

Marcin Śliwka¹, Anita Gałęska-Śliwka²

Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów w orzecznictwie sądów administracyjnych

Streszczenie

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta została uchwalona dnia 6 listopada 2008 r.³ W czasie przypadającym na okres związany z pracami nad niniejszą ustawą, jedną z istotnych nowości były przepisy dotyczące prowadzenia postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Nowe przepisy w momencie ich uchwalenia stały się przedmiotem ciekawych sporów doktrynalnych. W ostatnich latach obserwujemy kształtowanie się linii orzeczniczej sądów administracyjnych rozpoznających skargi na decyzje wydawane przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Celem niniejszego opracowania jest omówienie aktualnej linii orzeczniczej sądów administracyjnych.

Słowa kluczowe

Rzecznik Praw Pacjenta, postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, orzecznictwo sądów administracyjnych.

1. Zbiorowe prawa pacjenta – zagadnienia wprowadzające

Instytucja tzw. zbiorowych praw pacjenta oraz postępowanie w sprawach praktyk je naruszających zostało uregulowane w ustawie z dnia

¹ Dr Marcin Śliwka, Centrum Zarządzania Ryzykiem Medycznym MedRisk w Toruniu.

² Dr Anita Gałęska-Śliwka, Katedra Podstaw Prawa Medycznego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318).

6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴ (dalej: u.p.p.) Zgodnie z art. 59 ust. 1 przytoczonej ustawy, przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się:

- bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
- stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku,
- mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej⁵. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

Instytucja tzw. zbiorowych praw pacjenta została ujęta w przepisach prawa polskiego w sposób dość enigmatyczny oraz niekoniecznie zgodny z genezą praw pacjenta, ujmowanych jako prawa *stricte* indywidualne, nierzadko stanowiące emanację podstawowych praw człowieka⁶. Nie dziwi więc fakt, że w początkowych latach obowiązywania ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, sam Rzecznik rzadko sięgał po nowe uprawnienia⁷. Wystarczy wskazać, iż

⁴ Tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 849.

⁵ Ze względu na brak postępowań, które kończyłyby się wydaniem decyzji stwierdzającej naruszenie zbiorowych praw pacjenta w drodze stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowania wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku, ramy przedmiotowe niniejszego opracowania zostaną ograniczone do omówienia praktyk stanowiących bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

⁶ Szerzej zob. M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010, s. 19 i nast. Odmiennie J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 24 i nast.

⁷ Linia decyzyjna w tej materii kształtowała się przede wszystkim w odpowiedzi na wydarzenia z początku roku 2015, kiedy to podmioty lecznicze w proteście przeciwko wejściu w życie przepisów tworzących tzw. pakiet onkologiczny, nie zawarły umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz czasowo zaprzestały działalności, utrudniając pacjentom realizację prawa do dokumentacji medycznej. Zob. decyzje Rzecznika Praw Pacjenta o następujących znakach sprawy: RzPP-ZPR.45.12.2015.MMA, RzPP-ZPR.45.10.2015.MMA, RzPP-ZPR.45.30.2015. MPO, RzPP-ZPR.45.22.2015. MPO, , RzPP-ZPR.45.38.2015. GBR.MPO, RzPP-ZPR.45.11.2015. PG.MMA, RzPP-ZPR.45.34.2015. MSZU, RzPP-ZPR.45.18.2015. GBR.ANS, RzPP-ZPR.45.14.2015. PG.MMA, RzPP-ZPR.45.46.2015. KKO, RzPP-ZPR.45.1.2015. MPO, RzPP-ZPR.45.25.2015. OP, RzPP-ZPR.45.67.2015. ZM, RzPP-ZPR.45.31.2015. GBR.ANS, RzPP-ZPR.45.13.2015. RBR, RzPP-ZPR.45.16.2015. PG.ZM, RzPP-ZPR.45.40.2015. RBR, RzPP-ZPR.45.62.2015. ZM, RzPP-ZPR.45.20.2015. OP, RzPP-ZPR.45.9.2015.RBR, RzPP-ZPR.45.50.2015. OP, RzPP- ZPR.45.29.2015. MPO, RzPP-ZPR.45.36.2015. MPO, RzPP-ZPR.45.

do końca 2014 r. odnotowaliśmy zaledwie 23 decyzje stwierdzające naruszenie zbiorowych praw pacjenta. Tym samym sprawy tego typu były rzadko rozpoznawane przez sądy administracyjne, co niewątpliwie utrudniało wypracowanie konsensusu w zakresie tego, czym są zbiorowe prawa pacjentów. Przełom w tej materii nastąpił w roku 2015, kiedy to Rzecznik wszczął 111 nowych postępowań oraz wydał 83 decyzje stwierdzające naruszenie zbiorowych praw pacjenta. Istotne przeobrażenia przyniósł niewątpliwie okres pandemii. W 2020 r. Rzecznik wszczął 138 postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, wydał zaś 136 decyzji, w których ocenił naruszenie zbiorowych praw pacjenta. W tym, w związku z epidemią COVID-19, Rzecznik wszczął 79 postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, a także wydał w tym zakresie 40 decyzji. W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. odnotowano wzrost o 187,5% wszczętych postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz wzrost o 74,4% liczby zakończonych postępowań⁸.

Na decyzję Rzecznika Praw Pacjenta przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Należy przy tym zauważyć, iż podmioty lecznicze relatywnie rzadko korzystają z takiej możliwości. Przykładowo, tylko 13 decyzji wydanych w 2020 r. zostało zaskarżonych, przez podmioty lecznicze, do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA) w Warszawie⁹.

Niemniej, na przestrzeni lat, sądy administracyjne wielokrotnie miały już okazję orzekać o warunkach, które powinny zostać spełnione by dane działanie lub zaniechanie mogło zostać zakwalifikowane do grona praktyk naruszających tzw. zbiorowe prawa pacjentów.

Najczęściej podkreśla się, iż zachowanie podmiotu leczniczego powinno:

- nosić znamiona bezprawności, rozumianej jako działanie sprzeczne z szeroko rozumianym porządkiem prawnym;
- mieć charakter zorganizowany;
- polegać na działaniu lub zaniechaniu;

42.2015. MMA, RzPP-ZPR.45.59.2015. RBR, RzPP-ZPR.45.61.2015. AMAL, RzPP-ZPR.45.66.2015. AMAL, RzPP-ZPR.45.23.2015. GBR.AMAL, RzPP-ZPR.45.21.2015. GBR.AMAL, ZPR.45.68.2015.AMAL, RzPP-ZPR.45.39.2015. ASO.AMAL, RzPP-ZPR.45.27.2015. AMAL, , RzPP-ZPR.45.70.2015. ANA.RBR.

⁸ Sprawozdanie za rok 2020, dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, (dostęp: 16 sierpnia 2022 r.): <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2020-rok>, s. 15.

⁹ *Ibidem*, s. 16.

- uderzać w uprawnienia wszystkich pacjentów lub przynajmniej określonych grup (np. pacjenci małoletni, pacjenci ubiegający się o udostępnienie dokumentacji medycznej, pacjenci korzystający ze świadczeń zdrowotnych w określonej jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego etc.).

Niektóre z przytoczonych wcześniej przesłanek, mimo upływu lat, w dalszym ciągu wydają się wzbudzać wątpliwości, tak w orzecznictwie, jak i w doktrynie prawa medycznego¹⁰.

2. Bezprawne zachowanie podmiotu leczniczego

Zgodnie z art. 59 ust. 1 u.p.p. przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów należy rozumieć bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Najczęściej chodzi więc o naruszenie samej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub innych ustaw dedykowanych podmiotom leczniczym lub osobom wykonującym określone zawody medyczne wprowadzające poszczególne prawa pacjenta. Wydając decyzje organ nierzadko sięgał również po akty wykonawcze regulujące m.in. problematykę prowadzenia dokumentacji medycznej, stosowania monitoringu wizyjnego, norm zatrudnienia i in. Sporne pozostaje, czy Rzecznik Praw Pacjenta, badający zachowanie podmiotu leczniczego, powinien skupić się wyłącznie na obiektywnym elemencie winy (bezprawność), oraz do jakiego stopnia powinien uwzględniać kwestię ewentualnego braku winy w rozumieniu subiektywnym (zarzucalność). Przywołany przepis przewiduje wprawdzie, że omawiana praktyka polega na bezprawnym zorganizowaniu działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, ale jednocześnie dodaje, iż powinna mieć ona na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Powyższy problem bardzo wyraźnie został zaakcentowany w sprawie, rozpatrywanej przez Naczelny Sąd Administracyjny w 2021 r. Rzecznik Praw Pacjenta, prowadząc

¹⁰ Por.: E. Bagińska, (w:) M. Nesterowicz (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Komentarz, Warszawa 2009, s. 280; P. Zieliński, Ochrona zbiorowych praw pacjentów, Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania UKW 2013, t. 4, s. 345; D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Komentarz, Warszawa 2012, s. 459; U. Drozdowska, M. Śliwka, Analiza statusu prawnego Rzecznika Praw Pacjenta – zagadnienia wybrane, Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych 2015, nr 3(47), s. 25.

kontrolę jednego z podmiotów leczniczych, stwierdził, iż ten nie zapewnia pacjentom minimalnej obsady lekarskiej realizowanej w ramach tzw. Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej i Pielęgniarskiej Szpitala. Nie ulega wątpliwości, iż podmiot leczniczy, w obliczu ogólnopolskiego protestu, organizowanego przez lekarzy rezydentów, nie spełniał wymaganych norm zatrudnienia. Rzecznik w swojej decyzji podkreślił, iż dla stwierdzenia bezprawności działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych bez znaczenia pozostaje wina podmiotu i jej stopień (umyślność bądź nieumyślność, a także świadomość istnienia naruszonych norm prawnych). Powyższego stanowiska nie podzielił Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 21 listopada 2019 r.¹¹ Zdaniem sądu art. 59 u.p.p. dotyczy wyłącznie celowych i zaplanowanych działań podmiotów leczniczych lub zdarzeń naruszających prawa pacjentów, które podmiot leczniczy mógł przewidzieć, a mimo to godził się na ich powstanie. Sąd nie zgodził się ze stanowiskiem Rzecznika, zgodnie z którym, dla stwierdzenia bezprawności działania lub zaniechania podmiotu, bez znaczenia pozostaje strona podmiotowa czynu i nie ma podstaw prawnych do stosowania konstrukcji winy umyślnej. Jest to bowiem sprzeczne z użytym przez ustawodawcę w art. 59 ust. 1 pkt. 1 u.p.p. zwrotem „zorganizowane działania lub zaniechania (...) mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw”. Naczelny Sąd Administracyjny w orzeczeniu z dnia 23 lutego 2021 r.¹², przyjął jednak wąskie rozumienie bezprawności, stwierdzając, iż: „przy wykładni przesłanek, których wystąpienie stanowi praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nie ma podstaw prawnych, do stosowania przepisów prawa karnego, w tym konstrukcji prawnej winy umyślnej. Naruszeniem praw pacjentów jest zatem takie działanie, które narusza prawa pacjentów ustanowione w art. 8 u.p.p. Działania organizatorskie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które pozbawiają podmiot zdolności do realizacji tego prawa pacjenta przez niezapewnienie obsady personalnej jest praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjenta. Naczelny Sąd Administracyjny podziela stanowisko skarżącego kasacyjnie, że wcześniej zaplanowana i systematycznie przeprowadzana ogólnopolska akcja protestacyjna nie była zdarzeniem nieprzewidywalnym, a tym samym nie stanowiła rodzaju siły wyższej”.

¹¹ VII SA/Wa 2238/19.

¹² II OSK 424/20.

Podobnie sądy administracyjne orzekały również w innych sprawach dotyczących nienależytej obsady lekarskiej lub pielęgniarskiej. W swych decyzjach Rzecznik Praw Pacjenta zdaje się skupiać na:

- niespełnieniu przez podmiot leczniczy standardów obsady medycznej wynikających z aktu prawa stanowionego,
- fakcie nieudzielenia świadczenia zdrowotnego uprawnionemu do tego pacjentowi, zwłaszcza w realiach stanu nagłego.

Poza sferą zainteresowania pozostają najczęściej przyczyny takiego stanu rzeczy oraz strona podmiotowa czynu. Przykładowo, w sprawie zakończonej wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 14 października 2020 r.¹³, Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził, iż podmiot leczniczy nie zapewnił właściwej obsady lekarzy na oddziale Chirurgii Ogólnej oraz na Oddziale Pediatricznym z Pododdziałem Neonatologicznym oraz obsady w ZOL, w zakresie minimalnych norm zatrudnienia lekarzy, psychologów lub psychologów posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej. Ograniczenia w obsadzie kadrowej wystąpiły ze względu na wypowiedzenie przez część lekarzy tzw. klauzuli opt-out, czyli postanowienia umowy o pracę przewidującego możliwość wyznaczenia dłuższych dyżurów niż przewidziane w umowie. Zmniejszenie liczby lekarzy nie wynikało bezpośrednio z decyzji szpitala. Trudno więc mówić o intencjonalnym pozbawieniu pacjentów praw lub ograniczeniu tych praw. Tym bardziej trudno oceniać, iż działania te zostały podjęte celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Wspomniane czynniki zostały jednak pominięte w orzeczeniu Naczelnego Sądu Administracyjnego, który stwierdził, iż: „Ocena zapewnienia praw pacjentom w systemie ratownictwa medycznego wymagała poddania kontroli zatrudnienia lekarzy, którzy z uwagi na szczególne warunki Centrum Urazowego będą zdolni do udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo. Liczba zatrudnionych lekarzy tworzących skład zespołu urazowego powinna być wymierna do zapewnienia ciągłości świadczeń”. Sama utrata zdolności operacyjnej zdaje się przemawiać za zakwalifikowaniem zachowania podmiotu leczniczego jako bezprawnego.

W podobny sposób Rzecznik Praw Pacjenta oceniał wszystkie przypadki nieudzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentowi, który był do takiego świadczenia uprawniony w sposób niezwłoczny. W szczególności uwaga ta dotyczy przypadków nieudzielenia pomocy pacjentom w tzw. stanach nagłych. W sprawie zakończonej wyrokiem Naczelnego

¹³ II OSK 840/20.

Sądu Administracyjnego z dnia 17 stycznia 2017 r.¹⁴, Rzecznik zajmował się sytuacją, w której szpital odmówił świadczeń zdrowotnych ośmioletniemu dziecku z urazem wielonarządowym i dominującymi objawami ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego, który został poszkodowany w wypadku komunikacyjnym. Pacjent został przekazany do innej placówki. Decyzję uzasadniono zwiększoną obsadą lekarzy neurochirurgów pełniących tego dnia „dyżur neurochirurgiczny” w innym szpitalu. Po kilku godzinach od przetransportowania dziecko zmarło. Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 2 u.p.p.). Naczelny Sąd Administracyjny, przychylając się do stanowiska Rzecznika uznał, iż „(...) skoro pacjent wymagający natychmiastowej pomocy został przetransportowany do Szpitala i znalazł się na płycie lotniska przy Szpitalu – nawet jeśli było to wynikiem błędnego działania koordynatora ratownictwa medycznego – obowiązkiem Szpitala było udzielenie mu niezwłocznie pomocy medycznej niezależnie od tego, czy Szpital pełnił w tym dniu tzw. ostry dyżur czy nie”. Ponadto, sąd podkreślił, że „Działania organizatorskie pozbawiające podmiot leczniczy zdolności do realizacji podstawowego obowiązku udzielania natychmiastowego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia jest praktyką bezprawnego zorganizowanego działania, jak i zaniechania naruszającego zbiorowe prawa pacjentów”.

Aprobując stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta oraz Naczelnego Sądu Administracyjnego wyrażone w ostatniej z przytoczonych spraw, podkreślić należy, iż w ocenie autorów, w tym przypadku należy mówić o zachowaniu zarówno bezprawnym, polegającym na nieudzieleniu świadczenia zdrowotnego pacjentowi w stanie zagrożenia życia, jak i subiektywnie zawinionym, poprzez świadome i planowane pozbawienie się zdolności do udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Sądy administracyjne nie zawsze jednak pomijały stronę podmiotową czynu, o czym świadczy chociażby wypowiedź zawarta w orzeczeniu Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w którym to, dnia 17 marca 2016 r.¹⁵ sąd stwierdził „Naruszenie zbiorowych praw pacjenta wymaga zatem spełnienia określonych przesłanek: bezprawności, zorganizowanego działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w celu pozbawienia pacjenta praw lub ich ograniczenia. (...) Praktyka określona w art. 59 ust. 1 pkt 1 ma polegać na zachowaniu bezprawnym oraz zorganizowanym. Bezprawność to zachowanie

¹⁴ II OSK 2619/16.

¹⁵ VII/Wa 2766/15.

sprzeczne z prawem, zasadami współżycia społecznego lub niedopełnienie obowiązku wynikającego z normy prawnej, orzeczenia sądowego lub zobowiązania (...). Dyspozycja art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazuje na zorganizowany charakter działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które mają na celu pozbawienie praw pacjentów. Przesłanka zachowania zorganizowanego kładzie nacisk przede wszystkim na zaplanowanie czegoś i przeprowadzenie jakiegoś działania lub powstrzymanie się od jakiegoś działania. Do uznania „celowości” działania lub zaniechania wystarczy, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych co najmniej przewiduje, iż jego zachowanie doprowadzi do naruszenia praw pacjentów i na to się godzi. Zakaz stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów ma charakter bezwzględny i wynika z samej ustawy (art. 59 ust. 2 ww. ustawy)”.

Autorzy niniejszego opracowania podzielają stanowisko wyrażone w ostatnim z przytoczonych wyroków. Najwierniej koresponduje ono bowiem z całością normy prawnej zawartej w art. 59 u.p.p. Oczywiście, spór ten w wielu przypadkach pozostaje czysto akademicki, trend swojej obiektywizacji przesłanek odpowiedzialności cywilnej jest bardzo wyraźnie widoczny w sektorze ochrony zdrowia¹⁶. Uwaga ta pozostanie aktualna również w przypadku spraw dotyczących ochrony praw pacjenta, gdzie sam fakt naruszenia porządku prawnego będzie często przesądzał nie tylko o bezprawności, ale również winie podmiotu leczniczego (np. rozpatrywane w orzecznictwie sądów administracyjnych nieprawidłowości w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, czy też stosowania monitoringu wizyjnego). Niemniej pozostają do wyobrażenia sytuacje, w których zachowanie podmiotu leczniczego jest wprawdzie niezgodne z szeroko rozumianym porządkiem prawnym, ale jednocześnie nie ma na celu pozbawienia lub ograniczenia praw pacjentów.

3. Zorganizowany charakter działania lub zaniechania

W praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych wielokrotnie dochodzi do przypadków naruszenia praw pacjenta. Geneza tych naruszeń jest bardzo złożona i jej szczegółowe omówienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. To, czym jednak różni się fakt jednostkowego, indywidualnego naruszenia prawa pacjenta, od naruszenia o charakterze

¹⁶ Szerzej zob.: M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa-Poznań 1972.

zbiorowym jest to, iż to drugie przybiera postać zorganizowaną. Naruszenie praw pacjentów jest konsekwencją nieprawidłowej organizacji podmiotu leczniczego jako całości, co często jest wynikiem określonej (nieprawidłowej) wizji zarządczej.

W momencie uchwalania ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wydawało się, że praktyczny zakres zastosowania omawianych przepisów będzie wąski, co wynikało z tego, iż w tamtych czasach obszary aktywności podmiotu leczniczego poddawane regulacji wewnętrznej były nieporównywalnie skromniejsze, niż ma to miejsce dzisiaj. Procesy zmierzające do poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów, działania proakredytacyjne oraz poszerzający się zakres regulacji funkcjonowania podmiotów leczniczych skutkuje tym, że dzisiaj coraz więcej sfer aktywności szpitali i innych placówek ochrony zdrowia podlega coraz szerszej regulacji wewnętrznej. Na porządku dziennym pozostają dokumenty wewnętrzne, procedury skrupulatnie organizujące pracę osób wykonujących zawody medyczne w ramach poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego. Oczywiście takie podejście w dość skuteczny sposób unifikuje funkcjonowanie podmiotów ochrony zdrowia. Z drugiej jednak strony, należy mieć na uwadze fakt, iż nieprawidłowo przygotowana procedura wewnętrzna w sposób bezprawny organizuje sytuację pacjentów, którzy znaleźli się w stanie faktycznym opisanym przez ten dokument. Jeżeli więc, mamy do czynienia z wadliwie przygotowanym formularzem świadomej zgody na określony zabieg np. ortopedyczny, to należy zdawać sobie sprawę, że dokument ten zostanie przedstawiony każdemu pacjentowi, korzystającemu z pomocy pracowników oddziału, w którym zabieg ten ma być wykonywany. Jeżeli procedura wewnętrzna w sposób bezprawny przewiduje np. pobieranie niedozwolonych lub zawyżonych opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, to pamiętajmy, iż dokument ten w sposób niedozwolony organizuje pracę komórki odpowiedzialnej za udostępnianie dokumentacji medycznej osobom uprawnionym. Źródłem owego zorganizowania, tak bezprawnego, jak i prawnie akceptowalnego, jest więc najczęściej nieprawidłowo skonstruowany lub stosowany dokument wewnętrzny. Niemniej zdarzają się również sytuacje, gdzie w trakcie prowadzonego postępowania, organ dochodzi do wniosku, że w danym podmiocie leczniczym, utrwalił się niepisany zwyczaj postępowania, które należy zakwalifikować jako działanie lub zaniechanie o charakterze bezprawnym. Dobrym przykładem tego rodzaju nieformalnych zwyczajów organizacyjnych są sprawy dotyczące monitoringu wizyjnego stosowa-

nego w podmiotach leczniczych. W jednej z pierwszych takich spraw, Rzecznik analizował przypadek stosowania w gabinetach lekarskich przychodni kamer umożliwiających odbiór obrazu i dźwięku, jego rejestrację, odtwarzanie lub przetwarzanie. Kamery były skierowane na drzwi wejściowe i poczekalnie. Ponadto, zamontowano je w gabinetach lekarskich, gdzie miały obejmować obraz drzwi wejściowych od wewnątrz wraz z fragmentem podłogi. Podczas kontroli okazało się jednak, że obraz z kamer obejmował również pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 29 czerwca 2015 r.¹⁷ stwierdził, iż: „Zasadnie Rzecznik Praw Pacjenta nakazał podjęcie działań niezbędnych do usunięcia z gabinetów lekarskich kamer, bowiem takie działanie jest niezbędne do zaniechania stosowania przedmiotowej praktyki, która narusza zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności. Na powyższą ocenę nie ma wpływu cel zainstalowania kamer w gabinetach lekarskich w przychodni, a także rodzaj zainstalowanych kamer i częstotliwość ich używania”. W innej sprawie kamery zainstalowane zostały w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i rejestrowały proces realizacji świadczeń zdrowotnych, które udzielane były przez trzy różne osoby z personelu medycznego, które nie podjęły próby zasłonięcia parawanu. Nadto, na zapisie z kamer widać, jak dwóm, świadomym pacjentom jednocześnie udzielane są świadczenia zdrowotne w tym samym pomieszczeniu bez odgródzenia ich od siebie parawanami. Także w tym wypadku, zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie, czytelne określenie przedmiotu obowiązku nałożonego na podmiot leczniczy w postaci: usunięcia monitoringu z pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, stosowania parawanów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych na tym oddziale, złożenia oświadczenia o przeproszeniu pacjentów, którzy mogli być monitorowani w pomieszczeniach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego podmiotu leczniczego od 29.05.2015 r., jak również poinformowania o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów i usunięcia skutków naruszenia wykluczało zasadność argumentacji skarżącej o braku konkretnych wytycznych umożliwiających wykonanie decyzji¹⁸. Nie sposób nie odnieść wrażenia, iż sprawy dotyczące stosowania monitoringu wizyjnego były rozpatrywane przez Rzecznika w sposób dość

¹⁷ VII SA/Wa 787/15.

¹⁸ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 maja 2017 r., sygn. II OSK 582/17.

przypadkowy, a osobom zarządzającym podmiotami leczniczymi trudno było, z dotychczasowych decyzji, wysnuć precyzyjne wnioski dotyczące dopuszczalności stosowania tejże aparatury. Przełom w tym zakresie nastąpił w roku 2020, w sprawie dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w salach operacyjnych i zabiegowych, na których zainstalowane były kamery, bez informowania o tym fakcie pacjentów i bez ich zgody na monitorowanie. Zdaniem Rzecznika taka praktyka naruszała zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności. Tym razem jednak Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 25 lutego 2020 r.¹⁹ doprecyzował, iż: „Stosowanie monitoringu, bez potrzeby pytania pacjenta o zdanie, jest dopuszczalne wszędzie tam, gdzie przepis szczególny na to zezwala. W pozostałych przypadkach wymagana jest zgoda pacjenta”. Podążając tym tokiem rozumowania, Rzecznik Praw Pacjenta zdaje się oczekiwać od podmiotu leczniczego stosującego monitoring wizyjny:

- posiadania procedury postępowania w związku z monitoringiem
- informowania pacjentów o zainstalowanych kamerach przed udzieleniem im świadczeń,
- pobierania zgód na monitorowanie,
- wyłączenia monitoringu na czas udzielania świadczeń pacjentom, którzy zgód nie udzielili lub nie są w stanie (nieprzytomni, bez kontaktu logicznego itp.),
- udzielania upoważnień personelowi szpitala w kwestii dostępu do monitoringu lub bieżącej obserwacji.

Omawiając zagadnienie monitoringu wizyjnego w podmiocie leczniczym warto przy tym wskazać na treść art. 23 a ustawy o działalności leczniczej, uchwalonego już po wydaniu cytowanych orzeczeń. Zgodnie z przywołanym przepisem, kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,
- w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

¹⁹ Wyrok NSA z dnia 25 lutego 2020 r., sygn. II OSK 3837/19.

Nagrania obrazu uzyskane w drodze monitoringu, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania, a następnie uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Jak widać z przytoczonych stanów faktycznych zarzut bezprawnej organizacji podmiotu leczniczego może nastąpić po analizie aktów wewnętrznych regulujących pracę placówki medycznej, lub też w następstwie skrupulatnego odtworzenia stanu faktycznego, który wystąpił w danej sprawie.

4. Praktyka polegająca na działaniu lub zaniechaniu

Poza omówionymi już sprawami dotyczącymi stosowania monitoringu wizyjnego oraz prowadzenia określonej polityki kadrowej, Rzecznik Praw Pacjenta wielokrotnie wydawał decyzje w sprawach związanych m.in. z udostępnianiem dokumentacji medycznej. Także tam, praktyka naruszająca zbiorowe prawa pacjentów polegała zazwyczaj na wdrażaniu rozwiązań organizacyjnych niezgodnych z wymogami prawa (pobieranie zawyżonych opłat, wprowadzanie dodatkowych wymogów, które powinna spełnić osoba ubiegająca się o udostępnienie dokumentacji medycznej). Przykładowo Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 8 września 2016 r.²⁰, stwierdził, iż „Naruszeniem przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prawa pacjenta jest ograniczenie formy składania żądania udostępnienia dokumentacji medycznej. Ustawa z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 23, art. 26 ust. 1 oraz art. 27 nie daje bowiem podstaw do wyprowadzenia ograniczenia formy żądania. Wybór formy żądania, w tym podstawowej formy – formy ustnej – należy do pacjenta. Wyłączenie tej formy stanowi zatem naruszenie zbiorowych praw pacjentów”²¹. W innej sprawie podmiot leczniczy udostępniał dokumentację medyczną po złożeniu wniosku w formie pisemnej, mailowej bądź telefonicznej. Ze względu na akcję protestacyjną, nie było jednak możliwe złożenie wniosku osobiście w siedzibie placówki me-

²⁰ II OSK 1134/16.

²¹ Naruszeniem zbiorowych praw pacjentów jest również uzależnienie udostępnienia dokumentacji medycznej od wypełnienia przez pacjenta lub osobę upoważnioną wniosku na formularzu stosowanym przez podmiot leczniczy. Por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 maja 2017 r., sygn. VII SA/Wa 585/17.

dycznej. Także w tej sprawie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stwierdził: „Przepisy prawa nie określają jednak w jaki sposób pacjent może złożyć powyższy wniosek. Zatem, zdaniem Sądu, należy uznać, że wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać złożony w dowolny sposób, w szczególności pacjent może udać się do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i osobiście złożyć taki wniosek. Podkreślić należy, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może ograniczać sposobu przyjmowania wniosków o udostępnienie tej dokumentacji jedynie do formy pisemnej bądź elektronicznej”²². W kolejnej sprawie Rzecznik zarzucił podmiotowi leczniczemu, że ten udostępnia dokumentację medyczną wyłącznie osobom upoważnionym na podstawie pełnomocnictwa z notarialnie lub urzędowo poświadczonym podpisem pacjenta. Alternatywnie podmiot wymagał od pacjenta złożenia upoważnienia w innej formie w obecności prawnika upoważnionego do wydania kopii dokumentacji medycznej. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, podtrzymując stanowisko Rzecznika stwierdził: „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie uzależnia ważności lub skuteczności upoważnienia do dokumentacji medycznej od wymogu innej formy szczególnej, a nawet wymogu formy pisemnej. Oznacza to, że przedmiotowe upoważnienie może być udzielone nawet ustnie np. w obecności lekarza. Negowanie ważności pisemnego upoważnienia do dokumentacji medycznej i stawianie wymogu formy aktu notarialnego wbrew brzmieniu ustawy jest bezzasadne i niedopuszczalne. Prawo wglądu do dokumentacji medycznej nabywa konkretna osoba na podstawie upoważnienia złożonego przez pacjenta ustnie lub pisemnie”²³.

Nieco rzadziej Rzecznik Praw Pacjenta stwierdzał, iż do naruszenia zbiorowych praw pacjenta dochodziło poprzez zaniechanie podjęcia działań (np. nieudostępnianie dokumentacji medycznej w przewidzianym terminie lub całkowitą odmowę jej udostępnienia). Przykładowo, Naczelny Sąd Administracyjny w orzeczeniu z dnia 12 grudnia 2017 r.²⁴ rozpoznawał sprawę podmiotu leczniczego, który stosował zapis procedury wewnętrznej, na podstawie, którego osoba przyjmująca wniosek informowała pacjenta o czasie oczekiwania na dokumentację medyczną (nie

²² Orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 marca 2016 r., VII SA/Wa 2766/15.

²³ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 1 września 2015 r. VII SA/Wa 1189/15. Zob. też decyzję Rzecznika Praw Pacjenta o numerze znaku sprawy: RzPP-ZPR.45.35.2015.ANA.MSZU.

²⁴ II OSK 2188/17.

dłużej niż 7 dni). NSA zauważył, że: „Wyznaczenie terminu nie później niż w ciągu 7 dni pozwala na stosowanie tego terminu jako reguły, naruszając prawo do udostępnienia dokumentacji bez zbędnej zwłoki. Indywidualne przypadki koniecznego wydłużenia terminu udostępnienia dokumentacji medycznej nie dają podstaw do wyprowadzenia odstępstwa od regulacji powszechnie obowiązującej przyznającej prawo do udostępnienia bez zbędnej zwłoki”. W orzeczeniu Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2016 r.²⁵, czytamy: „Dopuszczenie zwłoki z przyczyn braku dostatecznej organizacji podmiotu leczniczego wykonania obowiązku wobec pacjentów, którym udzielane są świadczenia jest nie do przyjęcia. Przesłankę „bez zbędnej zwłoki” należy odnieść tylko do potrzeby podjęcia czynności przygotowania dokumentacji medycznej, której przygotowanie nie jest związane z podjęciem złożonych czynności, jako że podmiot udzielający świadczeń ma obowiązek przechowywania dokumentacji. W zasadzie bez zbędnej zwłoki związane jest z obowiązkiem udostępniania tej dokumentacji niezwłocznie, zważywszy na sposób jej udostępnienia uregulowany w art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”²⁶.

Warto w tym miejscu zasygnalizować, że duży obszar praktyk polegających za powstrzymywaniu się przez podmiot leczniczy od nałożo-

²⁵ II OSK 1247/16.

²⁶ Analogicznie na tle podobnego stanu faktycznego: Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w orzeczeniu z dnia 22 lipca 2016 r., sygn. II OSK 502/16. W sprawie zakończonej wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 maja 2016 r., sygn. II OSK 117/16, , ponownie stwierdzono, że: „Zapis regulaminu o dostępie do dokumentacji medycznej w terminie 3 dni jest sprzeczny zarówno z przepisami ustawy, jak i § 78 ust. 1 rozporządzenia, naruszając prawa pacjentów z ochrony życia i zdrowia. Stanowi to naruszenie zbiorowego prawa pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki. Niejasny zapis regulaminu co do terminu, co wykazano w skardze kasacyjnej, narusza zbiorowe prawa pacjenta. Zapisy regulaminu nie mogą budzić wątpliwości interpretacyjnych, które otworzą możliwość naruszenia zbiorowych praw pacjentów”. Tym samym podtrzymany został wyrok sądu I instancji, w którym dokonano wykładni pojęcia terminu „bez zbędnej zwłoki”; „Termin „bez zbędnej zwłoki” powinien być uzależniony od sposobu udostępnienia dokumentacji medycznej przewidzianej w art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zasadnie Rzecznik Praw Pacjenta wskazał, że jeżeli pacjent żąda dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a nie ma żadnych wątpliwości co do jego tożsamości, to nieuzasadnione jest oczekiwanie przez niego aż 3 dni na załatwienie jego wniosku. Tym samym dochodzi do „zwłoki” w udostępnieniu dokumentacji medycznej. Termin 3 dni nie jest tożsamy z terminem „bez zbędnej zwłoki”, a ogórne określenie terminu udostępnienia dokumentacji medycznej jest sprzeczne z przepisem § 78 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania”.

nych na niego obowiązków stanowią sprawy dotyczące nieudzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta upoważnionym osobom bliskim. Od lat obserwujemy dynamicznie postępującą cyfryzację relacji międzyludzkich. Kontakty coraz częściej przybierają postać zdalną i realizowane są przy pomocy nowoczesnych narzędzi pozwalających komunikować się na odległość. Tradycyjną rozmowę twarzą w twarz, zastępuje nie tylko dialog telefoniczny, ale również ten realizowany przy pomocy komunikatorów internetowych, czy poczty elektronicznej. Te procesy docierają również do podmiotów leczniczych, budząc konsternację po stronie osób wykonujących zawody medyczne. Należy jednak pamiętać, że komunikacja zarówno z pacjentem, jak i jego bliskimi, jest reglamentowana prawnie, i nie podlega dowolnej ewolucji, tak jak ma to miejsce w przypadku pozostałych relacji międzyludzkich. Z drugiej strony, polskie prawo medyczne zdaje się nie nadążać za postępującymi zmianami. Przykładowo, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie reguluje wprost problematyki udzielania informacji medycznej na odległość (rozmowa telefoniczna, video-rozmowa itp.), jednocześnie nakładając na pracownika medycznego obowiązek udzielania informacji uprawnionej osobie bliskiej o stanie zdrowia pacjenta. Warto w tym miejscu przytoczyć „Wytoczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość”²⁷, wydane pod koniec 2020 r. przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz Urząd Ochrony Danych Osobowych. W komunikacie prasowym z dnia 1 grudnia 2020 r. czytamy: „Normy prawne określają osoby uprawnione oraz sytuacje w jakich mogą one uzyskać dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Natomiast wypracowane wytyczne zawierają rekomendowane rozwiązania, które pozwolą na realizację prawa osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość z uwzględnieniem praw pacjenta oraz zasad wynikających z regulacji dotyczących ochrony danych osobowych. W dobie trwającej epidemii oraz wprowadzanych ograniczeń w realizacji praw pacjenta należy poszukiwać alternatywnych możliwości przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom do tego uprawnionym, w szczególności z wykorzystaniem możli-

²⁷ Rzecznik Praw Pacjenta, Urząd Ochrony Danych Osobowych, Wytoczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość, RzPP-DSD.420.74.2020, <https://www.gov.pl/web/rpp/wytoczne-dotyczace-realizacji-prawa-do-informacji-przez-osoby-uprawnione-na-odleglosc> (dostęp: 23 sierpnia 2022 r.).

wości, jakie dają nam nowe technologie”²⁸. W ocenie piszących te słowa zignorowanie postulatów przewidzianych w przytoczonych wytycznych również może zostać zakwalifikowane jako przypadek naruszenia zbiorowych praw pacjentów.

5. Praktyka uderzająca w uprawnienia wszystkich pacjentów lub określonych grup pacjentów

Praktyka naruszająca zbiorowe prawa pacjenta powinna mieć charakter generalny i być nakierowana na bliżej niesprecyzowaną, pojmowaną abstrakcyjnie grupę pacjentów rozumianych jako swoista zbiorowość (np. pacjenci szpitala powiatowego, chorzy leczeni na oddziale urologicznym, lub mieszkańcy określonej miejscowości, chorzy wobec których stosowany jest przymus bezpośredni)²⁹. Jest to wymóg bezpośrednio związany z zorganizowanym charakterem działania lub zaniechania podmiotu leczniczego. Chodzi więc o to, by funkcjonowanie placówki medycznej zostało zorganizowane w sposób bezprawny, który nie uderza tylko w sytuację jednostki, ale jednocześnie narusza prawo całej zbiorowości.

Mając na uwadze, iż źródłem nieprawidłowości są najczęściej określone akty wewnętrzne regulujące pracę podmiotu leczniczego (np. procedury obowiązujące w danej komórce organizacyjnej, dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej, regulujące odwiedziny w szpitalu), stosunkowo łatwo przewidzieć sytuację, w której w sposób bezprawny regulują one sytuację całych grup pacjentów, np. jeżeli w oddziale dziecięcym funkcjonuje nieprawidłowa procedura udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom małoletnim, ignorująca prawo przedstawiciela ustawowego, to w naturalny sposób ingeruje ona w sytuację prawną każdego pacjenta, który potencjalnie miałby zostać poddany procedurze w tym oddziale. Jeżeli kontrolowany podmiot leczniczy, działający na podstawie wadliwie skonstruowanej procedury wewnętrznej, pobrał zawyżoną lub niedopuszczalną opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej, to najprawdopodobniej w analogiczny sposób zachowa się w przypadku pozostałych pacjentów występujących z takimi wnioskami.

²⁸ <https://uodo.gov.pl/pl/138/1787> (dostęp: 23 sierpnia 2022 r.).

²⁹ U. Drozdowska, M. Śliwka, *op. cit.*, s. 30.

6. Podsumowanie

Przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta funkcjonują już ponad 13 lat. Przez ten czas Rzecznikowi Praw Pacjenta oraz sądom administracyjnym udało się wykonać najtrudniejsze zadanie jakim było uchwycenie istoty omawianej instytucji.

Uwagi podniesione w niniejszym opracowaniu absolutnie nie umniejszają ogromnego wysiłku organizacyjnego podjętego przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Przeciwnie, coraz powszechniejsze stosowanie omówionych przepisów, w istotny sposób poprawiło sytuację polskich pacjentów oraz wpłynęło na rozliczne działania korekcyjne wdrożone przez polskie podmioty lecznicze. Debata o kierunkach kontrolnych realizowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta umożliwiła placówkom medycznym wcześniejszą zmianę procedur, co z kolei ma bardzo istotne znaczenie prewencyjne.

Bibliografia

1. Bagińska E., (w:) M. Nesterowicz (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Komentarz, Warszawa 2009.
2. Bujny J., Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem, Warszawa 2007.
3. Drozdowska U., Śliwka M., Analiza statusu prawnego Rzecznika Praw Pacjenta – zagadnienia wybrane, Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych 2015, nr 3(47).
4. Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Komentarz, Warszawa 2012.
5. Nesterowicz M., Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy, Warszawa-Poznań 1972.
6. Śliwka M., Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawoporównawczym, Toruń 2010.
7. Zieliński P., Ochrona zbiorowych praw pacjentów, Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania UKW 2013, t. 4.

Practices violating collective patient rights in the jurisprudence of administrative courts

Abstract

The Act on Patients' Rights and the Patient's Rights Ombudsman was passed on November 6, 2008. At that time, one of the significant novelties was the provisions on conducting proceedings in cases of practices violating so called collective patient's rights. The new regulations, at the time of their enactment, became the subject of interesting doctrinal disputes. In recent years, we have also observed the development of the jurisprudence of administrative courts examining complaints against decisions issued by the Ombudsman for Patients' Rights.

The purpose of this paper is to discuss the current state of administrative courts jurisprudence.

Key words

The Ombudsman for Patients' Rights, practices violating so called collective patient's rights, administrative courts jurisprudence.