

Małgorzata Ganczar\*, Marcin Szewczak\*\*

## Pacjent jako konsument usług zdrowotnych – wybrane aspekty prawne

### Spis treści

- I. Wstęp
- II. Charakterystyka rynku usług zdrowotnych
- III. Ochrona pacjenta jako konsumenta na gruncie obecnie obowiązujących przepisów prawa
- IV. Wyłączenie z zakresu stosowania ustawy o prawach konsumenta umów dotyczących usług zdrowotnych
- V. Prawo pacjenta do informacji a obowiązki informacyjne wobec konsumentów
- VI. Ochrona konsumenta w zakresie sprzedaży sprzętu medycznego (wyrobków medycznych)
- VII. Podsumowanie

### Streszczenie

Rynek usług zdrowotnych w ostatnich latach rozwija się dynamicznie, dlatego też istnieje potrzeba zwrócenia uwagi na pojawiające się zagrożenia. Konsument, który umiejętnie będzie identyfikował charakter usług zdrowotnych może skutecznie dochodzić swoich praw, tym bardziej, że liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą wciąż rośnie. Problematyka bezpieczeństwa prawnego konsumentów-pacjentów jest obszerna i złożona. Artykuł ma na celu przybliżenie zagadnień związanych z prawami pacjenta jako konsumenta i możliwością dochodzenia przez niego roszczeń w świetle przyjętej ustawy o prawach konsumenta.

**Słowa kluczowe:** konsument; pacjent; działalność lecznicza; usługi zdrowotne.

**JEL:** K39

## I. Wstęp

Ochrona konsumenta dotyczy nie tylko sprzedaży towarów, lecz także szeroko pojętych usług, ewoluujących w zależności od zapotrzebowania rynku. Wśród usług można wskazać te specjalistyczne, z których korzystanie wiąże się zarówno z licznymi problemami w zakresie interpretacji istniejących przepisów prawnych, jak i stosowanych przy ich świadczeniu procedur. Takimi usługami będą niewątpliwie usługi zdrowotne, świadczone przez podmioty sektora publicznego, coraz częściej w partnerstwie publiczno-prywatnym lub całkowicie przez podmioty sektora prywatnego.

\* Doktor nauk prawnych; Katedra Nauki Administracji, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; e-mail: mganczar@kul.pl.

\*\* Doktor habilitowany nauk prawnych; Katedra Nauki Administracji, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; e-mail: szewczak@kul.pl.

Od pewnego czasu zmianie ulega pozycja pacjenta na rynku, jest coraz częściej traktowany jako konsument (Łętowska, 1998). Ustawa o prawach konsumenta (dalej: upk)<sup>1</sup> zawiera wyłączenie z zakresu jej stosowania umów dotyczących usług zdrowotnych. Niniejszy artykuł stanowi próbę scharakteryzowania zagadnień związanych z prawami pacjenta jako konsumenta i możliwością dochodzenia przez niego roszczeń w świetle przyjętej ustawy o prawach konsumenta oraz próbę oceny czy wyłączenie stosowania ustawy o prawach konsumenta pozbawia pacjentów skutecznej ochrony prawnej, czy też podmioty świadczące usługi zdrowotne są zobowiązane do stosowania wobec pacjentów prawa konsumenckiego.

## II. Charakterystyka rynku usług zdrowotnych

Rynek usług zdrowotnych jest dość zróżnicowany. Jego nieodłącznym elementem jest konkurencja dlatego też podmioty w nim uczestniczące jako świadczeniodawcy, dążą do realizacji swoich interesów, konkurując ze sobą ceną, jakością świadczonych usług lub oferowanych produktów czy też innymi charakterystycznymi dla branży medycznej atrakcyjnymi cechami usług zdrowotnych, które pozwolą zaspokoić potrzeby pacjentów. Należy jednak pamiętać, że rynek usług zdrowotnych jest obciążony także uregulowaniami systemowymi<sup>2</sup>, a świadczenie części usług jest zarezerwowane wyłącznie dla sektora publicznego.

Nie bez znaczenia pozostaje również przyzwyczajenie pacjentów do usług świadczonych w ramach należytej im, bezpłatnej opieki zdrowotnej. Pomimo tych uwarunkowań, zaobserwować możemy bardzo dynamiczny rozwój sektora prywatnego usług medycznych, a to stwarza warunki do konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi w ramach sektorów zarówno prywatnego, jak i publicznego.

Analizując rodzaje świadczeniodawców usług zdrowotnych należy sięgnąć do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: udl)<sup>3</sup>. Ustawodawca posługuje się pojęciem „podmiotu wykonującego działalność leczniczą” (art. 2 ust. 1 pkt 5 udl). W ramach tych podmiotów wyodrębniono grupę podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (art. 2 ust. 1 pkt 4 udl). Drugą grupę stanowią: przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej<sup>4</sup> we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej oraz instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, a także posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne tych stowarzyszeń. Do tej grupy zostały również zaliczone osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (art. 4 ust. 1 pkt 1, 4-6 udl). Poza wymienionymi powyżej podmiotami, zgodnie z art. 5 udl, zawód w ramach działalności leczniczej mogą wykony-

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 30.05.2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. 2014, poz. 827 ze zm.).

<sup>2</sup> Według Światowej Organizacji Zdrowia nadrzędne cele systemu ochrony zdrowia, których realizacja stanowi podstawę jego funkcjonowania, ogniskują się na stałej poprawie zdrowia populacji rozumianego jako status zdrowotny społeczeństwa określany zbiorem jednoznacznych, porównywalnych, obiektywnych i transparentnych mierników; na zaspokajaniu potrzeb konsumenckich pacjentów w ramach korzystania z usług podmiotów systemu ochrony zdrowia, oraz na zapewnianiu solidaryzmu w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Zob. Mądrala, 2014, s. 8.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2016, poz. 1638).

<sup>4</sup> T.j. Dz.U. 2016, poz. 1829.

wać lekarze i pielęgniarki po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej oraz przepisach odrębnych.

Działalność lecznicza, zgodnie z definicją ustawową, polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Może również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Świadczenia zdrowotne oraz działalność promocyjna lub dydaktyczno-badawcza mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności<sup>5</sup>. Definicja pojęcia działalności leczniczej pozwala wyjaśnić, jakiego rodzaju działalność mają prowadzić podmioty lecznicze i praktyki zawodowe. Po to, żeby taką działalność wykonywać, należy najpierw zgromadzić niezbędny do tego, a składający się na materialną istotę działalności leczniczej, zasób osób mających prawo do wykonywania zawodów medycznych oraz środki majątkowe, które spełniają określone w art. 22 udl wymagania i zostały specjalnie wyodrębnione organizacyjnie do tego, aby służyły wykonywaniu przez uprawniony podmiot działalności leczniczej (Dercz, 2014).

Należy także wspomnieć o jeszcze jednej grupie uczestników rynku usług zdrowotnych – osobach wykonujących zawód medyczny (w ramach tzw. praktyki zawodowej). Przez to pojęcie ustawa rozumie osobę uprawnioną, na podstawie odrębnych przepisów, do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 udl). W definicji zawodu medycznego wyodrębniono kilka elementów. Po pierwsze, udzielanie świadczeń zdrowotnych ma być wynikającym ze społecznego podziału pracy zbiorem zdań albo wynikających z przyjętych uregulowań prawnych (przepisów innych niż ustawa o działalności leczniczej), albo związanych ściśle z określonym zakresem medycyny lub występujących w określonej dziedzinie medycyny. Drugim elementem jest systematyczność wykonywania zawodu medycznego, gdyż mowa jest o osobie „wykonującej” zawód medyczny. Po trzecie, podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest warunek kwalifikacji zawodowych. Ustawodawca zachowuje tutaj podział na dwie grupy osób wykonujących zawody medyczne: osoby mogące udzielać świadczeń zdrowotnych na podstawie „uprawnienia” na zasadach określonych w przepisach odrębnych od ustawy o działalności leczniczej oraz osoby mogące udzielać świadczeń zdrowotnych na podstawie „legitymacji nabycia fachowych kwalifikacji”<sup>6</sup>. W literaturze wskazuje się, że „pojęcie „wykonywanie zawodu medycznego” odnosi się do osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje” (Karkowska, 2012).

Trudno ustalić, które z zawodów zaliczyć do grupy zawodów medycznych, brakuje jednoznacznej zasady, zgodnie z którą klasyfikowano by dany zawód jako medyczny. Ustawodawca, używając w przepisach prawa definicji pojęcia „zawody medyczne”, nie rozstrzygnął w sposób jednoznaczny katalogu tych zawodów<sup>7</sup>. Zakres podmiotowy zawodów zaliczanych do grupy „niektóre zawody medyczne” jest przedmiotem dyskusji w doktrynie (Karkowska, 2012).

<sup>5</sup> Zob. art. 3 ust. 1-2a udl.

<sup>6</sup> Ustawodawca nie wskazuje jednak wymagań ani zasad uzyskiwania wymaganej „legitymacji”.

<sup>7</sup> Do tej grupy, na gruncie przepisów ustaw, będą zliczani m.in.: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, technicy dentyści, farmaceuci, lekarzy dentyści, diagnosta laboratoryjny. Ponadto do tej grupy zaliczani są przedstawiciele tzw. niektórych zawodów medycznych, do których zalicza się: asystentka dentyści, dietetyk, fizjoterapeuta, higienistka dentyści, logopeda, masażyści, opiekun medyczny, ortoptysta, protetyk słuchu, psychoterapeuta, ratownik medyczny, technik dentyści, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda i terapeuta zajęciowy.

Na szczególny charakter rynku usług zdrowotnych ma wpływ nie tylko różnorodność podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Inne cechy, które wpływają na relacje pomiędzy świadczącymi usługi zdrowotne a odbiorcami tych usług, to brak stabilności, losowy charakter popytu na ochronę zdrowia, nieracjonalne zachowania konsumentów opieki zdrowotnej, silne zróżnicowanie wewnętrzne asortymentu usługowego – od bardzo przestarzałego sprzętu i sposobu realizacji usług, po najbardziej nowoczesne rozwiązania. Z tym ostatnim wiąże się niejednokrotnie bariera finansowa w dostępie pacjentów do najlepszych rozwiązań w ramach usług zdrowotnych. Często też zwraca się uwagę na sezonowość usług zdrowotnych, zależność ich popularności od rozwoju cywilizacyjnego i zmiany stylu życia (Wiercińska, 2012). Ponadto wśród cech usług zdrowotnych wymienia się: niematerialność, niejednorodność, nietrwałość. Działalność lecznicza to działania o charakterze niematerialnym, a zatem pacjent nie może zobaczyć usługi przed jej „otrzymaniem” (Karkowska, 2012). Konsumentom najczęściej o jakości usługi medycznej wnioskuje się na podstawie obserwacji miejsca, personelu, wyposażenia medycznego itp. Usługi zdrowotne charakteryzują się dużą różnorodnością, zależą one od dostawcy oraz miejsca i czasu ich świadczenia. Pacjenci są świadomi tej różnorodności, stąd często korzystają z opinii innych osób w poszukiwaniu najlepszych specjalistów, zanim zgłoszą się po usługę zdrowotną. Konsekwencją niematerialnego charakteru usług zdrowotnych jest brak możliwości ich magazynowania. Oznacza to, że nie jest możliwe wytwarzanie ich na zapas (Wiercińska, 2012).

### III. Ochrona pacjenta jako konsumenta na gruncie obecnie obowiązujących przepisów prawa

Istotną kwestią dla prowadzonych rozważań jest ustalenie, w jakich przypadkach pacjent jest równocześnie konsumentem w rozumieniu przepisów praw i z tego tytułu podlega ochronie prawnej. Prawa pacjenta są regulowane różnymi aktami prawnymi z zakresu ochrony zdrowia<sup>8</sup>, najważniejszym jest jednak wspomniana już ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: upp)<sup>9</sup>. W ustawie zostały uregulowane m.in. zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych (art. 1 upp).

Słowo „pacjent” wywodzi się etymologicznie z łacińskiego *patior* lub *patiens*, co oznacza osobę cierpiącą, znoszącą przykrość lub chorobę (Ulanowska, 2012). Legalna definicja pojawiła się w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 upp, pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Pojęcie to odnosi się wyłącznie do osoby fizycznej, co oznacza, że pacjentem jest „każda osoba” „każdy człowiek”, bez względu na to czy jest chora, czy też zdrowa, która korzysta z szeroko rozumianych usług medycznych, w tym działań z zakresu profilaktyki lub względem której podejmowane jest jakiegokolwiek działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Ustawa o prawach pacjenta zakłada aktywną rolę pacjenta. Pacjentem jest ten, kto „zwraca się o możliwość skorzystania”

<sup>8</sup> Zob. np. art. 10a–10d ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. 2016, poz. 546; art. 31 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2017, poz. 125).

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2016, poz. 186).

lub „już korzysta” ze świadczeń zdrowotnych, bez względu na tytuł, tzn. bez względu na posiadanie lub nie uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Karkowska, 2016).

W doktrynie ugruntowało się stanowisko, że pacjent staje się jednocześnie konsumentem usług medycznych i nie ma tu znaczenia źródło finansowania tych usług (Łętowska, 1998). Świadczenie zdrowotne jest rozumiane jako działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz jako inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 udl). Nie jest ono różnicowane pod kątem finansowania. Z tego też względu może być ono finansowane zarówno ze środków publicznych, jak i ze środków prywatnych (szerzej: Rzymowski, 2013). Zgodnie z art. 22<sup>1</sup> kodeksu cywilnego<sup>10</sup> za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Nie ma wątpliwości, że pacjent, zawierając umowę o świadczenie zdrowotne, robi to w celu osobistym, ewentualnie rodzinnym, bez związku z działalnością zawodową czy też prowadzoną działalnością gospodarczą. Może zatem zostać uznany za konsumenta (Ulanowska, 2012). Pacjent jako strona aktywna dokonuje czynności prawnej poprzez zwrócenie się o udzielenia świadczenia zdrowotnego. Adresatem oświadczenia woli powinien być w tym przypadku przedsiębiorca. W przypadku zachowania tego warunku pacjent będzie jednocześnie konsumentem.

Konsument, który korzysta z usług zdrowotnych ma prawo dochodzić swoich roszczeń. W przypadku, gdy usługa została wykonana nienależycie (źle wykonana plomba lub proteza), należy sięgnąć do przepisów kodeksu cywilnego dotyczących umów o dzieło<sup>11</sup>. Inaczej będzie w przypadku postawionej przez lekarza błędnej diagnozy, która wiąże się z koniecznością wykupienia określonych produktów leczniczych czy też wyrobów medycznych, bez których nie da się przywrócić konsumenta do zdrowia lub zmniejszyć dolegliwości. W takiej sytuacji konsument może dochodzić odszkodowania na gruncie art. 471 k.c. w przypadku, gdy okaże się, że poniesione przez niego koszty okazały się bezcelowe. Lekarz, zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>12</sup> ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Należy pamiętać, że ocena działań lekarza jest dość trudna<sup>13</sup>, ocena jakości świadczonej usługi zdrowotnej zależy nie tylko od stanu wiedzy lekarza, wykorzystania wszystkich dostępnych metod i środków, od starannego podejścia do pacjenta zgodnie z zasadami etyki zawodowej, ale w części od stanu zdrowia samego pacjenta, a także jego podejścia do zastosowanego leczenia.

Przepisy kodeksu cywilnego przewidują możliwość dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w oparciu o art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 k.c. Zdarzają się sytuacje, w których w wyniku błędnie postawionej diagnozy pacjent został narażony na ból, cierpienie, został namówiony na dodatkowy zabieg kosmetyczny, który okazał się niepotrzebny, a wiązał się z dodatkowymi kosztami. Na podstawie art. 445 § 1 k.c. w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2016, poz. 380).

<sup>11</sup> Wyr. SA we Wrocławiu z dnia 9.07.2010 r., sygn. akt I ACa 655/10, Orzecznictwo Apelacji Wrocławskiej, Rok MMX, Nr 4 (16), s. 25 i n.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2017, poz. 125).

<sup>13</sup> Wyr. SA w Katowicach z dnia 14.02.2013 r., Sygn. akt I ACa 970/12.



za doznaną krzywdę. Przy czym krzywdę należy rozumieć jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) oraz cierpienie psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia)<sup>14</sup>.

Pacjent może także podlegać ochronie na gruncie przepisów dotyczących stosowania klauzul abuzywnych. Na rynku usług zdrowotnych działa wiele podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Wiąże się to ze stosowaniem przez przychodnie, gabinety prywatne i kliniki wzorców umów zawieranych z konsumentami, zasad działania i cenników, które mogą zwierać niedozwolone klauzule umowne. Wśród najczęściej występujących nieprawidłowości Prezes UOKiK wskazał na nieprecyzyjne ustalanie ceny usługi oraz skutków prawnych jej zmiany, wyłączenie konsumentowi możliwości zwrotu uiszczonej zapłaty za niewykonaną usługę, wyłączenie odpowiedzialności podmiotu wykonującego świadczenie za niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi czy też nałożenia kary umownej w przypadku odstąpienia od umowy (UOKiK, 2006).

#### **IV. Wyłączenie z zakresu stosowania ustawy o prawach konsumenta umów dotyczących usług zdrowotnych**

Ustawa o prawach konsumenta zawiera wyłączenie jej stosowania w stosunku do umów o usługi zdrowotne. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 7 upk nie stosuje się do umów dotyczących usług zdrowotnych świadczonych 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. Przepis ten stanowi implementację do prawa krajowego wyłączenia zawartego w art. 3 ust. 3 lit. b dyrektywy 2011/83/UE<sup>15</sup>, które eliminuje z jej zakresu stosowania umowy dotyczące opieki zdrowotnej, zdefiniowanej w art. 3 lit. a wspomnianej dyrektywy 2011/24/UE<sup>16</sup>, niezależnie od tego czy są one oferowane za pośrednictwem placówek opieki zdrowotnej (Namysłowska i Lubasz, 2015).

Rozwiązanie to podyktowane jest specyfiką przedmiotu takich umów. Motyw 30 dyrektywy 2011/83/UE wskazuje, że opieka zdrowotna wymaga szczególnych uregulowań, ponieważ jest złożona technicznie, ważna jako usługa świadczona w interesie ogólnym, a także wymaga znacznego finansowania publicznego. Zdrowie ludzkie jest nie tylko dobrem indywidualnym, lecz także dobrem publicznym, do którego ochrony zobligowane są również władze publiczne. W preambule dyrektywy 2011/83/UE stwierdzono wprost, że jej przepisy nie są odpowiednie dla opieki zdrowotnej, dlatego też powinna być ona wyłączona z zakresu jej stosowania (Kaczmarek-Templin i in., 2014). Z uwagi na brak w polskim porządku prawnym definicji legalnej usługi zdrowotnej powstały wątpliwości terminologiczne co do zakresu stosowania wskazanego wyłączenia. W literaturze analizie zostały poddane pojęcia usług zdrowotnych i działalności leczniczej oraz świadczeń zdrowotnych, używanych w prawie ochrony zdrowia (Piszcz, 2015; Kaczmarek-Templin i in., 2014), wskazując na rozbieżności terminologiczne pomiędzy tymi zwrotami. Przed wejściem w życie ustawy o prawach konsumenta nie budziło wątpliwości co należy rozumieć przez pojęcie świadczeń zdrowotnych,

<sup>14</sup> Wyr. S Ro w Lublinie z dnia 30.03.2009 r., sygn. akt I C 773/08, niepublikowany.

<sup>15</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/83/UE z dnia 25.10.2011 r. w sprawie praw konsumentów, zmieniająca dyrektywę Rady 93/13/EWG i dyrektywę 1999/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylająca dyrektywę Rady 85/577/EWG i dyrektywę 97/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, (Dz. Urz. UE L nr 304).

<sup>16</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w trans granicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L nr 88).

mianowicie działania wykonywane w ramach zawodowej, profesjonalnej działalności podmiotu uprawnionego (Piszcz, 2015). Dlatego też postuluje się konieczność doprecyzowania przepisu art. 3 ust. 1 pkt 7 upk tak, aby uwzględnił terminologię przyjętą w polskim porządku prawnym w zakresie już funkcjonujących definicji ustawowych, a nie stanowił dosłowne przekopiowanie przepisu unijnego (Kaczmarek-Templin i in., 2014).

## V. Prawo pacjenta do informacji a obowiązki informacyjne wobec konsumentów

Prawo do informacji jest jednym z podstawowych praw pacjenta. Zgodnie z art. 9 ust. 1 upp pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. W doktrynie wskazuje się na dość ogólnikowy sposób określenia tego prawa (Karkowska, 2009). Sposób informowania i zakres informacji, który pacjent powinien otrzymać, precyzuje ust. 2 art. 9 upp, odpowiadający obowiązkowi udzielania informacji przez lekarza w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Na jego podstawie pacjent i (albo) jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od lekarza szerokiego zakresu informacji, dotyczącego różnych sfer procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent ma prawo do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu na przyszłość. Jest to ustawowy zakres przedmiotowy prawa do informacji, w zasadzie wyczerpujący, zatem nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza (Karkowska, 2016a). Zakres, istota i treść prawa do informacji jest precyzowana w doktrynie (Karkowska, 2009, s. 357–378; Bączyk-Rozwadowska, 2011, s. 59–100; Tymiński, 2012, s. 44–58) oraz w licznych wyrokach sądowych<sup>17</sup>. W wyrokach Sądu Najwyższego podkreślana jest konieczność informowania pacjenta o rodzaju zabiegu oraz jego bezpośrednich i zwykłych skutkach. Szczegółowych informacji o planowanym zabiegu operacyjnym lekarz może udzielić na żądanie osoby wyrażającej zgodę, natomiast powinien poinformować pacjenta o szczególnych, czyli o mniej lub bardziej możliwych skutkach interwencji chirurgicznej, jeżeli zabieg operacyjny ma cel estetyczny. Sąd Najwyższy wskazuje także, że pouczenie o wszelkich w ogóle możliwych skutkach dla danego wypadku, normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych nie jest wymagane, gdyż nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza o takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. Pacjent powinien znać przedmiot zgody, metodę leczenia, ryzyko i następstwa, zwłaszcza nieodwracalne (Karkowska, 2009, s. 359). Ograniczenie prawa do informacji może mieć miejsce przy zastosowaniu przez lekarza tzw. przywileju terapeutycznego, regulowanego w art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W wyjątkowych sytuacjach przepis ten pozwala lekarzowi na ograniczenie informacji o stanie zdrowia i rokowaniu pacjenta. Aby skorzystać z tego uprawnienia, konieczne jest wystąpienie dwóch przesłanek: 1) niepomyślnej prognozy dla pacjenta, 2) gdy według oceny lekarza, za ograniczeniem informacji przemawia dobro pacjenta. Przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31 ust. 1) zobowiązują lekarzy, aby udzielane informacje były przystępne. Zobowiązanie do udzielenia przystępnej informacji wynika również

<sup>17</sup> Wy. SN z dnia 27.08.1968 r., I CR 325/68, OSPIKA 1969, z. 7–8, poz. 165; wyr. SN z dnia 29.12.1969 r., II CR 564/69, OSPIKA 1970, z. 10, poz. 202; wyr. SN z dnia 20.11.1979 r., IV CR 389/79, OSNCP 1980, nr 4, poz. 81, s. 67; wyr. SN z dnia 28.08.1972 r., II CR 296/72, OSN 1973, nr 5, poz. 86; wyr. SN z dnia 28.08.1973 r., I CR 441/73, OSPIKA 1974, z. 6, poz. 123; wyr. SA w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., I ACa 973/05, Apel. W-wa 2007, nr 2, s. 12.

z art. 13 ust. 2 kodeksu etyki lekarskiej, które nakazują, aby informacja udzielona pacjentowi była sformułowana w sposób dla niego „rozumiały”. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Zrozumiałe informowanie pacjenta wymaga uwzględnienia wielu aspektów jego konkretnej sytuacji i wiedzy, jak dojrzałość psychofizyczna, stan świadomości, wiek, wykształcenie itp. Należy unikać hermetycznego języka zawodowego, opierającego się na różnych fachowych terminach (Karkowska, 2016b). Ponieważ w relacjach pacjenta z lekarzem może wystąpić zjawisko asymetrii informacji, najczęściej oznaczające występowanie nierównowagi na niekorzyść pacjentów w dostępie do informacji oraz wiedzy o procesie leczenia, konieczna jest umiejętność zrozumiałego komunikowania się lekarzy z pacjentami.

Często podmioty prowadzące działalność leczniczą posługują się swego rodzaju broszurami informacyjnymi lub formularzami zgody, które zawierają mniej lub bardziej precyzyjne informacje o czynnościach, które mają być podjęte w trakcie leczenia. Od wielu lat w doktrynie prawa (Karkowska, 2016a i wskazana tam literatura) uważa się bezspornie, że ustawowy obowiązek przekazania przystępnej informacji jest niespełniony w sytuacji ograniczenia się do podsuwania pacjentom wyłącznie pisemnych informacji o proponowanych czynnościach medycznych. To, że pacjent po przeczytaniu wskazanego materiału nie ma pytań, nie oznacza, że wszystko rozumie. Przystępność informacji wymaga osobistej i bezpośredniej rozmowy z lekarzem, pielęgniarką, położną, a materiały pisemne służą jedynie przygotowaniu pacjenta do rozmowy. Tylko rzetelne poinformowanie pacjenta stanowi spełnienie ustawowego wymogu uzyskania zgody poinformowanej i tylko wówczas pacjent bierze na siebie ryzyko zabiegu (Karkowska, 2016a).

Ciężar wykazania, że lekarz wykonał obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji spoczywa właśnie na nim. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nie zawiera szczególnego przepisu określającego rozkład ciężaru dowodu, który regulowałby tę kwestię w sposób odmienny od ogólnej reguły wyrażonej w art. 6 k.c. Dlatego też ten ostatni przepis stanowi podstawę dla przesądzenia, na której ze stron sporu spoczywa ciężar wykazania, że lekarz wykonał, wynikający z art. 31 ust. 1 wskazanej ustawy, obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji i to w przedmiotowym zakresie wynikającym z treści tego przepisu. Zatem skoro obowiązek udzielenia informacji obciąża lekarza, który wywodzi z tego skutki prawne, to na nim zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa obowiązek udowodnienia, że obowiązek ten został wypełniony. Dowodem mogą być odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej zawierającej historię choroby wraz z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne, jak i zeznania świadków<sup>18</sup>. W celu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu naruszenia dóbr osobistych lekarz powinien udowodnić fakt udzielenia pacjentowi informacji i uzyskania jego zgody na zabieg. To lekarz ponosi ryzyko, że przeprowadzenie takiego dowodu się nie powiedzie.

Dopuszczalne jest roszczenie o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w razie naruszenia przez lekarza obowiązku udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania, jak twierdzi Sąd Najwyższy, jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody „objaśnionej”, „poinformowanej” lub „uświadomionej”), a bezskuteczność zgody spowodowana

<sup>18</sup> Wyr. SA w Białymstoku z dnia 24.03.2016 r., I ACa 766/15; wyr. SN z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04.



nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać<sup>19</sup>.

Odnosząc się do określonych w art. 8 upk obowiązków informacyjnych zasadne jest odniesienie się do sposobu przekazywania informacji. Konsument ma zostać poinformowany przez przedsiębiorcę w sposób jasny i zrozumiały. Informacja przekazywana konsumentowi powinna być sformułowana w sposób prosty semantycznie i jednoznaczny, a użycie pojęć technicznych należy ograniczyć do sytuacji, w których jest to niezbędne. Dodatkowo jasność i zrozumiałość informacji musi być oceniana w konkretnym przypadku, zwłaszcza że zależy od użytego środka komunikacji, a także od charakteru stosunków prawnych, analizowanego przez pryzmat odbiorcy komunikatu (Namysłowska, Lubasz, 2015).

Wydaje się, że określenie sposobu informowania pacjenta w sposób przystępny i zrozumiały pokrywa się z obowiązkiem jasnego i zrozumiałego informowania konsumenta na gruncie upk. Uzasadnione jest zatem stwierdzenie, że przepisy przyznające pacjentom prawo do informacji o ich stanie zdrowia w sposób właściwy pozwalają na świadome współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji co do podjętego leczenia czy też skorzystania z usługi zdrowotnej.

## **VI. Ochrona konsumenta w zakresie sprzedaży sprzętu medycznego (wyrobów medycznych)**

Wyrobem medycznym, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (dalej: uwm)<sup>20</sup>, jest narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania w celach diagnostycznych, terapeutycznych, a także rehabilitacyjnych i profilaktycznych (art. 2 ust. 1 pkt 38 uwm). Wyrób może być stosowany samodzielnie albo w połączeniu z innym lub nawet kilkoma. Zakres pojęcia, rodzaj i ilość wyrobów medycznych objętych tą definicją jest teoretycznie nieograniczony. Postęp naukowy i techniczny wyraźnie uwidacznia, jak każdego roku setki nowych urządzeń, przyrządów, aparatów, począwszy od najprostszych po najbardziej skomplikowane i złożone technologie medyczne, przyczyniają się do coraz bardziej skutecznych działań i czynności w dziedzinie diagnostyki, terapii i rehabilitacji chorych (Paździuch, 2012).

Zdrowie konsumenta i jego bliskich jest często dla niego priorytetem, z tego też tytułu są oni skłonni przeznaczać znaczne kwoty pieniędzy m.in. na wyroby medyczne. Sprzedaż wyrobów medycznych często odbywa się w ramach różnego rodzaju pokazów. Obecnie sprzedaż wszelkiego rodzaju produktów podczas wystaw i pokazów regulowana jest w ustawie o prawach konsumenta jako sprzedaż poza lokalem przedsiębiorstwa. Większość konsumentów zdaje sobie sprawę, że głównym celem spotkań jest promocja i sprzedaż urządzeń, sprzętów itp. Natomiast szczególna grupa konsumentów, jaką są seniorzy, korzysta z wszelkiego rodzaju pokazów zwabiona możliwością „bezpłatnego” badania, postawienia diagnozy czy też zwykłym „atrakcyjnym upominkiem”. Ta grupa konsumentów jest szczególnie podatna na informacje o cudownych produktach

<sup>19</sup> Wyr. SA z dnia 18.01.2013 r., IV CSK 431/12.

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. 2017, poz. 211).

poprawiających ich stan zdrowia, które mogą prowadzić do podejmowania niekorzystnych decyzji gospodarczych (Namysłowska, 2014).

Wierząc w cudowną, uzdrawiającą moc prezentowanych podczas pokazów urządzeń konsumenci często je nabywają. Biorąc pod uwagę miejsce zawarcia umowy sprzedaży sprzętu medycznego, najczęściej będziemy mieć tu do czynienia z umowami zawieranymi poza lokalem przedsiębiorstwa, ale także z umowami na odległość, gdyż konsumenci w celu zakupu różnego rodzaju wyrobów medycznych coraz częściej sięgają także do Internetu. Zakupiony sprzęt niejednokrotnie okazuje się nieskuteczny bądź nieprzydatny. Przed wejściem w życie ustawy o prawach konsumenta posiadali oni możliwość skorzystania z prawa odstąpienia od umowy, jeżeli zakupili wyrób medyczny na podstawie umowy zawartej w warunkach nietypowych, a od zawarcia umowy nie upłynęło jeszcze 10 dni. Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny<sup>21</sup> konsument mógł odstąpić umowy zawartej w sposób wskazany powyżej w terminie 10 dni. Ustawa o prawach konsumenta wprowadziła lekko zmodyfikowane przepisy umożliwiające skorzystanie z tego, najbardziej dla konsumenta komfortowego, sposobu odstąpienia od umowy, niemniej wyłączenie umów o usługi zdrowotne, w ramach którego ujęto również wyroby medyczne, w tym przypadku pozbawia konsumentów możliwości korzystania z tej drogi prawnej.

Aby zrezygnować z zakupionych wyrobów medycznych, konsument może skorzystać z kilku innych możliwości, np. z ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (dalej: upnpr)<sup>22</sup>. Zgodnie z art. 4 upnpr praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu. Szczególnym rodzajem nieuczciwej praktyki rynkowej jest taka, która wprowadza w błąd. Może to polegać na informacji o cechach produktu, w szczególności jego pochodzeniu geograficznym lub handlowym, ilości, jakości, sposobie wykonania, składnikach, dacie produkcji, przydatności, możliwości i spodziewanych wynikach zastosowania produktu, wyposażeniu dodatkowym, testach i wynikach badań lub kontroli przeprowadzanych na produkcie, zezwoleniach, nagródach lub wyróżnieniach uzyskanych przez produkt, ryzyku i korzyściach związanych z produktem (art. 5 ust. 3 pkt 2 upnpr). Przez pojęcie produktu należy rozumieć każdy towar lub usługę, w tym również nieruchomości, prawa i obowiązki wynikające ze stosunków cywilnoprawnych. Natomiast jako „towar” należy rozumieć dobra (przedmioty materialne). Przedmioty materialne są rzeczami w rozumieniu art. 45 k.c. Pojęcie produktu występuje w prawie cywilnym w art. 449<sup>1</sup> § 2 zd. 1 k.c. Jednak ustawodawca zawęży je jedynie do rzeczy ruchomych (nawet tych połączonych z innymi). Produktem będzie zatem każda rzecz ruchoma, w tym również taka, która występuje jako część składowa innej rzeczy ruchomej lub nieruchomej. Pojęciem produktu należy również objąć nieprzetworzone rzeczy ruchome, czyli również surowce i komponenty (Sieradzka, 2008). Wyroby medyczne mieszczą się w pojęciu produktu (Michałek, 2008).

<sup>21</sup> Dz.U. 2012, poz. 1225.

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 23.08.2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz.U. 2016, poz. 3).

Konsument może także wytoczyć powództwo o naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych określonych w k.c.<sup>23</sup>, w szczególności żądania unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu (art. 12 ust. 1 pkt 4 upnr). Konsumentowi, którego interes został zagrożony lub naruszony, przyznano możliwość realizacji ochrony przez wystąpienie z indywidualną skargą konsumencką. Możliwość wystąpienia przez konsumenta z roszczeniem o naprawienie wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych została uwarunkowana wystąpieniem pewnych przesłanek (Sieradzka, 2008a).

Kolejnym przepisem, który należy wskazać jest art. 7 pkt 17 upnr, zgodnie z którym zakazaną w każdych okolicznościach wprowadzającą w błąd praktyką rynkową jest twierdzenie, że produkt jest w stanie leczyć choroby, zaburzenia lub wady rozwojowe, jeżeli jest to niezgodne z prawdą. Przepis ten stanowi przeniesienie do porządku krajowego pkt 17 załącznika I do dyrektywy 2005/29/WE. Za naruszającą art. 7 pkt 17 upnr Prezes UOKiK uznał praktykę handlową polegającą na informowaniu w ulotkach reklamowych, że zestaw do masażu jest pomocny w leczeniu określonych schorzeń oraz wskazywaniu w instrukcji obsługi tego urządzenia, że masaż nim łagodzi lub likwiduje bóle i wspomaga przywracanie funkcji mięśni w następstwie m.in. chorób mięśni i stawów, podczas gdy produkt ten był urządzeniem relaksacyjnym i nie posiadał wymienionych właściwości (Namysłowska, 2014).

Konsument może również złożyć reklamację z tytułu niezgodności towaru z umową. Na mocy art. 8 uwm zabronione jest wprowadzanie do obrotu, wprowadzanie do używania, dystrybuowanie, dostarczanie i udostępnianie wyrobów, których nazwy, oznakowania lub instrukcje używania mogą wprowadzać w błąd, co do właściwości i działania wyrobu przez: 1) przypisanie wyrobowi właściwości, funkcji i działań, których nie posiada; 2) stwarzanie fałszywego wrażenia, że leczenie lub diagnozowanie za pomocą wyrobu na pewno powiedzie się, lub nieinformowanie o spodziewanym ryzyku związanym z używaniem wyrobu zgodnie z jego przewidzianym zastosowaniem lub w okresie dłuższym niż przewidziany; 3) sugerowanie zastosowania lub właściwości wyrobu innych niż deklarowane przy wykonaniu oceny zgodności. Ponadto materiały promocyjne, prezentacje i informacje o wyrobach nie mogą wprowadzać w błąd określony powyżej. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, w celu ochrony życia, zdrowia lub bezpieczeństwa pacjentów, użytkowników lub innych osób albo przeciwdziałania zagrożeniu zdrowia, bezpieczeństwa lub porządku publicznego, w odniesieniu do wyrobu lub grupy wyrobów może wydać decyzję administracyjną w sprawie poddania szczególnym wymaganiom, zakazania, wstrzymania lub ograniczenia wprowadzania do obrotu, wprowadzania do używania, uruchamiania lub używania tych wyrobów, ich wycofania z obrotu lub z używania albo zobowiązania do podjęcia FSCA<sup>24</sup> lub wydania notatki bezpieczeństwa (art. 86 ust. 1 uwm).

## VII. Podsumowanie

Rynek usług zdrowotnych w Polsce ulega dynamicznym przeobrażeniom. Częściowo wprowadzono mechanizmy rynkowe, rozbudował się sektor prywatny podmiotów leczniczych i praktyki zawodowej, który stosuje reguły konkurencyjne, starając się przyciągnąć do siebie konsumentów.

<sup>23</sup> Art. 361–363 i 415 k.c.

<sup>24</sup> *Field Safety Corrective Action (FSCA)* – pojęcie określające zewnętrzne działania korygujące dotyczące bezpieczeństwa wyrobów oraz postępowania w zakresie incydentów medycznych w celu zmniejszenia lub ograniczenia do minimum ryzyka śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia, związanego z użytkowaniem wyrobu medycznego wprowadzonego do obrotu.

Rynek usług o charakterze komercyjnym na rynku medycznym stale rośnie. Niemniej nie można zapominać o specyfice tego rynku, który ciągle jeszcze finansowany jest w zdecydowanej większości ze środków publicznych, co ma wpływ na jakość i dostępność dla konsumentów usług zdrowotnych. Niniejszy artykuł miał na celu przybliżenie zagadnień związanych z prawami pacjenta jako konsumenta i możliwością dochodzenia przez niego roszczeń w świetle obowiązujących przepisów prawa z uwzględnieniem przyjętej ustawy o prawach konsumenta.

Zaprezentowane w niniejszym artykule rozważania wskazują, że pacjent jako konsument posiada w polskim porządku prawnym instrumenty, dzięki którym może dochodzić swoich praw wobec podmiotów świadczących usługi zdrowotne mimo zastosowanego wyłączenia w ustawie o prawach konsumenta. Niewątpliwie w zakresie prawa do odstąpienia od umowy zawartej w warunkach nietypowych pacjenci-konsumenci zostali pozbawieni możliwości skorzystania z tego prostego mechanizmu w stosunku do umów o usługi zdrowotne, co zdecydowanie pogarsza sytuację pacjentów nabywających wyroby medyczne na podstawie umowy zawartej poza lokalem przedsiębiorstwa lub na odległość. Warto rozważyć możliwość wprowadzenia tego korzystnego dla konsumentów mechanizmu w ustawie o wyrobach medycznych, tym bardziej że prawodawca unijny zwraca uwagę na ochronę zdrowia jako specyficzny rynek wymagający szczególnych regulacji (motyw 30 dyrektywy 2011/83/UE).

## Bibliografia

- Bączyk-Rozwadowska, K. (2011). Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia*, 2.
- Dercz, M. (2014). Komentarz do art. 3 ustawy o działalności leczniczej. W: M. Dercz, T. Rek (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex.
- Kaczmarek-Templin, B., Stec, P. i Szostek, D. (2014). *Ustawa o prawach konsumenta. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck, SIP Legalis.
- Karkowska, D. (2016). Komentarz do art. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex.
- Karkowska, D. (2016a). Komentarz do art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex.
- Karkowska, D. (2016b). Komentarz do art. 12 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex.
- Karkowska, D. (2009). *Prawa pacjenta*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Karkowska, D. (2012). *Zawody medyczne*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex
- Lubasz, D. (2015). W: M. Namysłowska, D. Lubasz (red.), *Ustawa o prawach konsumenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Łętowska, E. (1998). Pacjent staje się konsumentem usług medycznych. *Rzeczpospolita*, 25 listopada.
- Mądrała, A. (red. ). (2014). *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*. Warszawa: Akademia Zdrowia 2030.
- Michałek, A. (2008). *Przeciwdziałanie nieuczciwym praktykom rynkowym. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck, SIP Legalis.



- Namysłowska, M. i Lubasz, D. (2015). W: M. Namysłowska, D. Lubasz (red.), *Ustawa o prawach konsumenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Namysłowska, M. (2014). *Czarna lista nieuczciwych praktyk handlowych a granice prawa zwalczania nieuczciwej konkurencji w Unii Europejskiej*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex.
- Paździoch, S. (2012). Komentarz do art.2 ustawy o wyrobach medycznych. W: S. Paździoch, *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa: SIP Lex.
- Piszcz, A. (2015). Wyłączenia z zakresu stosowania ustawy o prawach konsumenta (ze szczególnym uwzględnieniem wyłączenia umów o usługi zdrowotne). W: D. Karczewska, M. Namysłowska, T. Skoczny (red.), *Ustawa o prawach konsumenta*. Warszawa: C. H. Beck.
- Rzymowski, J. (2013). Udostępnianie informacji o stanie zdrowia konsumenta-pacjenta przez podmiot wykonujący działalność leczniczą. W: M. Królikowska-Olczak, B. Pachuca-Smulska (red.), *Ochrona konsumenta w prawie polskim i Unii Europejskiej*, Warszawa: C.H. Beck, SIP Legalis.
- Sieradzka, M. (2008). Komentarz do art. 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. W: M. Sieradzka, *Ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym*. Warszawa: Wolters Kluwer, SIP Lex.
- Sieradzka, M. (2008a). *Komentarz do art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym*, W: M. Sieradzka, *Ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym*, Wolters Kluwer, Warszawa, SIP Lex.
- Tymiński, R. (2012). Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej. *Prawo i Medycyna*, 1.
- Ulanowska, A. (2012). Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane. *Przegląd Sądowy*, marzec.
- UOKiK. (2006). Raport z kontroli wzorców umownych stosowanych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Warszawa: UOKiK, lipiec.
- Wiercińska, A. (2012). Specyfika rynku usług zdrowotnych. *The Journal of Management and Finance*, 2/2.