Dr hab. Agnieszka Krawczyk, prof. UŁ
Katedra Postępowania Administracyjnego
i Sądowej Kontroli Administracji
Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytet Łódzki

Łódź, 18.03.2022 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej

Pani magister Pauliny Gruszki pt. „Realizacja praw pacjenta w ochronie zdrowia", napisanej w Instytucie Nauk Administracyjnych na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego pod kierunkiem dr hab. Magdaleny Tabernackiej prof. UWr.

1. Problematyka praw pacjenta w ochronie zdrowia należy obecnie do bardziej interesujących naukowo zagadnień. Wobec tego, że obszar ochrony zdrowia jest regulowany przez normy należące do różnych gałęzi prawa (prawo międzynarodowe, konstytucyjne, administracyjne, cywilne, karne) kompleksowa analiza problemu praw pacjenta i ich realizacji wymaga przeprowadzenia złożonych badań, wykraczających często poza pojęcia i konstrukcje typowe dla prawa administracyjnego. Mamy tu więc do czynienia z problemem o hybrydalnej naturze, problemem z pogranicza prawa publicznego i prywatnego, eksplorowanym dotąd przez naukę tylko w wąskim zakresie, wyznaczonym przez ramy konkretnej gałęzi prawa. Podjęcie nad nim badań i przeprowadzenie całościowej jego analizy uważam więc za w pełni uzasadnione i godne aprobaty.

Wzgląd na wspomniane ulokowanie norm regulujących prawa pacjenta w obszarze różnych gałęzi prawa rodzi nieuchronnie pytanie o naturę tych praw. Autorka rozprawy odpowiedź na to pytanie słusznie potraktowała jako podstawowy cel badawczy (wstęp, s. 9), ujmując go następująco: „czy prawa pacjenta mogą być uznane za prawa podmiotowe – a jeśli tak, to czy prawa te mają charakter publicznych, czy prywatnych praw podmiotowych". Prowadzona w tym celu analiza miała następnie doprowadzić do przedstawienia normatywnego modelu realizacji praw pacjentów, co wymagało ustalenia znaczenia wielu pojęć (takich jak „pacjent", „zdrowie", „świadczenie zdrowotne", „podmioty realizujące świadczenia zdrowotne", „realizowanie prawa") i związanych z tym koncepcji (środki ochrony praw pacjenta, etyczne aspekty wykonywania zawodów medycznych). Poczynieniu tych ustaleń sprzyjało postawienie kilku hipotez wyszczególnionych we wstępie.

2. Tak zakreślonym celom analizy odpowiada przyjęty w pracy dobór jej metod: metody dogmatycznej, której użycie przekonująco uzasadniono potrzebą ustalenia treści pojęć (i ich systematyzacji) oraz źródeł i wartości leżących u podstaw praw pacjenta, a także metody prawno-analitycznej, służącej poznaniu praw pacjenta jako zjawiska społecznego (wstęp, s. 13). Dobór metod badawczych nie budzi najmniejszych zastrzeżeń w świetle zarysowanych wcześniej celów pracy (charakter praw pacjenta i model ich realizacji).

3. Praca jest niezwykle obszerna – liczy 533 strony, co wynika z szerokiego spektrum poruszonych w pracy zagadnień oraz stopnia szczegółowości prowadzonych analiz. Układ opracowania jest w pełni prawidłowy. Składa się ono z sześciu rozdziałów, wstępu, zakończenia, wykazu literatury, wykazu aktów normatywnych, wykazu orzecznictwa, a także wykazu materiałów urzędowych i źródeł empirycznych oraz schematów. Imponująca jest liczba przypisów (ponad 1400), często dość obszernych, ale niezbędnych dla toku wywodów. Wykorzystana w pracy literatura (195 pozycji) obejmuje pozycje z zakresu dziedzin prawa regulujących kwestie tytułowego zagadnienia (głównie z zakresu prawa administracyjnego, konstytucyjnego, teorii prawa, ale także prawa cywilnego i karnego). Świadczy to o doskonałej znajomości przez Autorkę podjętej problematyki. Język pracy jest dojrzały, a tok wywodów – przejrzysty i zrozumiały. Strona redakcyjna opracowania nie nasuwa większych zastrzeżeń.

4. Rozkład zagadnień omawianych w poszczególnych częściach pracy został podporządkowany jej głównym celom. W rozdziale 1 (*Prawa pacjenta jako kategoria prawna*) Doktorantka przedstawiła m.in. pojęcie pacjenta, w tym typologię pacjentów, pojęcie zdrowia, świadczenia zdrowotnego i podmiotu świadczącego (wszystko to w celu ustalenia statusu pacjenta), pojęcie praw pacjenta, strukturę ich źródeł oraz zakres, przechodząc następnie do pojęcia praw podmiotowych. W tej części opracowania Autorka pokusiła się o sformułowanie własnej definicji praw pacjenta, ujmując je jako „skatalogowane w prawie powszechnie obowiązującym prawa podmiotowe o charakterze publicznoprawnym, jak i prywatnoprawnym wynikające z faktu posiadania przez jednostkę statusu pacjenta, zabezpieczone roszczeniem o realizację tych praw w zakresie nakreślonym przez ustawodawcę" (s. 47). Definicja ta jest niewątpliwie trafna, stanowiąc rozwinięcie przedstawianych dotąd w literaturze poglądów na istotę praw pacjenta, rozumianych jako „stosunek społeczny uregulowany przez normy prawne zarówno z obszaru norm prawa publicznego oraz prywatnego, które nie dają się rozgraniczyć, zaś skutki zastosowania obu rodzajów norm przenikają się wzajemnie" i które - w razie ich naruszenia - mogą być dochodzone przed wyraźnie w prawie określonymi podmiotami (D. Karkowska, *Pojęcie praw pacjenta*, w: D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, lex/el). Trafnie też zidentyfikowano źródła praw

pacjenta, zarówno w obszarze prawa krajowego, jak i międzynarodowego, zaliczając do nich również zasady deontologii i etyki zawodowej (s. 48-49).

Niezwykle istotne z punktu widzenia celów pracy było określenie zakresu praw pacjenta, co Autorka słusznie uczyniła nawiązując do normatywnego standardu ochrony praw jednostki w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych (s. 56 i n.), ujętego w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849). Rozdział 1 pracy zamykają ustalenia dotyczące charakteru praw podmiotowych pacjenta w ochronie zdrowia (s. 89). Punkt wyjścia rozważań stanowiło pojęcie publicznych praw podmiotowych w znaczeniu ustalonym przez doktrynę, rozumiane jako konstrukcja złożona z podmiotu (osoba spełniająca przesłanki określone w prawie powszechnie obowiązującym), adresata (państwo, jego organy) i przedmiotu (zachowanie się adresata w postaci zaniechania lub działania o charakterze faktycznym lub prawnym – s. 104). Po omówieniu pojęcia prywatnych praw podmiotowych (s. 105 i n.) Autorka podjęła próbę kwalifikacji prawa pacjenta do praw podmiotowych publicznych i prywatnych (s. 112).

W pełni trzeba zgodzić się z poglądem Doktorantki, że prawa pacjenta mają charakter publicznych praw podmiotowych (tak też m.in. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006, s. 271–272), jednak przez to, że sytuację prawną pacjenta wyznaczają też normy prawa prywatnego, prawa te należy zakwalifikować również jako prawa podmiotowe prywatne (tak też: M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008 oraz E. Bagińska w recenzji tej pracy – PiP nr 3/2009, s. 124). Wynika to oczywiście z faktu, że pacjent korzystając ze swych praw wchodzi w stosunki z rozmaitymi, zobowiązanymi do realizacji tych praw podmiotami – państwem i jego organami, a także innymi podmiotami, w tym osobami fizycznymi. Stąd prawa pacjenta niewątpliwie można określić jako prawa podmiotowe o charakterze mieszanym (s. 129).

5. Niezwykle interesujące (i doniosłe z punktu widzenia dalszych rozważań) ustalenia poczyniła Autorka w rozdziale 2 rozprawy (*Realizacja praw pacjenta w świetle zasady demokratycznego państwa prawnego*). Jak słusznie zauważyła, zasada demokratycznego państwa prawnego wyznacza standard relacji między państwem a jednostką (s. 130). Stąd w pełni uzasadnione jest postawione przez Doktorantkę pytanie, jak – z tego punktu widzenia – powinny być skonstruowane normy prawne wyznaczające treść praw pacjenta (s. 133). W tej części pracy analizie poddano przypadki niewłaściwej realizacji takich praw pacjenta, które aktualizują się w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, co niewątpliwie może stawiać pod znakiem zapytania wartości leżące u podstaw zasady zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa (s. 135). Do przypadków naruszenia tej konstytucyjnej zasady

Autorka zaliczyła m.in. sytuacje odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot świadczący z powołaniem się na ilościowe limity określone w umowach o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (zawartej między NFZ a świadczeniobiorcami) (s. 137 i n.) oraz powierzenie ministrowi do spraw zdrowia określenia w formie rozporządzenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych (s. 146-147). Z poglądami tymi nie sposób się nie zgodzić w świetle przekonujących wywodów Autorki poczynionych w nawiązaniu do orzecznictwa sądowego, ustaleń doktryny, a także własnych obserwacji praktyki, której problemy są Doktorantce doskonale znane (co wybrzmiewa w tym i wielu innych miejscach recenzowanej pracy).

Dalsza część rozważań została poświęcona realizacji praw pacjenta z punktu widzenia zasady sprawiedliwości społecznej (s. 152 i n.), zasady równości wobec prawa (s. 157 i n.), solidarności (s. 187 i n.), ochrony praw słusznie nabytych i prawnie uzasadnionych oczekiwań (s. 213 i n.), proporcjonalności (s. 221 i n.) i prawa do sądu (s. 236 i n.). Z pozytywną oceną Autorki spotkał się w zasadzie tylko poziom uwzględnienia przez ustawodawcę zasady sprawiedliwości społecznej, co przekonująco dowiodła w toku poczynionej w tym kontekście analizy przepisów o systemie zabezpieczenia społecznego (w tym dotyczących ochrony zdrowia). Stopień respektowania przez ustawodawcę większości pozostałych zasad konstytucyjnych spotkał się z uzasadnionymi zastrzeżeniami Doktorantki. Po pierwsze, jak słusznie zauważyła na s. 187 rozprawy, zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jako przejaw zasady równości wobec prawa odbiega od standardu międzynarodowego (o aktach go wyznaczających mowa szerzej w rozdziale 3 pracy). Podobnie za niewystarczające uznała Autorka działania ustawodawcy zobowiązanego do respektowania zasady solidarności. Analizując unormowania dotyczące obowiązku zapewnienia przez władze publiczne szczególnej opieki zdrowotnej, odnoszonej do dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku stwierdziła ona słusznie, że dostępność lecznictwa psychiatrycznego dzieci i młodzieży jest bardzo ograniczona (s. 193-194). W pełni podzielam też jej pogląd, że ze zdecydowanym sprzeciwem nauki powinna się spotkać regulacja ujęta w art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin. Zgodnie z jego treścią, z tytułu urodzenia się żywego dziecka, posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3, przyznaje się, na to dziecko, jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł. Zaświadczenie, o którym mowa, to zaświadczenie o ciężkich i nieodwracalnych upośledzeniach albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Według art. 10 ust. 4 ustawy, wniosek o wypłatę jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od

dnia narodzin dziecka, a wniosek złożony po terminie pozostawia się bez rozpoznania. W świetle tego przepisu jest jasne, świadczenia te nie przysługują, gdy upośledzenie lub chorobę zdiagnozowano u dziecka później, ma więc rację Autorka rozprawy, że takie rozwiązanie może naruszać (i – moim zdaniem – narusza) konstytucyjną zasadę równości oraz prawo matki do szczególnej pomocy władz publicznych (art. 71 ust. 2 Konstytucji RP). Z aprobatą więc należy się odnieść do sformułowanego w pracy postulatu zmiany tego przepisu z propozycją ujęcia go następująco: „Wniosek o wypłatę jednozrazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu" (s. 203). Podzielam też inne zastrzeżenia Doktorantki, dotyczące m.in. obowiązku równego traktowania osób starszych w dostępie do niektórych świadczeń opieki zdrowotnej i usług (s. 210), podobnie jak wniosek końcowy rozważań w tym zakresie, że większość poddanych analizie rozwiązań ma charakter bardziej programowy, pokazujący pożądane (a niekoniecznie efektywnie realizowane) kierunki działań władz publicznych na rzecz zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej (s. 213).

Za niezwykle istotne dla nauki i praktyki uważam ustalenia Autorki na temat realizacji praw pacjenta z punktu widzenia zasady proporcjonalności. Odnosząc użyte w art. 31 ust. 3 Konstytucji pojęcie „ograniczeń w zakresie korzystania (z konstytucyjnych praw i wolności)" do praw pacjenta Doktorantka stwierdziła, że ograniczenia te mają zróżnicowaną treść i można je podzielić na trwałe o charakterze powszechnym, przejściowe o charakterze powszechnym, trwałe o charakterze indywidualnym i przejściowe o charakterze indywidualnym (s. 223). Do ograniczeń trwałych o charakterze indywidualnym zaliczyła ona np. konieczność leczenia przymusowego (o czym mowa m.in. w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego). W dalszej części rozważań, analizując zakres konstytucyjnie dopuszczalnych ograniczeń praw pacjenta Autorka stwierdziła, że u podstaw niektórych ograniczeń tego rodzaju leży potrzeba ochrony wartości w postaci zdrowia publicznego. Do takich koniecznych z uwagi na jej ochronę ograniczeń zaliczyła np. obowiązki wymienione w art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (jak np. obowiązek poddawania się zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym, poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań, nadzorowi epidemiologicznemu, kwarantannie, leczeniu, hospitalizacji, izolacji, izolacji w warunkach domowych). Jak słusznie wskazała, realizacja tych obowiązków zabezpieczona jest możliwością zastosowania środków przymusu bezpośredniego

(s. 232). Wynika to z art. 36 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji obowiązkowej hospitalizacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków.

Pojawia się w związku z tym pytanie, czy ten środek przymusu bezpośredniego można zaliczyć do środków egzekucji administracyjnej, czy też należałoby go kwalifikować inaczej, np. jako samoistny środek uruchamiany w ramach szczególnego trybu stosowania przymusu bezpośredniego. Odpowiedź na to pytanie wydaje mi się ważna dla praktyki i interesująca z punktu widzenia celów pracy. Osobiście uważam, że mamy tu do czynienia z egzekucją administracyjną obowiązków niepieniężnych, tyle że zmodyfikowaną, dostosowaną do potrzeb ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zdaje się z tym przemawiać nawiązanie w art. 36 ustawy do wielu konstrukcji typowych dla postępowania egzekucyjnego w administracji, takich jak: nazwa środka egzekucyjnego, charakterystycznego dla egzekucji obowiązków niepieniężnych (przymus bezpośredni – art. 36 ust. 1 i ust. 5-6), możliwość zwrócenia się o pomoc do organów asystujących (lekarz lub felczer może zwrócić się do Policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej o pomoc w zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego - art. 36 ust. 3), nawiązanie do typowych dla egzekucji administracyjnej zasad ogólnych: zasady zagrożenia i zasady stosowania najmniej uciążliwego środka (przed zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek przymusu bezpośredniego ma być zastosowany, i fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej; przy wyborze środka przymusu bezpośredniego należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu środka przymusu bezpośredniego należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby – art. 36 ust. 4). Myślę, że rozważania zawarte w pracy warto było wzbogacić o ten wątek analizy.

6. Problem standardów międzynarodowych praw pacjenta, zasygnalizowany w rozdziale 2 opracowania, został rozwinięty w rozdziale 3 (*Realizacja praw pacjenta w świetle prawa międzynarodowego, prawa UE oraz prawa krajowego*). Wymieniono tu akty prawne wyznaczające ów standard, zaliczając do nich m.in. konstytucję WHO z 1946 r., Powszechną Deklarację Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, konwencję nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącą minimalnych norm zabezpieczenia społecznego, Europejską Kartę Społeczną, konwencję RE o ochronie

praw człowieka i godności ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (dotąd nieratyfikowaną przez Polskę). Katalog ten, wraz orzecznictwem ETPC, został przedstawiony w pracy w sposób wyczerpujący, a treść poddanych analizie regulacji dała podstawę do sformułowania trafnego wniosku, że granice ingerencji w wolność jednostki w ochronie zdrowia wyznacza prawo do prywatności i prawo do autonomii, rozumiane jako prawo do samodzielnie i świadomie wyrażonej zgody na zabieg leczniczy (s. 258). Podobną analizę przeprowadzono w odniesieniu prawa UE, przedstawiając rozwój prawodawstwa i orzecznictwa TSUE w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Wnioski tej analizy, sprowadzające się do stwierdzenia, że w prawie UE istnieje spójny system dający mniej niż dotychczas miejsca na niepewność prawną pacjentom korzystającym z transgranicznej opieki zdrowotnej (s. 273), znajdują wsparcie w literaturze przedmiotu (np. R. Stankiewicz, *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska. Przykład Polski*, Warszawa 2016, s. 357).

Ustalenia powyższe stanowiły punkt wyjścia dalszych rozważań, dotyczących oceny zgodności ze wspomnianymi standardami rozwiązań przyjętych w polskim porządku prawnym (czy jednak tytuł pkt 3.3. nie powinien brzmieć: „Realizacja praw pacjenta w prawie krajowym", ewentualnie, „w prawie polskim", zamiast „w prawie polskim krajowym"?). Na pełną aprobatę zasługują wnioski przeprowadzonej w tym zakresie analizy. Jak trafnie zauważyła Autorka, „realizacja podmiotowych praw pacjenta w prawie krajowym ma wymiar wielopłaszczyznowy, a zasady i sposób realizacji tych praw wyznaczają zarówno przepisy prawa publicznego, jak i prawa prywatnego", przy czym „instytucjonalne ramy prawne realizacji podmiotowych praw pacjenta wyznaczają zasadniczo przepisy prawa publicznego, natomiast przepisy prawa prywatnego pełnią (...) rolę uzupełniającą, tzn. inkorporowanie ich do ustaw z zakresu prawa publicznego pozwala realizować dyrektywy prawa publicznego przy wykorzystaniu instytucji prywatnoprawnych tam, gdzie to konieczne" (s. 311).

Interesujące – i zgodne, jak sądzę, z odczuciem społecznym – są wyniki oceny realizacji praw pacjenta w prawie krajowym. O ile ocena ta z aksjologicznego punktu widzenia wypada pozytywnie („ustawodawca uwzględnia pożądane w dziedzinie ochrony zdrowia wartości, takie jak: równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, adekwatną opiekę dla pacjentów szczególnych, konieczność ochrony godności i intymności pacjenta, zasadę jego autonomii, zasadę solidaryzmu społecznego, a także – co równie istotne – wolność prowadzenia działalności leczniczej"), o tyle z prakseologicznego punktu widzenia ocena Autorki nie jest już tak jednoznaczna. Ma ona rację, że państwo podejmując działania w systemie ochrony zdrowia powinno dążyć do stworzenia zupełnego i niesprzecznego systemu, wyposażonego w

mechanizmy jego ewaluacji i korekty (s. 312). Te ostatnie są czasem nieprzemyślane, o czym najlepiej świadczy przywołany przez Doktorantkę przykład zmian w procedurze ratunkowego dostępu do technologii lekowych (zgoda lekarza prowadzącego w miejsce zgody ministra ds. zdrowia wydawanej w formie decyzji administracyjnej, co po zmianie stanu prawnego w 2020 r. doprowadziło do spadku liczby wydanych zgód na leczenie – s. 313).

7. Niezwykle doniosłe z punktu widzenia celów pracy ustalenia poczyniono w rozdziale 4 (*System organizacyjny realizacji praw pacjenta*). Przedstawienie struktury podmiotów publicznych tworzących system ochrony zdrowia niewątpliwie ma znaczenie dla oceny, czy system ten sprzyja realizacji praw pacjenta (s. 318). W skład tej struktury wchodzą zarówno podmioty prawa publicznego, jak i prywatnego (minister ds. zdrowia, wojewoda, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy), przy czym elementem niezbędnym tego systemu jest sam pacjent, a ściślej jego współudział w procesie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (partycypacja w realizacji jego praw). Tego ostatniego aspektu nie można było pominąć z uwagi na przysługujące pacjentowi prawo do poszanowania intymności i godności (art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Słusznie więc wątek ten stał się przedmiotem analizy w kontekście sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (s. 375 i n.). Wnioski wysnute przez Autorkę rozprawy są trafne, choć nie są zaskakujące – jak słusznie zauważyła, prawa pacjenta nie są realizowane w wystarczającym stopniu, co wynika z głównie z braku kompleksowej realizacji monitoringu przestrzennego. Zdaniem Autorki, konieczna jest także kompleksowa restrukturyzacja budynków, przyjęcie systemowych rozwiązań skutkujących redukcją przeludnienia oddziałów szpitalnych oraz zmiana nastawienia osób wykonujących zawody medyczne lub w winny sposób zaangażowanych w realizację świadczeń zdrowotnych (s. 385). Wagę tego ostatniego aspektu podkreśla się również w orzecznictwie sądowym wskazując, że „na prawa pacjenta składa się prawo do poszanowania godności. Na prawo poszanowania godności składa się prawo do odpowiedniego kulturalnego, życzliwego stosunku do pacjentów, którym podmiot udziela świadczeń zdrowotnych. Obowiązek ten obejmuje nie tylko personel medyczny (lekarzy, pielęgniarki), ale każdego pracownika podmiotu leczniczego, a zwłaszcza zatrudnionego w rejestracji. Od tych czynności podejmowanych przez personel rejestracji pacjentów zależy dojście do świadczeń, kolejności udzielanych świadczeń. Podmiot leczniczy ma zatem obowiązek takiej organizacji pracy aby pacjent miał pełen dostęp do świadczeń, bez obawy o

odrzucenie, niechęć, wulgarne zachowanie. Naruszenie zbiorowych praw pacjentów obejmuje nie tylko wykonywanie czynności przez lekarzy, pielęgniarki, a całość organizacyjną umożliwiającą pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach sprawnej, kulturalnej obsługi" (wyrok NSA z dnia 20 marca 2019 r., II OSK 3727/18, CBOSA). Podzielając w pełni te poglądy należy z aprobatą odnieść się do sformułowanych przez Autorkę postulatów wdrożenia w ochronie zdrowia jednolitych procedur, których stosowanie powinno zwiększyć ochronę praw pacjenta na etapie udzielania świadczeń i korzystania z obiektów podmiotów wykonujących działalność leczniczą (s. 385).

8. W pełni też podzielam zapatrywania Autorki przedstawione w rozdziale 5 (*Autonomia pacjenta i podmiotu świadczącego w kontekście realizacji praw pacjenta*). W jego ramach poruszono szereg istotnych wątków, w tym pojęto próbę rozstrzygnięcia kolizji między interesem pacjenta realizującym prawo do ochrony zdrowia a prawem sprzeciwu sumienia osoby wykonującej zawód medyczny (s. 388 i n.). Z analizy tej, przeprowadzonej z uwzględnieniem orzecznictwa, literatury i obserwacji praktyki (a ściślej - nieprawidłowych praktyk placówek medycznych przyjmujących wewnętrzne „regulacje" tej kwestii) wynika trafny wniosek, że sytuacje odmowy udzielenia świadczeń pacjentowi przez lekarza z uwagi na sprzeczność oczekiwań pacjenta z wolnością sumienia lekarza powinny być uregulowane w prawie powszechnie obowiązującym, sama zaś klauzula sumienia powinna być wąsko i precyzyjnie rozumiana. Lekarzy należy przy tym zobowiązać do wskazania pacjentowi placówki, w której pacjent świadczenie uzyska. Z uwagi na brak wystarczających regulacji prawnych w tym zakresie Autorka widzi potrzebę podjęcia przez ustawodawcę odpowiednich działań legislacyjnych. Zgodzić się trzeba, że konieczne jest precyzyjne określenie warunków korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia i zapewnienie możliwości wniesienia odwołania od takiej decyzji lekarza, a także powołanie podmiotu odpowiedzialnego za gromadzenie informacji na temat dostępności świadczenia w innej placówce medycznej. Dopiero to może zagwarantować pacjentom realne możliwości skorzystania z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych (s. 402). Niewątpliwie także klauzula sumienia powinna być kompleksowo uregulowana w odniesieniu do wszystkich zawodów medycznych (s. 403).

Kolejny wątek analizy dotyczył autonomii pacjenta i będącej tego przejawem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (s. 405 i n.). Siłą rzeczy w tym kontekście pojawia się problem realizacji praw pacjenta w sytuacji niemożności uzyskania lub wyraźnego braku takiej zgody (s. 419). Regulacje prawne w tym zakresie zakładają możliwość interwencji medycznej (hospitalizacji), w tym z użyciem przymusu. Autorka zdaje się nie mieć do większości z nich zastrzeżeń, pod warunkiem ścisłej ich interpretacji (s. 423-429). Moim zdaniem jednak nie

wszystkie z tych przepisów są dostatecznie jasne, o czym wspominałam wcześniej na tle warunków stosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie art. 5 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

9. Ostatni rozdział pracy dotyczy środków ochrony prawnej przysługujących pacjentowi. W hybrydalnym systemie środków ochrony praw pacjenta dominującą rolę odgrywają środki administracyjnoprawne, spośród których na plan pierwszy wysuwa się działalność Rzecznika Praw Pacjenta. W ramach jego kompetencji Autorka słusznie wyróżniła działania zmierzające do ochrony pacjenta w sprawach indywidualnych oraz w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (s. 435). Postępowanie prowadzone przez Rzecznika jest postępowaniem administracyjnym (art. 54 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), stąd z aprobatą należy odnieść się do wywodów Autorki na temat charakteru prawnego „wyjaśnień" Rzecznika o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta, o czym mowa w art. 53 ust. 1 pkt 1 ustawy (decyzja administracyjna), a także dopuszczalności i potrzeby poddania ich kontroli sądów administracyjnych (s. 440), jak należy wnosić - nawet przed wejściem w życie przepisu art. 53 ust. 3a ustawy (dopiero od 11 maja 2017 r. stanowi on, że w przypadku utrzymania w mocy rozstrzygnięcia Rzecznika wydanego po rozpatrzeniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wnioskodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego). To samo dotyczy decyzji Rzecznika w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (art. 66 ustawy).

Równorzędny charakter ma sądowa ochrona praw pacjenta z tytułu naruszenia dóbr osobistych, co – rzecz jasna – nie wyklucza ochrony prawnokarnej (s. 456 i n.), uzupełniający zaś – środki nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodów medycznych sprawowanego przez samorządy zawodowe (odpowiedzialność dyscyplinarna). Autorka słusznie kwalifikuje tę ostatnią jako autonomiczny typ odpowiedzialności prawnej, łączący w sobie elementy prawa karnego, administracyjnego i cywilnego. W pełni podzielam jej pogląd, że jest to komplementarna ochrona praw pacjenta względem ochrony administracyjnoprawnej, cywilnoprawnej i prawnokarnej (s. 478). Słusznie też w ramach środków ochrony praw pacjenta Autorka umieściła alternatywne metody rozwiazywania sporów na tym tle (s. 479), co często – niestety – jest w literaturze pomijane. Ważne miejsce zajmuje tu mediacja (s. 485), której zalety słusznie eksponuje się w nauce prawa administracyjnego (zob. M. Tabernacka, *Negocjacje i mediacje w sferze publicznej*, Warszawa 2018, passim).

10. Przeprowadzona analiza doprowadziła Autorkę do trafnych wniosków (s. 492). Za najważniejsze z nich uważam ustalenia na temat charakteru praw pacjenta (zarówno publiczne, jak i prywatne prawa podmiotowe – s. 496) oraz systemu środków ochrony tych praw. Wynika

z nich niezbicie, że środki te są zróżnicowane i oferują różny poziom ochrony, obejmując środki ochrony sądowej i administracyjnej, a także alternatywne sposoby rozstrzygania sporów (s. 499). Efektem tej analizy była udana próba skonstruowania modelu realizacji praw pacjenta, na który składają się tożsamej wagi elementy w postaci: 1) aksjologicznych determinantów zakresu regulacji praw pacjenta, 2) ujęcia tych praw w prawie pozytywnym jako praw podmiotowych publicznych i prywatnych, 3) realizacji praw pacjenta w interesie indywidualnym i publicznym, 4) obowiązku władz publicznych tworzenia warunków prawnych i organizacyjnych realizacji praw pacjenta, 5) systemu środków ochrony praw pacjenta oraz 6) zapewnienia instrumentów ich ochrony w postaci środków ochrony indywidualnej i zbiorowej (s. 500).

Przeprowadzona w pracy analiza jest niezwykle szczegółowa i wyczerpująca, wzięto pod uwagę niemal wszystkie istotne aspekty tytułowego zagadnienia. Płynące z niej wnioski mają dużą doniosłość teoretyczną i praktyczną, które z pewnością należy uwzględnić w dyskusji na temat pożądanego kształtu modelu realizacji praw pacjenta w prawie polskim. Nie powinien ich zignorować przede wszystkim sam ustawodawca, który dzięki wysiłkom Doktorantki zyskuje przemyślane i odpowiednio uzasadnione propozycje rozwiązań wielu istniejących w praktyce problemów.

11. Reasumując stwierdzam, że recenzowane opracowanie spełnia wszystkie warunki przewidziane dla prac doktorskich, określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.) w zw. z art. 179 ust. 1 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669). Wnoszę tym samym o podjęcie dalszych czynności w przewodzie doktorskim.

Agnieszka Krawczyk