Dr hab. Michał Bartoszewicz

Wydział Prawa i Ekonomii

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy

Im. Jana Długosza w Częstochowie

Częstochowa, 10 kwietnia 2022 r

Recenzja rozprawy doktorskiej

Pani mgr 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. Wybór tematu rozprawy

Temat dysertacji można uznać za aktualny naukowo a jednocześnie mający poważne znaczenie z punktu widzenia realiów systemu ochrony zdrowia, oceny rzeczywistości w tej dziedzinie i postulatów wobec ustawodawcy. Prawo do ochrony zdrowia oraz podporządkowane mu zakresowo prawo do opieki zdrowotnej oraz do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych należą do tych praw, które z pewnością wymagają dla swego urzeczywistnienia dookreślenia przez ustawodawcę zwykłego i zbudowania sprawnego i rzetelnego systemu opieki zdrowotnej.

Dokładne zbadanie realizacji praw pacjenta wymaga analiz złożonych z punktu widzenia metodologicznego i rzeczowego. Nie byłoby wystarczające ograniczenie się do badań konstytucyjnoprawnych ani administracyjnoprawnych ponieważ pole badawcze wykracza poza ramy tych gałęzi prawa. Nawet z punktu widzenia leżącej w obrębie prawa konstytucyjnego teorii praw człowieka prawa pacjenta związane z ochroną zdrowia są złożone, jeśli chodzi o naturę prawną. Ze względu na oczekiwania pacjenta, i potencjalnego pacjenta, adresowane wobec państwa – nawet, jeśli zasadniczo inne niż państwowe jednostki prowadzą działania lecznicze - stworzenia odpowiedniego dostępu do infrastruktury

zdrowotnej, zapewnienia wystarczającego finansowania sfery ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń prawa badane przez Doktorantkę lokowane są w obrębie praw socjalnych. Leczenie ma jednak istotne znaczenie dla zachowania życia jako takiego, a prawo do życia należy do kategorii praw osobistych tak jak i wiele składników autonomii pacjenta. Perspektywa ta została uwzględniona. Co więcej, traktowanie realizacji praw pacjenta tylko na gruncie prawa publicznego nie wyczerpałoby całego spektrum zagadnienia bo niektóre elementy sytuacji pacjenta mogą być rozpatrywane z punktu widzenia prawa cywilnego m. in. w zakresie ochrony dób osobistych. Mgr Paulina Gruszka wybrała więc pole badań rozległe i wymagające dużego nakładu pracy. Wpłynęło to naturalnie na objętość pracy.

Sądzę, że spośród praw ekonomicznych prawo do ochrony zdrowia i podporządkowane mu prawa do opieki zdrowotnej oraz do świadczeń opieki zdrowotnej należą do najbardziej istotnych, wręcz newralgicznych społecznie. W starzejącym się społeczeństwie liczba pacjentów i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych zapewne będzie wzrastać. Zorganizowanie efektywnego, ale i „ludzkiego" systemu ochrony zdrowia jawi się jako jedno z ważniejszych zadań państwa. Ważne jest zorganizowanie dostępu do opieki zdrowotnej tak, by prawa pacjenta miały charakter rzeczywisty, a nie tylko formalny (por. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019). Wybór tematu rozprawy jest także istotny dla praktyki. Wydaje się, że prawo ochrony zdrowia nie okrzepło jeszcze w zastanych formach. Prawdopodobne będą dalsze reformy lub bardziej doraźne korekty systemu organizacyjnego ochrony zdrowia i myślę, że przynajmniej niektóre postulaty Autorki powinny być wzięte pod uwagę.

2. Cel rozprawy i zastosowana metodologia

Celem recenzowanej pracy doktorskiej było zbadanie, czy „pacjent realizujący swoje prawa ma możliwość aktywnego przedstawiania swoich roszczeń, oraz ustalenie zakresu podmiotów, którym roszczenia ta mogą być przedstawiane" a także „ustalenie, jaki jest charakter tych praw: publiczno – czy prywatnoprawny". Kolejnym celem było skonstruowanie normatywnego modelu realizacji praw pacjenta. Tak nakreślony kierunek badań wymagał umiejętnego posłużenia się kategoriami pojęciowymi, literaturą przedmiotu i orzecznictwem z obszaru różnych gałęzi prawa w sposób przekraczający niezbyt ostre granice między owymi gałęziami. Metody badawcze Autorka określiła posiłkując się pracą Franciszką Longchampsa „Z problemów poznania prawa", Wrocław 1968, która na pewno w

warstwie teoretycznej ma wciąż żywy oddźwięk w naukach prawnych i nauce administracji (niezależnie od jej odgórnego skreślenia z oficjalnego wykazu nauk).

Metodę dogmatyczną Autorka stosowała prawidłowo, dochodząc do najczęściej trafnych ustaleń o treści obowiązującego prawa stosując konceptualizację pojęć dotyczących pacjenta, ochrony zdrowia i świadczeń leczniczych i systematyzując szczegółowe uprawnienia mieszczące się w kategorii praw pacjenta.

Metoda prawno-analityczna została zastosowana dla oceny jak prawo w ochronie zdrowia służy realizacji praw pacjenta w celu wysunięcia odpowiednich postulatów pod adrsem ustawodawcy. To wymagało otwarcia na pewne pozasystemowe (pozaprawne) kryteria oceny obowiązującego prawa. Pod tym względem praca nie jest zła, ale pozostawia pewien niedosyt.

3. Systematyka rozprawy

Rozprawa składa się z sześciu rozdziałów oraz Wstępu i Zakończenia. Pierwszy rozdział zatytułowany „Prawa pacjenta jako kategoria prawna" definiuje prawidłowo kluczowe dla prawa medycznego terminy. Wyodrębniono w nim także różne kategorie pacjentów. Rozważono tu, jaki charakter normatywny mają prawa pacjenta, w szczególności czy są to prawa podmiotowe. Ten problem mógł być z metodologicznego punktu widzenia umieszczony w jednym z ostatnich rozdziałów po analizie treści poszczególnych praw i sposobów ich dochodzenia.

Rozdział drugi pt.: „Realizacja praw pacjenta w świetle zasady demokratycznego państwa prawnego" jest próbą ustalenia związków praw pacjenta z kompleksowo potraktowaną zasadą demokratycznego państwa prawnego z jej zasadami składowymi. Do ważniejszych materii należą tu realizacja przez ustawodawcę zasady ochrony zaufania oraz zasady proporcjonalności.

Trzeci rozdział pt.: „Realizacja praw pacjenta w świetle prawa międzynarodowego, prawa Unii Europejskiej oraz prawa krajowego" poza dość sprawozdawczym omówieniem odpowiednich norm prawnych z uwzględnieniem zasad dostępu do transgranicznych świadczeń zdrowotnych zawiera analizę orzecznictwa TSUE w badanej materii i w nieco mniejszym zakresie TSUE.

Rozdział kolejny nosi tytuł „System organizacyjny realizacji praw pacjenta" zbadano uwarunkowania instytucjonalne ochrony praw pacjenta, usystematyzowano wiedzę o

podmiotach odpowiedzialnych za konstrukcję systemu organizacyjnego oraz tych odpowiedzialnych za wykonywanie tych praw. Uwzględniono też partycypację pacjenta realizacji jego praw.

Rozdział piąty pt. „Autonomia pacjenta i podmiotu świadczącego w kontekście realizacji praw pacjenta" ogniskuje się wokół takich problemów jak: prawo do sprzeciwu sumienia osób wykonujących zawody medyczne, autonomii pacjenta oraz kwestii zgody pacjenta na leczenie albo jej braku.

Ostatni rozdział merytoryczny nosi tytuł „Środki ochrony prawnej pacjenta przed naruszeniem jego praw" dotyczy niemal całego spektrum metod owej ochrony prawnej poza skargą konstytucyjną, która moim zdaniem odgrywa mniejszą niż kiedyś rolę. Najwięcej uwagi poświęcono mechanizmom administracyjnoprawnym, ale w dużym zakresie zbadano też odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej podmiotów leczniczych.

Warto stwierdzić, że systematyka pracy jest udana na najwyższym piętrze - podziału na rozdziały. Kompozycja tekstu w rozdziałach nie jest całkowicie dobra. W wielu miejscach szczegółowe regulacje prawne bądź szczegółowe problemu podejmowane są przed zagadnieniami natury ogólniejszej.

4. Dobór i wykorzystanie źródeł

W pracy wykorzystano ponad 190 pozycji literatury, których dobór był dobry, adekwatny do celów i zakresu rozprawy. W bardzo dobrym stopniu posłużono się miarodajnym orzecznictwem, zwłaszcza sądów administracyjnych.

Autorka doktoratu wykazała się szczególną erudycją, jeśli chodzi o znajomość doktryny w dziedzinach prawa ochrony zdrowia, prawa administracyjnego i prawa cywilnego jednak zabrakło odniesienia się do niektórych publikacji z zakresu prawa konstytucyjnego, które bezpośrednio dotyczą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Warto było nawiązać do dwóch prac Sylwii Jarosz-Żukowskiej *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M.Jabłoński, Wrocław 2014 interesującej m. in. z powodu bogactwa argumentów za i przeciw odczytywaniu publicznego prawa podmiotowego z art. 68 ust. 2 ustawy zasadniczej oraz *Konstytucyjne prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych po wprowadzeniu „sieci" szpitali. Uwagi o racjonalności ustawodawcy*, Przegląd Prawa i Administracji CXX/1/2020 s. 159-174, który

dotyczy wprowadzenia w 2017 toku systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Opracowanie to jest ważne z punktu widzenia racjonalności prakseologicznej ustawodawcy i skutków „sieci szpitali" dla pacjentów.

W niektórych fragmentach pracy nawiązania do przedstawicieli doktryny są zbyt sprawozdawcze, niekiedy ornamentacyjne i w niewielkim stopniu rozwijające krytykę naukową (dotyczy to zwłaszcza podrozdziałów 1.1.2 do 1.4 i 2.1-2.4). W tych miejscach brak komentarza i przy okazji wyrażenia własnego stanowiska.

Autorce zdarzają się pewne potknięcia w sposobie sporządzania przypisów dolnych. Na przykład przypis 11 sugeruje ponowne powołanie pracy Brunona Hołysta („op. cit.") choć wyżej nie było nawiązania do tego dzieła. Błędnie napisany jest przypis 350, w którym podano tylko redaktora komentarza do Konstytucji RP, ale brakuje autora uwag do art. 68.

5. Ocena merytorycznej zawartości pracy

Uwagi ogólne

Zaletą pracy jest przedstawienie panoramy zagadnień związanych z prawnym znaczeniem praw pacjenta i ich realizacji. Szerokość tej panoramy generalnie rzecz biorąc nie spłyciła analizy prawnej. Urzeczywistnienie praw pacjenta dochodzi do skutku nie tylko w formach właściwych prawu publicznemu, ma ona charakter wielopłaszczyznowy, co zostało należycie wykazane. Prawa pacjenta właściwie powiązano z ich refleksami - obowiązkami władz publicznych,. Zbudowany został model realizacji praw pacjenta interesujący zwłaszcza w tej części konstrukcji, która dotyczy obecności w niej zarówno interesu publicznego, jak i prywatnego, obowiązek stworzenia przez władze publiczne warunków prawnych i organizacyjnych realizacji praw pacjenta.

Interesujące są uwagi dotyczące relacji prawa do ochrony zdrowia do prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Podzielam pogląd, że pierwsze z nich bezwzględnie chroni człowieka w sytuacjach zagrożenia życia lub nagłego załamania stanu zdrowia. Dlatego też podzielam sąd, że w takich wypadkach odmowa udzielenia świadczeń zdrowotnych z powołaniem się na ilościowe limity świadczeń jest niedopuszczalna (s. 137 i n.). Należy też zgodzić się z tym, że jeśli chodzi o ochronę życia, to jej warunkiem nie może być ubezpieczenie zdrowotne pacjenta.

Jedna z ważniejszych hipotez badawczych zakładała, że art. 68 ust. 2 Konstytucji jest źródłem publicznych praw podmiotowych. Hipoteza nie jest bezpodstawna z racji braku

wskazania praw gwarantowanych w art. 68 Konstytucji wśród praw, których dochodzić można w granicach określonych w ustawie art. 81 Konstytucji. Nie jest to jeszcze dowód na istnienie nieodzownych w konstrukcji prawa podmiotowego cech, ale samo pytanie o istnienie w tym przedmiocie publicznych praw podmiotowych ma pewne podstawy, z tym, że są one wyraźniejsze dla art. 68 ust. 1 niż dla następnych ustępów. Dla odpowiedzi na to pytanie rzetelnie wykorzystana została teoria praw podmiotowych ze szczególnym naciskiem na publiczne prawa podmiotowe.

Dla analizy normatywnej przepisów wyrażających pewne prawo człowieka ma znaczenie, czy treść uprawnień lub wolności człowieka jest dostatecznie określona w samej ustawie zasadniczej czy też „treść tych konstytucyjnych praw została w znacznym zakresie przeniesiona z poziomu konstytucji na poziom ustawy." (J. Trzciński, M. Wiącek, *Uwagi do art. 79*, [w:] red. L. Garlicki, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2016). O ile trudno zakwestionować publiczne prawo podmiotowe, którego źródłem jest art. 68 ust. 1, o tyle nie jest to bezdyskusyjne co do art. 68 ust. 2 Konstytucji. Pewne wątpliwości może więc budzić fakt, że obowiązki państwa w tym drugim przepisie zostały wprawdzie wyrażone bardziej stanowczo niż w typowych normach programowych (zob. np. art. 69), ale treść obowiązków ustawodawcy jest dobrze określona tylko co do podstawowych wymogów regulacji. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa tu bowiem ustawa. Dobór środków w regulacji ustawowej jest w zakresie organizacji i finansowania względnie swobodny, choć wytyczne co do celów są całkiem jednoznaczne. Do przesłanek istnienia publicznego prawa podmiotowego należy to, by „obywatel miał zapewnioną możliwość skutecznego żądania od organów władzy publicznej określonego zachowania, egzekwowalnego, w razie potrzeby, w drodze odpowiednich instytucji procesowych" (Wyrok TK z 18.12.2018 r., SK 27/14, OTK-A 2019, nr 5). Istnieje nadal w polskiej doktrynie mocny nurt w ślad za G. Jellinkiem traktujący roszczenie do żądania od państwa określonego zachowania jako nieodzowny składnik konstrukcji publicznych praw podmiotowych. Dominuje pogląd, że ich normatywna treść winna być określona w konstytucji. Paulina Gruszka omówiła w rozdziale szóstym ochronę praw pacjenta na drodze sądowej w procedurach cywilnej, karnej i administracyjnej, ale nie wskazała art. 68 ust. 2 Konstytucji jako podstawy roszczeń. Wydaje się, że omawiany przepis, traktowany samoistnie, nie dostarcza efektywnych narzędzi zapewnienia właściwego standardu opieki zdrowotnej i świadczeń zdrowotnych. Z większym powodzeniem mógłby być współstosowany z rozwijającymi go normami ustawowymi.

Przeważa wciąż pogląd, że źródłem prawa podmiotowego nie jest samoistnie art. 68 ust. 2 Konstytucji (D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Lex nr 2011) choć obecne są w literaturze przedmiotu i orzecznictwie zdania przeciwne (H. Zięba-Załucka, *Pojęcie prawa do ochrony zdrowia*, [w:] H. Zięba-Załucka, M. Kijowski (red.), *Zasada równości w prawie*, Rzeszów 2014, s. 44). *Implicite* istnienie publicznego prawa podmiotowego wywodzi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 maja 2005 r., I CK 691/04, Lex nr 603867)

Po lekturze rozprawy mgr Pauliny Gruszki nie jestem ani bliższy ani dalszy poglądowi, że art. 68 ust. 2 stanowi źródło publicznego prawa podmiotowego. Autorka nie przedstawiła rozstrzygających w dyskursie prawniczym argumentów, co nie jest jednak dyskwalifikujące. Zdania w tej kwestii zapewne nadal będą podzielone.

Już w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. K 14/03 w sprawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia przyjęto, że stanowione w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia normy prawne muszą uwzględniać aksjologię demokratycznego państwa prawnego. Nie jest więc zaskoczeniem, że mgr Paulina Gruszka rozważyła realizację prawa do ochrony zdrowia z punktu widzenia kilku zasad składających się na metazasadę państwa prawnego. Niezbyt fortunnie wyrażona jest myśl, że demokratyczne państwo prawne „stanowi aksjologiczną gwarancję ochrony zdrowia", to raczej równy dostęp do świadczeń zdrowotnych jest gwarancją równego traktowania obywateli a pośrednio służy realizacji niektórych zasad składowych państwa prawnego.

W konwencji dyskusji, bez stanowczego odrzucania poglądów mgr Pauliny Gruszki, chciałbym wyrazić wątpliwość, czy zasadę demokratycznego państwa prawnego należy traktować nawet w aspekcie materialnym jako zbiór niemal wszystkich zasad lub reguł istotnych dla realizacji praw człowieka, tak jak czyniono to z braku innych podstaw aż do momentu wejścia w życie Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. Autorka zalicza do podstaw tej zasady m. in. wolność wyboru zawodu (s. 387), która raczej ma wystarczające umocowanie w art. 65 ust. 1, a do jej ważnych składowych zasadę finansowania ze środków publicznych zadań, które przekazano do realizacji samorządom zawodowym. Niewątpliwie dochowanie standardów materialnej strony państwa prawnego jest obowiązkiem prawodawcy. Żyjemy w czasach poważnych zagrożeń dla praworządności, ale nieograniczone rozszerzanie jej pola znaczeniowego w płaszczyźnie stosowania prawa może nieść skutki odwrotne od

zamierzonych: większą płynność i nieuchwytność wzorców kontroli norm/przepisów o mocy prawnej niższej niż konstytucja i być może nawet mniejszą określoność treści prawa jednostki. Ponadto, większe znaczenie gwarancyjne – m. in. w kontekście skargi konstytucyjnej lub wystąpienia na drogę sądową przed sądem powszechnym - zdają się mieć jednak konstytucyjne przepisy odnoszące się bezpośrednio do jakiejś wolności lub prawa (podobnie E. Morawska, *Klauzula państwa prawnego w Konstytucji RP na tle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego*, Toruń 2003, s. 341).

Wartość merytoryczna badań Autorki w tej materii nie jest równa, a zależy od tego, który aspekt państwa prawnego jest traktowany jako punkt odniesienia do realizacji praw pacjenta. Zacznę tu od tego składnika, który wypada moim zdaniem najgorzej (punkt 2.4 rozprawy). Zasada równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oczywiście jest rozwinięciem zasady równości w ogóle. Rozważania Autorki w tym punkcie są nieuporządkowane przez co trudno śledzić kierunek jej wnioskowań. Niestety tekst jest tutaj pomieszaniem uwag dotyczących równości jako takiej z analizą bardzo szczegółowych rozwiązań ustawowych przy czym brak tu zastosowania klasycznej metody przechodzenia od uwag ogólnych do szczegółowych. Zbyt wiele przepisów przytaczanych jest *in extenso.* Niektóre zdania właściwie nic nie wnoszą, na przykład „Korzystając z dorobku filozofii, należy zauważyć, że treść potrzeb zdrowotnych może być zdefiniowana zarówno za pomocą subiektywnych, jak i obiektywnych kryteriów" (s. 159), albo są źle wyrażone „zaspakajanie tych potrzeb powinno stanowić granicę wyznaczania zakresu przedmiotowego działania organów państwa" (s. 158). W tym punkcie zawarte są dwa akapity zaczynające się od słowa „podsumowując", ale nie bardzo wiadomo co jest podsumowywane.

Niezbyt odkrywcze są fragmenty rozprawy poświęcone realizacji praw pacjenta z punktu widzenia zasady sprawiedliwości społecznej. Brakuje tu mocniej zaznaczonego własnego stanowiska o zależnościach między niektórymi składnikami treści praw socjalnych a racjonalizacją finansowania służby zdrowia, w tym szpitali i możliwych napięciach na tym polu. Nawiasem mówiąc, dla czytelności wywodu można było połączyć ocenę realizacji tych praw z punktu widzenia sprawiedliwości społecznej oraz zasady solidarności ponieważ są one bardzo mocno związane. Wydaje się, że interesujące byłoby w tym kontekście lepsze wyeksponowanie kwestii praw zbiorowych i zdrowia publicznego bo system finansowania ochrony zdrowia poprzez składki na ubezpieczenia zdrowotne może lepiej służyć tym celom niż ubezpieczenia indywidualne.

Wartościowe i dobrze odniesione do praw pacjenta są uwagi mgr Pauliny Gruszki związane z realizacją zasady proporcjonalności w ustawach zdrowotnych. Prawidłowo rozważono ograniczenia praw pacjenta z perspektywy ogólnych zasad ograniczania w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności. Warto podkreślić, że w rozprawie wprowadzono typologię tych ograniczeń (s. 223). W tym zakresie na szczególną uwagę zasługuje analiza i ocena ograniczeń wynikających z koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz pewnych ograniczeń dla autonomii człowieka płynących z obowiązków nakładanych na podstawie ustawy z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi takich jak obowiązek poddania się kwarantannie, poddania się szczepieniom obowiązkowym.

Materia praw i wolności człowieka należy do materii ustawowych, co słusznie przypomniano. Podzielam więc uwagi doktorantki odnoszące się niewłaściwego szczebla regulacji koszyka świadczeń gwarantowanych (s. 144-147). Istotnie, powinny one być wskazane w regulacji ustawowej, ewentualnie możnaby rozważyć doprecyzowanie kryteriów, które wiązałyby ministra zdrowia w tym zakresie z większą dozą precyzji.

Podsumowując ten wątek, moim zdaniem ugruntowanie praw pacjenta w zasadzie demokratycznego państwa prawnego urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej, z której wynikają dyrektywy dla prawodawcy oraz w procesie stosowania prawa oraz sądowa ochrona praw pacjenta nie jest błędne. Przypuszczam jednak, że bardziej interesująco poznawczo byłoby w związku z sytuacją prawną indywidualnego pacjenta osadzenie badań w tym zakresie na godności człowieka i jej emanacjach, w tym prawie do życia, natomiast z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego, związanej też z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej dla jednostki, na wartości sprawności i rzetelności instytucji publicznych. Ta ostatnia wartość jest w pracy obecna, ale w sposób rozproszony.

Interesujące i pogłębione są refleksje na temat sprzeciwu sumienia i wynikającej zeń klauzuli sumienia w kilku zawodach medycznych (s. 387-403). Uwzględniony został w nich cały materiał normatywny, orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego, w dobrym stopniu z pewną dozą krytyki naukowej wykorzystano piśmiennictwo w tym zakresie. Autorka w tym punkcie wyraża jasno i precyzyjnie swoje stanowisko, które skrótowo można ująć następująco: należy zgodzić się z dopuszczalnością odmowy leczenia i wykonania określonego zabiegu przez osobę wykonującą zawód medyczny ze względu na autonomię tej jednostki i wolność sumienia. Równocześnie jednak konieczne jest stworzenie

ustawowych ram dla klauzuli sumienia dla wszystkich zawodów medycznych i ujednolicenia zasad jej stosowania z poszanowaniem praw informacyjnych pacjenta.

Inaczej niż Autorka zgadzam się ze stanowiskiem TK wyrażonym w wyroku z 7.10.2015 r., K 12/14, że nakaz wskazywania przez samego lekarza korzystającego z klauzuli sumienia realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza „czyni z mocy ustawy faktycznym pełnomocnikiem w zakresie osiągnięcia skutku, który uważa za niegodziwy moralnie". Obowiązek taki powinien spoczywać na szpitalu lub innym podmiocie leczniczym, przy czym jednak niedopuszczalne jest stosowanie takich wybiegów jak miało to miejsce w szpitalu w Rzeszowie, gdzie wskazywano inny podmiotu, który również nie zamierzał prowadzić takich zabiegów (s. 398, przyp. 1130).

Warto podkreślić, że przedstawione są dojrzałe naukowe uwagi o niedostatkach ustawodawstwa w zakresie stosowania klauzuli sumienia i wyjątków od prawa jej stosowania oraz zasad dalszego postępowania wobec pacjenta zainteresowanego uzyskaniem określonych świadczeń medycznych. Autorka wskazuje też na potrzebę dokładniejszego określenia na szczeblu ustawy, a nie tylko w przepisach deontologii zawodowych granic posługiwania się klauzulą sumienia. Ustawa ta powinna gwarantować pacjentowi prawo do informacji o możliwości rzeczywistego uzyskania świadczenia.

Uwagi szczegółowe

W pewnych miejscach niewłaściwy jest tok wywodu. Zagadnienia bardziej podstawowe omawiane są po szczegółowych kwestiach. Na przykład w punkcie dotyczącym zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (podrozdział 2.4) rozważania wokół teorii równości oraz równości wobec prawa następują w zwartym szyku dopiero na szóstej stronie, przedtem wywody dotyczą zagadnień bardziej szczegółowych lub niewiele wnoszących (objaśnianie „potrzeb zdrowotnych") z rozproszonymi i skrótowymi odwołaniami do równości. Niektóre kluczowe pojęcia są objaśniane w środku lub nawet pod koniec rozważań na dany temat. Na przykład niezwykle istotne dla sprawnego działania systemu ochrony zdrowia pojęcie „zbiorowych praw pacjenta" definiowane jest – moim zdaniem fragmentarycznie – dopiero w ostatnim rozdziale pracy (s. 441, 443).

Przedwczesna jest w początkowej części dysertacji uwaga, że prawo ochrony zdrowia „odpowiada w zarysie standardom demokratycznego państwa prawnego" (s. 56). Rozważania w tej materii prowadzone są dopiero w następnym rozdziale.

Zastrzeżenia budzi skrótowe i właściwie pozbawione elementów analizy przedmiotu potraktowanie roli ministra zdrowia w dziedzinie koordynacji, kontroli i nadzoru w ochronie zdrowia. Wpływ pozostałych podmiotów odpowiedzialnych za realizację praw pacjenta na podmioty lecznicze i cały system organizacji ochrony zdrowia został zbadany bardziej wnikliwie.

Nie jestem pewien, czy A. Wróbel mógł stwierdzić, że publiczne prawa podmiotowe „cechuje problem ich bezpośredniego skutku w układzie horyzontalnym" (s. 95). Rysuje się wątpliwość, czy nie chodziło tu o układ wertykalny

Według mnie w zbyt małym stopniu obecny stan systemu ochrony zdrowia jest kanwą do pogłębionych uwag o rzeczywistych słabościach (albo, chyba w mniejszym stopniu, elementach dobrze się sprawdzających) polskiego modelu ochrony zdrowia. Myśli temu poświęcone są obecne, ale rozproszone i niezbyt pogłębione. Warto byłoby bliżej przedstawić realia służby zdrowia. Zabrakło bardziej konkluzywnego ujęcia pewnych wątków istotnych z punktu widzenia prakseologicznego. Mam na myśli na przykład kwestię zadłużenia, zwłaszcza szpitali powiatowych, związanego w szczególności z nadwykonaniami świadczeń zdrowotnych.

Jeśli chodzi o materie bardziej szczegółowe to za wnikliwie zbadane i prawidłowo przedstawione należy uznać zwłaszcza:

- treść i realizacja umów o świadczenia zdrowotne;

- zagadnienie wyjątków od zasady zgody pacjenta na działania lecznicze i przymusowe zabiegi medyczne;

- prawa pacjenta w badaniach klinicznych i odpowiadające im obowiązki podmiotu leczniczego;

- regulacje dotyczące kryteriów ustalania koszyka świadczeń gwarantowanych oraz procedury formułowania pakietu tych świadczeń;

- reformy w zakresie postępowania administracyjnego przed Rzecznikiem Praw Pacjenta.

6. Ocena formalnej strony pracy, w tym poprawności językowej

Praca jest bardzo obszerna (liczy 500 stron bez bibliografii i 533 strony wraz z bibliografią), co w znacznej mierze wynika z szerokiego planu badań i szczegółowości oraz rozproszeniu materii normatywnej. Myślę jednak, że rozmiar pracy mógł być trochę skromniejszy, zwłaszcza w podrozdziałach dotyczących różnych aspektów demokratycznego państwa prawnego przez bardziej skondensowane wyrażanie myśli. W związku z obszernością dysertacji można dodać, że niepotrzebnie niektóre przepisy cytowane są dosłownie kilkakrotnie w różnych partiach pracy. Niektóre zdania wyrażające tezy Autorki także powtarzane są w kilku miejscach.

Odbiór treści pracy, głównie w rozdziałach pierwszym i drugim, zakłóca niezbyt umiejętne formułowanie myśli. Z tego powodu można na przykład odnieść wrażenie, że samo finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych przyczynia się do niwelowania różnic ekonomicznych obywateli i likwidowania ubóstwa (s. 164), był to jednak zapewne tzw. skrót myślowy.

W rozprawie dość wiele jest błędów literowych. Podam tylko nieliczne przykłady : „termalnych" zamiast terminalnych (s. 74) „wrażone" (s. 135) „obowiązek rekcji" zamiast reakcji (s. 136), „wyrażenia" zamiast wyważenia (s. 153), „zwód medyczny" (s. 401, 479), „zdolności do czynność prawnych" (s. 493).

W rozdziale pierwszym znajdują się błędy semantyczne (tak w zdaniu „Prawa pacjenta **skorelowane** (podkr. M.B.) są także z pewnymi uprawnieniami do aktywnej roli pacjenta w procesie leczenia", s. 80). Miejscami obecne są sformułowania właściwe raczej dla stylu biurokratycznego. Wielokrotne określanie pacjenta mianem „beneficjenta" nie jest wprawdzie błędne w języku prawniczym, ale niezbyt odpowiada rzeczywistemu stanowi (złemu samopoczuciu) ciężko chorego człowieka. Beneficjentem można jednak nazwać typowego kuracjusza w wygodnym sanatorium.

Zwłaszcza w pierwszych dwóch rozdziałach niektóre zdania są co najmniej niezręcznie wyrażone, np. „zastosowanie składki liniowej wskazuje na wewnętrzną sprzeczność przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej, determinującą sposób ustalania wysokości składki zdrowotnej z zasadą solidarności społecznej" (s.168). Czy „sprzeczność" może coś determinować?. W ostatnich partiach pracy podobne błędy znajdują się dużo rzadziej, ale razi skrótowością takie sformułowanie: „różnice między ochroną stosunków publicznoprawnych

oraz tych o charakterze prawnym (s. 430), wszak to nie stosunek prawny podlega ochronie. Nieudane połączenia frazeologiczne albo błąd przesunięcia kategorialnego jest w zdaniu „Elementem niezbędnym do prawidłowej realizacji praw pacjenta są etyczne aspekty realizacji tych praw, gdyż sama idea praw pacjenta oparta jest na wartościach i normach etycznych" (s. 386).

Drobiazgowym natomiast zastrzeżeniem jest użycie jednego feminatywu, a mianowicie wyrazu „sędzina" (s. 397). Myślę, że słowo „sędzia" już od dawna nie narzuca skojarzenia z płcią męską, a zakończenie literą „a" jest nawet częściej spotykane dla określenia stanowiska pełnionego przez kobietę.

Autorkę zachęcałbym, aby wykorzystując swoje merytoryczne predyspozycje w następnych publikacjach, zwracała większą uwagę na łączliwość tekstu czyli zwłaszcza płynniejsze wprowadzanie nowych wątków, wyraźniejsze puentowanie wątków już opracowanych.

Trudno czyta się zdania powtarzające formuły odesłania („o których mowa w art…"), właściwsze byłoby omówienie własnymi słowami treści odpowiedniego przepisu szczególnie wtedy, gdy powielono legislacyjną praktykę odesłań w odniesieniu do wyjątków od ważnych skądinąd zasad.

Lekturę pracy utrudnia zbyt rzadkie w stosunku do treści korzystanie z akapitów.

Niezbyt dobry styl pisarski poprawia się jednak stopniowo i w ostatnich rozdziałach jest zadowalający.

KONKLUZJA

Recenzowana praca stanowi oryginalną analizę praw pacjenta skorelowanych z obowiązkami władz publicznych. Realizacja tych praw dochodzi do skutku nie tylko w formach właściwych prawu publicznemu, ma ona charakter wielopłaszczyznowy, co zostało należycie wykazane. Dla efektywności korzystania z praw pacjenta istotne są także kodeksy etyczne oraz normy organizacyjno-techniczne. Weryfikacja założonych hipotez wymagała więc badań w istocie interdyscyplinarnych, które zostały przeprowadzone z dość dobrym skutkiem. Zbudowany został interesujący model realizacji praw pacjenta. Autorka pracy wykazała się także rozległą wiedzę teoretyczną.

Stwierdzam, że recenzowana rozprawa mgr Pauliny Gruszki 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 tytułach w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zn.) w związku 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). W związku z powyższym wnoszę o dopuszczenie Pani mgr Pauliny Gruszki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

10 IV 2022 r.