywidualnymi. W drodze przykładu można podać przypadki źle zorganizowanej opieki duszpasterskiej, naruszenie praw pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16. rok życia, do wyrażenia zgody na interwencję medyczną, nieudzielanie informacji osobom bliskim pacjenta, niezgodne z prawem stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych lub osób cierpiących na schorzenia somatyczne, stosowanie formularzy świadomej zgody nieodpowiadających wymogom formalnoprawnym itp. Praktyka pokazuje, że naruszenia w podanych przypadkach nie mają wcale charakteru jednostkowego i bardzo często obejmują całe grupy pacjentów. Źródłem naruszeń jest najczęściej źle opracowana procedura szpitalna lub wręcz nieformalny zwyczaj stosowany w oderwaniu od powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Stosowanie rozszerzającej wykładni pojęcia zbiorowego praw pacjenta jest oczywiście korzystne dla świadczeniobiorców. Nie powinno jednak stanowić zbyt poważnego obciążenia podmiotu leczniczego, a wprost przeciwnie, umożliwia ono identyfikację obszarów nieprawidłowego funkcjonowania placówki medycznej oraz wdrożenie działań naprawczych. W wypadku wydania przez RPP decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów, wyznaczając terminy podjęcia tych działań⁸⁷. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Rzecznik może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązek składania w wyznaczonym terminie informa-

⁸⁷ Decyzji nie wydaje się, jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizator strajku zaprzestał stosowania niedozwolonej praktyki. W takim wypadku RPP wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.

cji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Teoretycznie RPP może skorzystać z uprawnienia przewidzianego w art. 68 u.p.p., czyli nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku, w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 500 000 zł w razie niepodjęcia działań określonych w decyzji, w terminie w niej wskazanym. W praktyce tego typu przypadki będą występowały niesłychanie rzadko. Przykładowo, żadne z postępowań wszczętych w 2011 r. nie dało podstawy do nałożenia kary, ponieważ podmioty lecznicze w toku prowadzonych postępowań odstępowały od stosowania przedmiotowych praktyk. Niewątpliwie tak skonstruowany model postępowania nie ma charakteru represyjnego, umożliwia skuteczną ochronę praw pacjenta. Stosowanie się do decyzji RPP zmniejsza również ryzyko wystąpienia w przyszłości roszczeń związanych z zawinionym naruszeniem indywidualnych praw pacjenta.

Podsumowanie

Zgodnie z cytowanym art. 41 u.p.p. Rzecznik Praw Pacjenta został ustanowiony w celu ochrony praw pacjenta. Wbrew idei, która przyświecała zwolennikom jego utworzenia, aby był to organ niezależny i niezawisły, RPP powstał jako centralny organ administracji rządowej. Myląca jest więc jego nazwa, sugerująca przynależność RPP do instytucji *ombudsmanskich*.

Rzecznik Praw Pacjenta, podlegając władzy wykonawczej, realizuje politykę rządu. O braku niezależności tej instytucji zdecydowała konieczność wyposażenia go w kompetencje władcze w zakresie nakładania kar pieniężnych z tytułu naruszenia zbiorowych praw pacjenta. Jak się okazuje – w perspektywie sześćdziesięciu lat funkcjonowania tej instytucji – jest to bardzo ważny obszar jego oddziaływania. W związku z powyższym RPP może być oceniany jako swoisty „podtyp” RPO tylko w perspektywie kompetencji dotyczących naruszenia tzw. indywidualnych praw pacjenta.

Działalność RPP ma na celu przede wszystkim kontrolę podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ze względu na swą pozycję ustrojową, tj. całkowitą zależność strukturalną i funkcjonalną od administracji rządowej, RPP nie ma skutecznych możliwości wpływania na innych „aktorów” występujących w systemie opieki zdrowotnej. Tymczasem naruszenie zbiorowych praw pacjenta odnajdujemy także w zachowaniach innych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia⁸⁸. Warto zastanowić się nad rozwiązaniem, które umoż-

⁸⁸ Autorom znany jest przykład niezgodnego z prawem „skrócenia kolejki medycznej” przez podmiot leczniczy. Przy czym nowe zasady ustawienia pacjentów w „kolejkę” były skutkiem zaleceń pokontrolnych NFZ, które nakazywały „wyrzucenie”

liwiałyby szerszą kontrolę, np. działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, który jako państwowa jednostka organizacyjna⁸⁹ powinien ściśle współpracować z innymi organami władzy wykonawczej. Rozszerzenie w tym kierunku kompetencji RPP mogłoby procentować na przyszłość, gdy powstanie problem ochrony praw pacjenta w odniesieniu do zachowań ubezpieczycieli prywatnych. Ponadto uwagą godną przeanalizowania jest postulat umieszczenia definicji legalnej pojęcia praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjenta w słowniczku zawartym w art. 3 ust. 1 u.p.p., być może połączoną z otwartym katalogiem tego rodzaju działań/zaniechań. Praktyka naruszająca zbiorowe prawa pacjenta powinna mieć charakter bezprawnego i zawinionego działania/zaniechania danego podmiotu (niekoniecznie leczniczego), która w sposób zorganizowany narusza uprawnienia abstrakcyjnie pojmowanej grupy pacjentów rozumianych jako swoista zbiorowość.

z kolejki pacjentów uprzednio rejestrowanych w przychodni, a pozostawienie jedynie tych, którzy wcześniej w tej specjalistycznej przychodni nie byli nigdy zarejestrowani.

⁸⁹ Status ten określa art. 96 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027, ze zm.). NFZ należy do tzw. publicznych osób prawnych, które realizują zadania publiczne państwa w zakresie organizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zob. szerzej U. Drozdowska, S. Sikorski [w:] *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, T. Mróz (red.), Białystok 2012, s. 105 i n.